

GUÍA PARA LA CONCIENCIACIÓN SOBRE MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES



GUÍA PARA LA CONCIENCIACIÓN SOBRE MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS

EDITA
JUNTA DE ANDALUCÍA.
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales

AUTORA
Asociación Mujeres Entre Mundos

COORDINA
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Dirección General de
Violencia de Género. Instituto Andaluz de la Mujer

DEPÓSITO LEGAL
SE-806-2016

PRESENTACIÓN

La mutilación genital femenina es una forma de violencia de género que afecta a unos 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo, tanto en sus países de origen como en otros lugares de residencia. Se trata de una flagrante vulneración de los Derechos Humanos ante la cual no podemos permanecer indiferentes.

La mutilación genital femenina es una práctica poco conocida, de la que existe una gran diversidad tanto en los grupos que la practican como en las motivaciones alegadas para llevarla a cabo. A pesar de ello, se han detectado casos en Andalucía y podemos afirmar que existen mujeres y niñas residentes en nuestra comunidad autónoma que la padecen o están en riesgo de padecerla.

El objetivo de esta guía es el de arrojar luz para una mejor comprensión de la realidad que supone la mutilación genital femenina en nuestro entorno sociocultural y ofrecer una herramienta de intervención que pueda resultar de utilidad a las y los profesionales del ámbito social, sanitario o educativo, especialmente.

Es obligación de las instituciones trabajar para concienciar a la sociedad de las distintas manifestaciones que adopta la violencia contra las mujeres. La realización de esta guía por parte de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales es coherente con la líneas de actuación que el Gobierno Andaluz mantiene en la lucha contra la violencia de género.

Finalmente, quiero agradecer el trabajo desarrollado por las personas que han participado en la elaboración de esta guía, que supone un paso adelante en la prevención de la violencia de género.

María José Sánchez Rubio

Consejera de Igualdad y Políticas Sociales
Junta de Andalucía

1 / INTRODUCCIÓN ...09

2 / CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA ...10

¿QUÉ ES LA MGF?

¿QUÉ NOMBRES RECIBE LA MGF?

TIPOS DE MGF

3 / CONTEXTUALIZACIÓN ...14

¿QUIÉNES LA PRACTICAN?

PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA MGF

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA

4 / CONSECUENCIAS ...23

CONSECUENCIAS OBSERVADAS DESDE LA PSICOLOGÍA

5 / LA MGF Y LOS DERECHOS HUMANOS ...27

POR QUÉ LA MGF ES UNA PRÁCTICA QUE
VULNERA LOS DERECHOS HUMANOS

6 / MARCO LEGAL ...28

EN NUESTRO PAÍS

NECESIDAD DE UN MARCO PREVENTIVO

7 / ALGUNOS DATOS ...32

EN ESPAÑA

EN ANDALUCÍA

8 / EL ABORDAJE DE LA MGF ...37

COMO PROFESIONALES: ASPECTOS A TENER EN CUENTA A LA HORA DE
ABORDAR Y CONTEXTUALIZAR LOS CASOS

¿CON QUIÉN SE INTERVIENE?

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO SOCIAL

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

9 / CONCLUSIÓN ...53

10 / BIBLIOGRAFÍA ...54

11 / OTRO MATERIAL ...56

INTRODUCCIÓN

1

La finalidad de este documento es la de visibilizar y aportar datos clarificadores acerca de la problemática que supone la mutilación genital femenina “(MGF) y la situación de la misma en nuestro entorno sociocultural, así como la de concienciar a diversos sectores, tanto de índole público como en el ámbito profesional, respecto de la misma.

Para ello se expondrá una conceptualización y contextualización del problema, explicando qué es, a quiénes afecta, quiénes la practican y su origen geográfico. Posteriormente se tratará la realidad de la MGF, se explicará por qué la MGF vulnera los derechos humanos; además, se evidenciará la necesidad de ser abordada desde una postura de respeto hacia la cultura de las comunidades que la practican. Asimismo, se presentará brevemente el marco legal existente en nuestro país en relación a este tema. Finalmente, se darán unas pautas que se estiman necesarias para que profesionales de diferentes áreas (social, educativa y sanitaria) puedan enfocar sus actuaciones de cara al fomento de la prevención de la MGF.

2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la MGF como el conjunto de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos, por motivos no médicos ni terapéuticos, sino generalmente culturales.

Las prácticas y las partes extirpadas varían en función de las tradiciones locales de las diferentes zonas en las que la MGF se lleva a cabo.

¿QUÉ NOMBRES RECIBE LA MGF?

En el contexto internacional predominan tres denominaciones para referirse a la MGF, cuyos significados son bastante diferentes entre sí en función del contexto y el uso que se les pretenda dar. Estos conceptos son:

Ablación o ablación del clítoris

Es un término fundamentalmente técnico y neutro, procedente del ámbito biosanitario. La ablación consiste en la extirpación o eliminación de un órgano o tejido corporal. Lo habitual es que esta acepción se utilice con el fin de tratar el concepto de una forma más aséptica, menos polémica. De cualquier modo, al haberse generalizado su uso a la hora de referirse a la MGF y ser el más utilizado, la propia palabra se ha convertido en un sinónimo de ésta.

Circuncisión del clítoris o circuncisión femenina

Dependiendo del contexto y de quién lo utilice puede referirse a una denominación religiosa, ser un coloquialismo o un eufemismo. Este término y otros con significados similares suelen ser los utilizados por las poblaciones que llevan a cabo estas prácticas. A pesar de ello, dicha acepción no resulta del todo precisa, ya que en cierta medida, equipara erróneamente ésta práctica con la circuncisión masculina. Hay diversos tipos de mutilación genital femenina en función de la magnitud de las

zonas que son extirpadas, pero en la mayoría de las ocasiones la práctica incluye la extirpación del glande del clítoris y los labios menores. Solamente en algunos casos la MGF consiste en la extirpación exclusiva de todo o parte del prepucio del clítoris (práctica que sí sería equiparable a la circuncisión masculina). Asimismo, las consecuencias de la MGF suelen diferir considerablemente de la circuncisión masculina. Mientras la circuncisión masculina no produce repercusiones negativas ni en la salud ni en la sexualidad del hombre, la MGF suele afectar muy negativamente a la salud de la niña o la mujer que la ha sufrido.

Mutilación genital femenina (MGF)

En este caso, la expresión tiene un fin ideológico, ya que se refiere a estas prácticas como un acto de violencia contra una mujer, por lo que su uso supone el rechazo abierto del mismo. Se utiliza generalmente para visibilizar que esta práctica es, además de una violación de los derechos humanos, una muestra de la desigualdad de género y de la violencia ejercida contra la mujer. De cualquier modo y, al igual que los dos anteriores, no es un término exento de polémica, puesto que su uso fuera de contexto puede dar lugar a malas interpretaciones por parte del público que derivarían en la persecución y estereotipación de las poblaciones y culturas donde se realiza la MGF.

A nivel profesional, al abordar esta problemática con población susceptible de practicarla es importante, principalmente en los primeros contactos, evitar el término “mutilación genital femenina”, pues muy probablemente lo desconozcan o les resulte chocante y confuso. Vocablos como el de “corte” les suelen resultar más comprensibles. Además, si deseamos intervenir de forma efectiva, de cara a prevenir la MGF, tendremos que usar un lenguaje respetuoso y con el que podamos entendernos. Es conveniente adoptar posturas dialogantes al mismo tiempo que poner en evidencia que se trata de una práctica que vulnera derechos humanos fundamentales, y esto también debemos visibilizarlo.

TIPOS DE MGF

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro tipos de MGF dependiendo del grado o la amplitud de la extirpación:

TIPO I. Consiste en la extirpación del prepucio del clítoris, existiendo o no extirpación total o parcial del propio clítoris (clitoridectomía).

TIPO II. Conocido como **escisión**, consiste en la extirpación total o parcial del clítoris junto con los labios menores. Puede incluir también herida o corte en los labios mayores.

Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos.

TIPO III. Denominado **infibulación**. En esta práctica se extirpan tanto el clítoris como los labios menores y mayores, llevándose a cabo posteriormente un proceso de estrechamiento de la vagina mediante sutura, de tal modo que quede un orificio con el tamaño necesario para permitir la salida de orina y sangre menstrual. Si bien no es la práctica más extendida, llega a ser la más agresiva, puesto que requiere que, en ciertos momentos del proceso vital de la mujer -tales como mantener sus primeras relaciones sexuales o el parto- se abra el orificio, con frecuencia mediante métodos tan invasivos como el propio proceso de desinfibulación. También se lleva a cabo a veces la reinfibulación, es decir, la resutura tras realizar el acto sexual o dar a luz.

Este tipo de mutilación es la menos frecuente (entre un 15% y un 20% de los casos) y se suele realizar en los países denominados del “Cuerno de África” (Somalia, Yibuti y Sudán principalmente).

Se expone gráfico donde se muestran los tres tipos principales de MGF que se dan:

TIPOS DE MGF

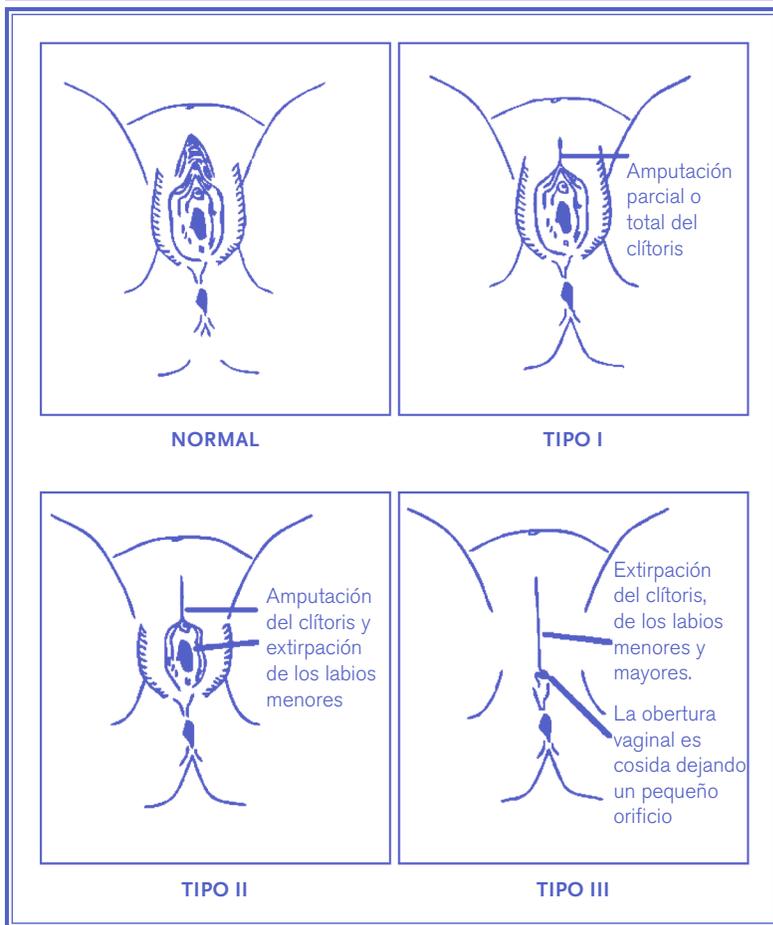


GRÁFICO 1.

Fuente: Revista Nuberos Científica. Volumen 2. Número 16. Julio-Septiembre 2015. –
Fundación de la Enfermería de Cantabria.

CONTEXUALIZACIÓN

El origen de las prácticas englobadas dentro de la denominación de MGF es incierto, si bien existe constancia histórica de la misma en diversas zonas de África y Oriente Medio desde tiempos pre-islámicos.

Aunque la MGF se ha llevado a cabo con mayor frecuencia en países de las regiones anteriormente mencionadas, no es exclusiva de las mismas y se han documentado prácticas similares en todos los continentes, y no siempre relacionadas con las mismas religiones ni con los mismos fines.

Asimismo, también han tenido lugar en los países occidentales, atendiendo a supuestos motivos científicos y sanitarios.

Coincidiendo con las épocas de la Ilustración y las revoluciones industriales, cuando la medicina como ciencia apenas había fraguado, persistía la creencia de que ciertas dolencias, culturalmente consideradas como exclusivas de las mujeres, tenían su origen en el aparato genital femenino. Es por ello que, en muchos casos, los médicos llevaban a cabo la extirpación de partes del aparato reproductivo femenino, entre otras, el clítoris.

¿QUIÉNES LA PRACTICAN?

Las distintas variantes de la MGF se llevan a cabo en distintas culturas de todos los continentes, aunque la mayor prevalencia se da en una serie de países de África, principalmente en unos 28 países de la zona subsahariana.

Asimismo, también es habitual en algunos países de Oriente Medio, como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes.

Además, y debido a los fenómenos migratorios, los países receptores de población inmigrante procedente de estos países también se ven afectados por esta práctica. Un ejemplo de ello es España.

Se muestra mapamundi donde se señalizan los países que se ven afectados por la MGF. GRÁFICO 2

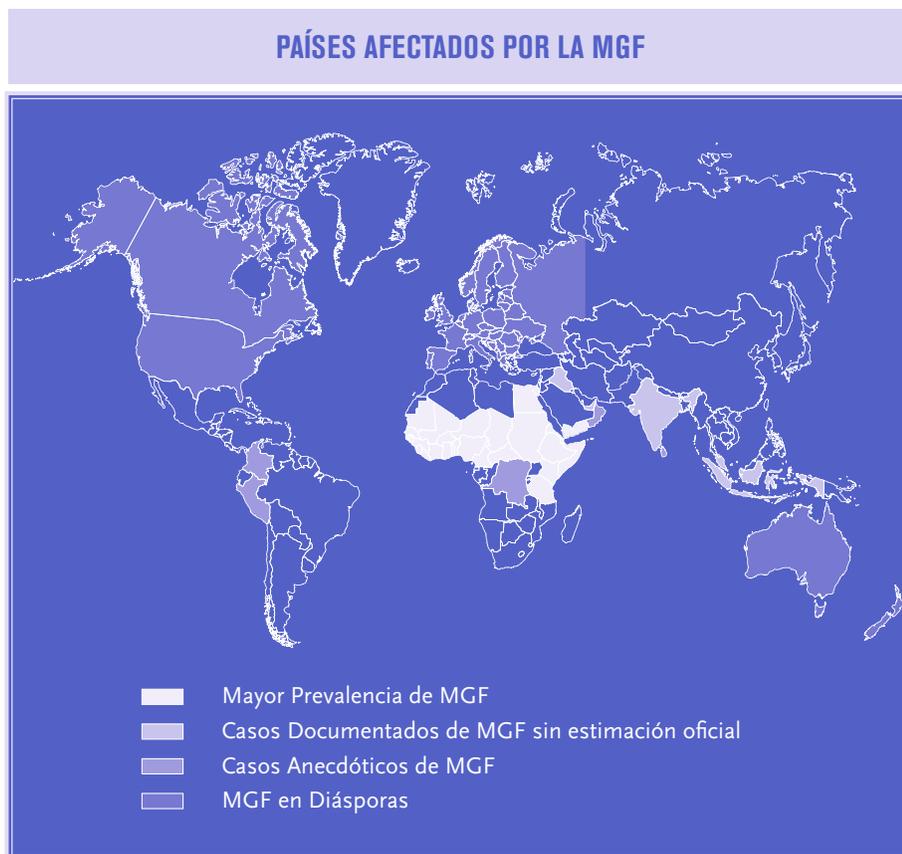


GRÁFICO 2.

De elaboración propia. A través de la fuente: Fundación Wassu- UAB 2013.

Los países en los que se da una mayor prevalencia son, en orden de mayor a menor, Somalia, Guinea, Yibuti, Egipto, Mali, Sudán, Sierra Leona, Burkina Faso, Gambia, Etiopía, Mauritania, Liberia y Guinea Bissau.

Es necesario tener en cuenta que la práctica de la MGF no se produce con la misma prevalencia en todas las zonas ni en un mismo país. Aun existiendo países donde se realiza de forma generalizada, existen grupos o etnias que no la llevan a cabo. Para hablar de forma correcta tendríamos que diferenciar entre grupos practicantes y no practicantes de la MGF.

Como ejemplo de grupos practicantes y no practicantes, pueden citarse los siguientes:

Grupos practicantes de la MGF: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.

Grupos no practicantes de la MGF: Wolof, Serer, Ndiago.

Asimismo, tampoco debemos generalizar, pues podemos encontrarnos a mujeres pertenecientes a algún grupo practicante que no tenga realizada la MGF y viceversa.

Una de las explicaciones a este hecho es la transferencia cultural que se produce en el seno de matrimonios entre personas pertenecientes a diferentes grupos (uno practicante y otro no practicante); en este contexto, a la mujer que pertenece a un grupo no practicante se le puede llegar a exigir tener realizada la MGF para poder contraer matrimonio con un hombre perteneciente a un grupo practicante.

PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA MGF

VÍCTIMAS:

Según datos de la OMS, en una franja que abarca 28 países del África subsahariana puede haber entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas que han sido víctimas de algún tipo de MGF. A esta cifra hay que añadirle unos dos millones de niñas y adolescentes que son receptoras potenciales de algún tipo de MGF. Se considera que se pueden dar unos 2 millones de nuevos casos cada año.

Asimismo, los movimientos migratorios, en algunos casos, han supuesto la introducción de estas prácticas en países donde tradicionalmente no existían, incluyendo una buena parte de países occidentales que son importantes receptores de comunidades migrantes provenientes de países en los que se practicaba tradicionalmente algún tipo de MGF.



Teniendo en cuenta que es una práctica bastante extendida entre diversos grupos étnicos y dentro de un amplio entorno geográfico, la edad a la que se practica la MGF es variable. Asimismo, también hay casos en los que el proceso se repite varias veces a lo largo de la vida, cosa que ocurre cuando se practica la MGF de tipo III o infibulación.

No obstante, la MGF se realiza principalmente a niñas. La edad máxima para llevarla a cabo se sitúa entre los 14-15 años. Debido a que en esta etapa de la adolescencia las niñas suelen presentar mayor resistencia (incluso se encuentran casos en los que han escapado para evitar la MGF), se ha adelantado la edad en la que se somete a la MGF a las niñas, llegando a practicarse incluso a las que cuentan aún con pocas semanas de vida. De esta forma también se evita que tengan un recuerdo traumático de cuando se les practicó una vez que éstas crezcan.

En el caso de población perteneciente a alguno de los grupos practicantes de la MGF que han emigrado a otro país y desean realizar la MGF a sus hijas, suelen aprovechar un viaje a su país de origen para hacerlo; con la creencia, en muchos casos equivocada (como en el caso de España), de que podrán evitar cualquier condena en el país de residencia, pues en la mayoría de los países donde residen suele ser ilegal y conllevar penas de prisión además de la eliminación de la patria potestad de la menor.

En este sentido, ciertos grupos optan por reducir la edad a la que se practica la MGF, ya que existe la creencia de que así se puede dificultar la detección de la MGF por parte del personal sanitario, y, por tanto, eludir la ley del país.

QUÉ PERSONA LA REALIZA:

La persona que se encarga de realizar la MGF suele ser una mujer mayor que tiene experiencia previa y es un miembro de la familia o del entorno cercano. La responsabilidad sobre dicho ritual proporciona a estas mujeres un gran prestigio y respeto dentro de la comunidad. Generalmente esta mujer suele realizar las funciones de médica/curandera para la comunidad y/o matrona.

A pesar de ello, estas personas no suelen relacionar las consecuencias negativas para la salud que conlleva la práctica de la MGF (y que en muchos casos tratan ellas mismas) con su realización. Ello es debido, entre otras razones, a que algunas



de estas consecuencias negativas se dan a medio y largo plazo, además del hecho de que no suelen tratar con mujeres que no tengan realizada la MGF y por lo tanto no pueden comparar las situaciones de unas y otras.

Asimismo, también se dan casos de profesionales del ámbito de la salud que la llevan a cabo. Algunos de los países en los que se han documentado casos de este tipo son Kenia, Egipto o Sudán. Al llevarse a cabo dentro de un entorno biosanitario, las y los profesionales justifican sus acciones bajo la excusa de que, si no recurriesen a ellas/ellos, la mutilación se iba a llevar a cabo igualmente, por lo que resulta preferible que se haga en unas condiciones de seguridad e higiene que no supongan un peligro para la vida de las niñas y que sean indoloras, evitándoles el trauma. De cualquier manera, por mucho que se trate de legitimar estas prácticas, aun desde el ámbito de la medicina, ello no deja de suponer un acto que vulnera la integridad física de la mujer y atenta contra los derechos humanos. Por otra parte, el que se realicen en un entorno más seguro y se lleve a cabo un seguimiento de las mujeres mutiladas, no significa que la lógica por la cual se les practica la MGF sea distinta; simplemente han cambiado los medios técnicos.

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA

A la hora de realizar cualquier intervención, a nivel profesional, para prevenir y/o erradicar la MGF, es necesario conocer las razones que hay detrás, que al fin y al cabo son las que hacen mantener la existencia de esta práctica. Hay que tener en cuenta que cuando se realiza la MGF se piensa que ésta realmente beneficia a la niña o mujer a la que le es practicada. Dichas creencias son diversas y dependen de la cultura y el lugar donde se lleve a cabo la MGF.

El papel de las y los diferentes profesionales será el de conocerlas para informar correctamente sobre la verdadera transcendencia de sus efectos a la población con la que se trabaje este tema. Ésta es la única manera realmente efectiva de lograr la prevención de la misma, más incluso que la amenaza de las consecuencias legales que conllevaría su práctica.

Las principales razones sobre las que se asienta la práctica de la MGF, y que se utilizan para justificarla, son las que se comentan a continuación.



La MGF como tradición.

La MGF suele estar concebida como un momento crucial en la vida de la mujer, pues en muchos casos es una parte indispensable de un rito de iniciación o de paso que marca el inicio de la edad adulta, además de una condición importante a la hora de entrar a formar parte de la vida pública de la comunidad. Ello hace que en muchos casos, no se respete plenamente en estas sociedades, a aquellas mujeres adultas que no hayan pasado por esta práctica.

Tal es la importancia que se le da que una mujer sin la MGF realizada puede encontrarse con problemas dentro de su comunidad a la hora de contraer matrimonio, e incluso puede repercutir negativamente en la vida pública de aquellas personas que se opongan a la práctica; suponiendo aislamiento y rechazo por parte de la comunidad. Asimismo, dicho rechazo se hace también extensible a la familia de esta mujer por no haber tomado las medidas necesarias para que se cumpla la costumbre.

Como se puede comprobar, el papel de la tradición es uno de los principales argumentos que hace mantener la práctica de la MGF, pues el no llevarla a cabo conlleva consecuencias negativas ante la sociedad, no sólo para la mujer no mutilada, sino también para su familia que es desprestigiada.

Éste es uno de los condicionantes que más dificultan la erradicación de esta práctica.

La MGF como parte de la religión.

Hay que tener en cuenta que ninguna religión alienta ni justifica la MGF.

A pesar de ello, es habitual que se relacione esta práctica con la religión musulmana. Esto se debe a que en la mayor parte de los países en los que se lleva a cabo, la mayoría religiosa es musulmana, pero ello no significa que la MGF esté directamente vinculada con el Islam, sino que deriva de tradiciones locales preislámicas que, en muchos casos, han pasado por un proceso de sincretismo a través del cual las diversas poblaciones las han vinculado a la religión predominante.

Como hemos podido comprobar anteriormente, este tipo de prácticas se lleva a cabo no sólo en países africanos en los cuales la mayoría religiosa es musulmana, sino también en otros continentes; y por población cristiana y judía. Algunos pueblos



indígenas de América la han realizado tradicionalmente con fines similares, al igual que en ciertas zonas de Oriente Medio, Sur y Sudeste Asiático y Oceanía. Incluso en Occidente se han llevado a cabo prácticas similares dentro del contexto biosanitario, en una época en la que muchas de las patologías y condiciones mentales que afectaban a las mujeres se vinculaban a los genitales femeninos, entrando la mayoría de ellas dentro de la categoría de histerismos.

Por otra parte, prueba de que la MGF no es una práctica generalizada en el mundo islámico es el hecho de que no todas las escuelas del Islam la reconocen, considerándola muchas de éstas como una práctica innecesaria o que incluso contradice las enseñanzas del Islam. Aún así, esto no significa que, en aquellas áreas en las que la MGF se había ido practicando de forma tradicional desde tiempos preislámicos, las interpretaciones del Corán por parte de los religiosos no estén sujetas a su propia subjetividad, lo que permite que se puedan justificar estos actos apoyándose en la religión.

De cualquier modo, en el Corán no se habla en ningún momento de manera explícita acerca de la MGF, por lo que la práctica de la misma se debe relacionar más con las tradiciones locales preislámicas antes citadas.

No obstante, y debido a que es una práctica tan profundamente arraigada en el seno de algunas poblaciones, diversos grupos han intentado aprovechar el desconocimiento que muchas de estas poblaciones presentan en relación con el origen de la MGF, para hacer una reinterpretación de los textos sagrados con el fin de justificarlas. De ahí que parte de quienes la practican sustenten su realización en motivos religiosos.

La MGF como elemento de control de la sexualidad.

Uno de los principales argumentos que esgrimen aquellas personas que defienden la MGF es el del control de la sexualidad de la mujer. La MGF se practica, entre otras cosas, para frenar el supuesto deseo sexual intrínsecamente exacerbado de las mujeres, y convertirlas en madres y esposas ideales sin necesidad alguna de ser infieles a sus maridos, asegurándose así que no haya dudas acerca de la ascendencia de la prole. La MGF se contempla entonces, no sólo como un medio por el cual conservar la pureza espiritual de la mujer, sino también de mantener el honor del marido frente al resto de la comunidad. Así se asegura también que la práctica sea aceptada tanto por hombres como por mujeres.

La MGF como sinónimo de higiene y belleza.

Otra de las creencias en las que se basa la práctica de la MGF es la de que ésta beneficia la higiene y belleza de la zona genital femenina.

Existe igualmente el mito de que la no eliminación del **clítoris provoca picor** en los genitales.

Asimismo, existe la creencia de que si el **clítoris** no es eliminado **crecerá demasiado**, pareciéndose a un pene; ello hace que sea un elemento que puede incluso poner en peligro la vida del niño o la niña durante el parto y dañar al hombre en las relaciones coitales.

La MGF como sinónimo de fertilidad.

Se atribuye a la MGF la cualidad de beneficiar la fertilidad de la mujer, algo que, como veremos más adelante, es justo lo contrario. No obstante, esta falsa afirmación tiene su peso en el mantenimiento de esta práctica, pues en muchas de las culturas que la lleva a cabo la fertilidad es muy apreciada.

Estos colectivos humanos llegan a pensar que el motivo por el que las sociedades occidentales tienen un índice de natalidad bajo es porque sus mujeres no se someten a la mutilación genital.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la MGF en la salud de las mujeres y niñas que la tengan realizada van a depender de dos factores:

1. El tipo de MGF realizada a la niña/mujer.

Hay que tener en cuenta que las MGF Tipo II y III son las que conllevan un mayor número de consecuencias negativas.

2. Las condiciones en que se realice la MGF.

Dado que la naturaleza de estas prácticas varía de una cultura a otra, también lo hacen los materiales con los que se lleva a cabo la mutilación. Estos pueden ser de naturaleza diversa y se pueden utilizar desde cuchillas y navajas especialmente pensadas para ello, hasta hojas de afeitar o simples trozos de metal afilado. El momento y el modo en que se desarrollan estos rituales o ceremonias varía, al igual que el número de participantes. En algunos casos, sólo se encuentran la niña y la mujer que le vaya a practicar la mutilación; en otros casos se hace en grupo. Esto constituye un factor de riesgo en cuanto a la propagación de enfermedades contagiosas, sobre todo en aquellos casos en los que se usa el mismo instrumental en diferentes niñas.

Asimismo, y como hemos comentado anteriormente, se dan casos donde la MGF la realizan también profesionales del ámbito sanitario en condiciones asépticas, con anestesia y material esterilizado.

Las consecuencias en la salud de la MGF pueden darse tanto de manera inmediata como a largo plazo y abarcan un amplio espectro, que incluye desde hemorragias y contagio de enfermedades hasta complicaciones en el parto o anorgasmia.

Entre las posibles **complicaciones inmediatas o a corto plazo** de carácter agudo encontramos:

- Infecciones de la herida que en algunos casos pueden derivar en gangrena.
- Retenciones urinarias.
- Fuertes hemorragias.
- Contagio de enfermedades como el tétanos, provocadas por el uso de instrumental sin esterilizar.
- Dolor intenso.
- Muerte por shock o desangrado.
- Estrés post-traumático, miedo y pánico.

Asimismo, también existen otras complicaciones inmediatas o a corto plazo de carácter subagudo, entre las cuales destaca el contagio de enfermedades infecciosas, principalmente las hepatitis de tipo B y C, además del VIH.

Por otro lado, también se dan **consecuencias a medio y largo plazo**. Entre éstas se encuentran las siguientes:

- Alteraciones ginecológicas y urinarias diversas.
- Esterilidad.
- Dificultades y complicaciones en el parto tanto para la madre como para el hijo o la hija (fistulas, queloides, dismenorrea, infecciones, etc.)
- Anemia crónica.
- VIH y SIDA.
- Hepatitis.
- Problemas relacionados con la sexualidad (dolor en el coito, vaginismo, ausencia de excitación, lubricación y orgasmo, ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales, disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, etc.).

La prevalencia de complicaciones en la salud de las niñas y mujeres a las que se le ha practicado la MGF es de alrededor del 26%, siendo las prácticas de mayor riesgo las que entran dentro del tipo III o infibulación. En este último caso se corre un mayor riesgo de:

- Infecciones que afecten al aparato genitourinario de la mujer, ya que la reducida abertura que se deja para evacuar la orina y la sangre menstrual propicia una lenta expulsión de éstas e incluso la acumulación de secreciones corporales.
- Complicaciones durante el embarazo, destacando también un aumento en las posibilidades de mortalidad materna.
- Complicaciones durante el parto: Mayor necesidad de cesárea, mayor incidencia de hemorragia post-parto, más frecuencia de hospitalización prolongada, mayor mortalidad materna, mayor número de recién nacidos y recién nacidas que precisan reanimación y mayor mortalidad infantil.
- Infertilidad de la mujer.

Además, este tipo de mutilación puede acarrear la imposibilidad de realizar el coito y el que se produzcan lesiones al abrir el orificio para mantener relaciones coitales y/o para el parto y al volver a cerrar el orificio.

En algunos de los casos estudiados en mujeres adultas a las que se les efectuó la MGF se evidencia que, si bien se han detectado problemas en su salud derivados de esta práctica, ellas no los concebían como tales. Esta desvinculación de la MGF y de los problemas de salud es uno de los factores por los cuales se siguen reproduciendo y aceptando en ciertos entornos estas prácticas. Ello se debe a la **desinformación** que hay al respecto de las consecuencias de la MGF en los contextos en los que se lleva a cabo, mientras que mujeres africanas provenientes de los mismos países que sí tenían información y conocimiento acerca de dichas consecuencias se posicionan en contra de ésta.

Asimismo, la práctica de la MGF no sólo afecta a la mujer que la padece directamente sino también a:

- **Sus parejas:** Las relaciones sexuales suelen ser menos satisfactorias. En muchos casos les es imposible realizar el coito con sus parejas. Algunos también sienten miedo a realizar el coito ante la posibilidad de dañar a la mujer.
- **Sus hijos e hijas:** Se dan mayores complicaciones durante el parto, como retención en el canal del parto mayor tiempo del debido, falta de oxígeno durante el parto, sufrimiento fetal, etc. Así, la tasa de mortalidad en el nacimiento aumenta.



Desde la óptica biosanitaria, el asunto de la MGF se ha venido presentando como una problemática delicada en la que confluyen diferentes aspectos y posturas. Estas prácticas suponen un reto para las y los profesionales a la hora de tratar a los colectivos en los que se llevan a cabo, dadas las diferencias culturales entre ese personal especializado del ámbito de la salud y los miembros de estos colectivos; así, si bien es cierto que estas prácticas están perseguidas por la ley y violan los derechos humanos, también lo es el que, desde la perspectiva de estos colectivos, están muy normalizadas e interiorizadas.

Finalmente, hay que tener en cuenta que, además de los motivos culturales y religiosos por los que habitualmente se justifica la MGF, existen ciertas creencias al respecto que se relacionan con el ámbito de la salud. Algunas de ellas se sustentan en la idea de que favorece una higiene óptima, aumenta la fertilidad de la mujer, facilita el proceso de parto o incluso mejora la vida sexual de la pareja, teniendo esta última acepción un fuerte componente cultural vinculado al control de la sexualidad femenina.

CONSECUENCIAS OBSERVADAS DESDE LA PSICOLOGÍA

Al ser la MGF una práctica bastante agresiva y traumática para las niñas, no es infrecuente que tenga efectos negativos a nivel psicológico para las mujeres en las que se ha llevado a cabo. Estos problemas no se limitan sólo a traumas derivados de la experiencia de la mutilación, también surgen otros en la edad adulta o durante la adolescencia. Los más frecuentes son trastornos en la conducta alimentaria, de sueño o alteraciones del estado de ánimo, además de una amplia gama de disfunciones sexuales que impiden a la mujer llevar una vida sexual plena.

Las consecuencias psicológicas de estas prácticas no sólo afectan a aquellas mujeres en las que se ha llevado a cabo algún tipo de MGF. El miedo al rechazo social de aquellas otras que no se han sometido a la MGF puede generar un trastorno de ansiedad social profunda y otras repercusiones negativas. Ello hace que no sea raro que algunas de estas mujeres a las que no se les ha practicado recurran a la MGF en busca de salir de situaciones de exclusión social.

Otras consecuencias psicológicas posibles, derivadas tanto del trauma como de complicaciones médicas posteriores, pueden ser depresión, ansiedad, así como una amplia gama de fobias.



LA MGF Y LOS DERECHOS HUMANOS

POR QUÉ LA MGF ES UNA PRÁCTICA QUE VULNERA LOS DERECHOS HUMANOS (DDHH)

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos podemos destacar dos artículos que se relacionan directamente con la MGF:

ARTÍCULO 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

ARTÍCULO 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Por su parte, en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, se parte de estos supuestos y se añade, respecto de la MGF, la necesidad de proporcionar a los países un marco de actuación e intervención para su erradicación.

Uno de los retos más importantes a los que se han enfrentado quienes abogan por la abolición de estas prácticas es el de visibilizar estas realidades más allá de los países y entornos donde ocurren y concienciar a la población, tanto en el ámbito público como profesional, acerca de las implicaciones que tiene que se sigan reproduciendo.

Por último, hay que contemplar el hecho de que, sabiendo que la MGF se realiza mayoritariamente a edades muy tempranas, supone igualmente una violación de la Declaración de los Derechos del Niño.

En resumen, estas prácticas se pueden considerar como:

- Un atentado contra la integridad física, y por tanto seguridad, además de a la libertad de la persona.
- Un atentado contra los derechos de la mujer, que además reproduce esquemas de pensamientos sexistas orientados a la subordinación de ésta a los intereses masculinos.
- Un atentado contra los derechos de las niñas, ya que afecta directamente a su desarrollo físico, mental y social, además de considerarse una forma de crueldad que lo que busca es perpetuar una desigualdad culturalmente establecida.

MARCO LEGAL

Por lo delicado de esta situación en la sociedad occidental, al ser una costumbre arraigada en otras etnias y países, es complicado establecer legislaciones que puedan abordar el tema de la MGF desde una perspectiva neutral, objetiva y de respeto a la identidad cultural de estas personas.

Así, desde un principio, se recurrió a la Declaración Universal de los Derechos Humanos para catalogar estas prácticas como formas de discriminación basadas en el género. Posteriormente se matizó, aduciendo que también suponían una vulneración del derecho a la vida, libertad y seguridad de las personas.

A nivel internacional, la MGF no era muy conocida más allá de los entornos en los cuales se realizaba salvo excepciones durante la era colonial. No sería hasta las décadas de los 70 y 80 cuando el fenómeno se convertiría en un tema de interés global, más allá de los círculos académicos o relacionados con los países en los que se llevaba a cabo.

28

En el continente africano y, más concretamente, en la Carta Africana de los Derechos Humanos, se pide la erradicación de estas prácticas, y que se evite su justificación con argumentos supuestamente médicos esgrimidos en algunos países, ya que, como se ha visto antes, con esta postura lo único que logran es que siga reproduciendo y perpetuando la desigualdad entre hombres y mujeres.

De cualquier modo, la aplicación de la Carta Africana de los Derechos Humanos se ha encontrado con muchas trabas desde un principio por causas muy diversas, desde la inestabilidad política y social en ciertas zonas en las que se aplica la MGF, como Somalia, hasta problemas a la hora de mediar con ciertas poblaciones por lo arraigado de la tradición.

En el caso de Europa, donde el flujo de personas provenientes de estos países es cada vez mayor, se considera que la MGF supone, ante todo, una violación de los derechos de la mujer, observándose cualquier tipo de mutilación genital como una práctica lesiva que no se puede justificar por motivos religiosos o culturales.

Desde el Consejo Europeo se propone la elaboración de legislaciones que estén orientadas, entre otras cosas, a prohibir la MGF y condenarla por vulnerar la integridad de la mujer y, por extensión, atentar contra los derechos humanos. Destaca el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), de 11 de mayo de 2011, ratificado por España el 11 de abril de 2014, (BOE del 6 de junio de 2014), que en su artículo 38 establece que las partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo para tipificar como delito la MGF. También se pretende proporcionar el marco legal a la hora de conceder el derecho de asilo a las víctimas, además de condenar y perseguir no sólo la práctica, sino también a aquellos que la lleven a cabo y propicien. Finalmente, y a nivel internacional, se trata de establecer puentes de diálogo con los Estados en los que los distintos tipos de MGF son prácticas generalizadas para que también la condenen y persigan.

En este sentido, son cada vez más los países africanos que establecen leyes y medidas en contra de la MGF; sin embargo es una tradición difícil de eliminar. En ocasiones los grupos étnicos que desean practicar la MGF y lo tienen prohibido en su país, suelen desplazarse al país vecino más cercano que la permita para así poder realizarla.

EN NUESTRO PAÍS

En España la práctica de la MGF es un delito que se castiga con penas de prisión. Así, el artículo 149 del Código Penal recoge lo siguiente:

PUNTO 1. ARTÍCULO 149.

“El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.”



PUNTO 2. ARTÍCULO 149

“El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”

En este sentido, el punto 4 del artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece que la ley española será igualmente aplicable tanto a españoles como a extranjeros por hechos de este tipo cometidos fuera del territorio nacional, siempre y cuando los responsables residan en España.

Hay que decir que, en ocasiones, parte de la población inmigrante procedente de países donde se practica la mutilación genital femenina y que reside en España ha aprovechado la visita a sus países de orígenes para practicar la MGF a sus hijas, al ser ilegal en nuestro país. No obstante, con la introducción de este artículo, estas personas no están exentas de responsabilidad jurídica, aun habiendo realizado la MGF fuera del país.

Por su parte, la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito, establece el marco general de los derechos, procesales y extraprocesales, de todas las víctimas de delitos. Cuando se trate de menores, el interés superior del menor debe prevalecer a modo de guía para cualquier medida y decisión que se adopte.

Asimismo la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, modificada por Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en los puntos 1 y 3 de su Artículo 13 (Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva) establece lo siguiente:

PUNTO 1.

“Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.”



PUNTO 3.

“Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva.”

Por último hay que reseñar que, aunque la existencia de leyes prohibitivas de esta práctica son importantes, no debemos olvidar que la existencia de estas, por sí mismas, no significa que se abandone la realización de la MGF; pues lo que realmente sustenta esta práctica son las repercusiones sociales de no llevarla a cabo junto con las creencias existentes acerca del beneficio que ésta supone; y no tanto la existencia o no de prohibiciones legales.

Por este motivo, los diferentes profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo, cuando traten este tema con la población “diana”, lo deberán tratar abordando las creencias erróneas que hay detrás de su práctica y las consecuencias reales que conlleva, y no tanto mediante la amenaza de la repercusión legal que puede ocasionar.

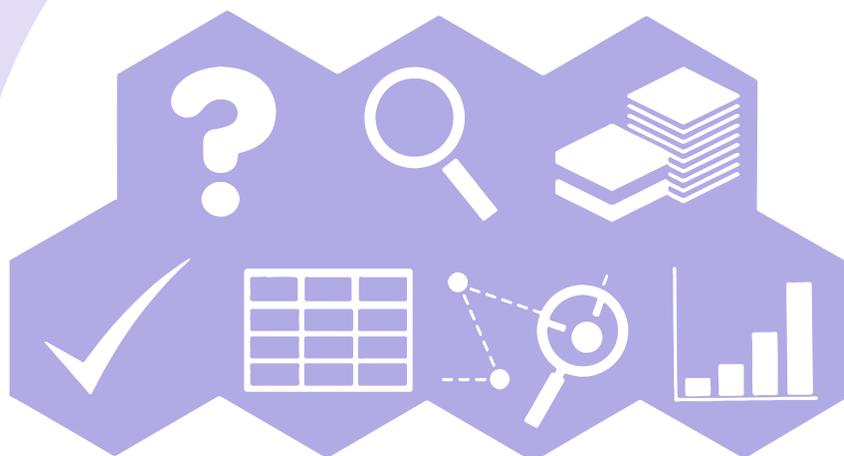
NECESIDAD DE UN MARCO PREVENTIVO

El presupuesto fundamental es actuar a partir de un marco preventivo basado en la información a los grupos en los que se produce la MGF, proporcionando a su vez una educación sexual que contribuya a un mejor conocimiento de su cuerpo y de por qué estas prácticas les pueden resultar más dañinas que beneficiosas.

En cuanto a las y los profesionales que trabajan con estos colectivos, lo fundamental es llevar a cabo un proceso de sensibilización y conocimiento de estas prácticas para saber cómo actuar, evitando cualquier tipo de actitud punitiva y centrándose fundamentalmente en la educación, concienciación e información.

Hay tres ámbitos que, dada la naturaleza y objeto de los mismos, son los idóneos desde los que se puede tratar esta problemática y actuar: el educativo, el sanitario y el de los servicios sociales. Para ello, es necesario que haya una coordinación entre los mismos, ya que los conocimientos y la experiencia de unos puede resultar fundamental para que los otros desarrollen una mejor comprensión de esta realidad.

ALGUNOS DATOS



32

A continuación se muestran una serie de datos en relación con la población residente en España y en Andalucía procedente de países donde se practica la mutilación genital femenina. Dicha población es creciente cada año. De ahí la importancia de que las y los profesionales de los ámbitos principalmente social, educativo y sanitario, estén preparados para saber intervenir con este tipo de personas de cara a prevenir y erradicar la MGF.

EN ESPAÑA

En España, en el año 2012 residían 224.139 personas procedentes de países donde se practica la MGF, lo que suponía un 3,9% de la población extranjera. De esta cantidad, 57.251 es población femenina y 16.869 son niñas menores de 14 años.

Las principales nacionalidades de la población femenina residente en España provenientes de países donde se practica la MGF son: Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea y Ghana.

Por comunidades autónomas, la distribución de la población procedente de países donde se practica la MGF se muestra en la tabla 1:

TABLA 1

	Población total procedente de países donde se practica la MGF	Población femenina procedente de países donde se practica la MGF y porcentaje sobre España	Población femenina ≤ 14 años procedente de países donde se practica la MGF
Cataluña	71.115	18.122 (31,7%)	6.182
Andalucía	33.533	6.197 (10,8%)	1501
Madrid	24.786	7558 (13,2%)	2.059
Comunidad Valenciana	19.882	5.135 (9%)	1.477
Aragón	12.245	3.195 (5,6%)	1.074
Canarias	11.220	3.860 (6,7%)	1.000
País Vasco	11.066	3.171 (5,5%)	818
Islas Baleares	10.165	2.921 (5,1%)	937
Murcia	7.831	1.399 (2,4%)	403
Castilla La Mancha	5.916	1.512 (2,6%)	422
Galicia	4.159	832 (1,5%)	168
Navarra	3.589	1.185 (2,1%)	321
Castilla León	2.991	784 (1,4%)	179
Asturias	2.136	380 (0,7%)	64
La Rioja	1.438	459 (0,8%)	156
Cantabria	1.410	372 (0,6%)	86
Extremadura	539	159 (0,3%)	19
Ceuta y Melilla	119	10	3
TOTALES	224.140	57.251 100%	16.869

TABLA 1.

De elaboración propia a través de la fuente: Mapa de la MGF en España 2012. Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay. Fundación Wassu- UAB, 2013

EN ANDALUCÍA

En cuanto a Andalucía, según el padrón del año 2012 residen 33.533 personas procedentes de países donde se practica la MGF, siendo esta la segunda comunidad autónoma donde más reside este tipo de población. De éstas, 6.197 son mujeres y 1.501 son niñas menores de 14 años; ocupando, en este caso, la posición número 3 por comunidades autónomas.

Las principales nacionalidades de la población femenina residente en Andalucía provenientes de países donde se practica la MGF son: Nigeria, Senegal, Guinea Bissau, Ghana y Mauritania.

En la tabla 2 se muestra la población femenina proveniente de países donde se practica la MGF residente en Andalucía por nacionalidades.

TABLA 2

Nacionalidad	Población femenina residente en Andalucía procedente de países donde se practica la MGF.	Población femenina ≤ 14 años residente en Andalucía procedente de países donde se practica la MGF
Nigeria	2.462	577
Senegal	1.484	368
Guinea Bissau	508	163
Ghana	363	97
Mauritania	279	84
Kenia	274	3
Guinea	156	57
Camerún	112	17
Mali	101	35
Egipto	83	19
Costa de Marfil	73	14
Gambia	65	20
Etiopía	56	14
Tanzania	29	
Togo	27	6
Burkina Faso	24	6
Liberia	17	5
Sierra Leona	16	3
Uganda	15	1
Sudán	12	3
RD del Congo	12	3
Benín	7	
Somalia	6	
Yemen	6	3
Chad	5	3
Níger	3	
República Centroafricana	2	
TOTAL	6.197	1.501

TABLA 2.

De elaboración propia a través de la fuente: Mapa de la MGF en España 2012. Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay. Fundación Wassu- UAB, 2013

En cuanto a la distribución territorial de la población femenina, procedente de países donde se practica la MGF, según la provincia de residencia, ésta se muestra en la tabla 3:

TABLA 3		
Provincias	Población femenina procedente de países donde se practica la MGF	Población femenina ≤ 14 años procedente de países donde se practica la MGF
Málaga	2.046	483
Almería	1.820	538
Sevilla	1.080	218
Granada	378	73
Cádiz	365	79
Huelva	205	51
Córdoba	179	39
Jaén	124	20

TABLA 3.

De elaboración propia a través de la fuente: Mapa de la MGF en España 2012. Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay. Fundación Wassu- UAB, 2013

Los municipios andaluces con mayor número de población femenina procedente de países donde se practica la MGF se muestran en la tabla 4:

TABLA 4

Municipios	Población femenina procedente de países donde se practica la MGF	Población femenina ≤ 14 años procedente de países donde se practica la MGF
Málaga	1.259	314
Roquetas de Mar	885	253
Sevilla	733	157
Granada	254	52
Vícar	217	79
El Ejido	210	75
La Mojonera	189	66
Marbella	151	33
Huelva	129	35
Fuengirola	124	32
Almería	107	21
Mijas	100	21
Algeciras	80	20
Benalmádena	79	23
Córdoba	76	19
Jerez de la Frontera	71	13
Vélez-Málaga	66	14
Níjar	64	15
Torremolinos	58	6
Puente Genil	57	18
Estepona	50	13
Puerto de Santa María	48	7
Jaén	39	
Puerto Real	30	
Camas	30	
Línea de la Concepción		10
Andújar		6
Cádiz		7

TABLA 4.

De elaboración propia a través de la fuente: Mapa de la MGF en España 2012. Adriana Kaplan Marcúsán y Antonio López Gay. Fundación Wassu- UAB, 2013

EL ABORDAJE DE LA MGF

La prevención y erradicación de la MGF necesita de una intervención tanto en los países de origen, donde principalmente se llevan a cabo estas prácticas, como en los países donde residen personas provenientes de dichos países.

Esto conlleva que un país como España y una región como Andalucía en particular (que como hemos visto anteriormente son lugares receptores de poblaciones provenientes de países donde se practica la MGF) sea necesario prevenirla entre la población susceptible de realizarla (población en riesgo), así como de intervenir en el que caso de que ésta se lleve a cabo.

Hay que tener en cuenta que para realizar una intervención adecuada es necesaria la colaboración y coordinación de diferentes profesionales de los ámbitos educativos, sociales y sanitarios; pues todos realizan medidas complementarias y al mismo tiempo indispensables para prevenir la MGF y/o intervenir en el caso de que ésta se haya llevado a cabo.

Basándonos en los protocolos existentes y en las medidas llevadas a cabo por otros países de nuestro entorno en relación a este tema, realizamos, a continuación, una propuesta de intervención abordando la actuación desde las diversas áreas profesionales.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA A LA HORA DE ABORDAR Y CONTEXTUALIZAR LOS CASOS

En primer lugar hay que tener en cuenta que, si bien la MGF es una expresión cultural fuertemente cargada de significado para aquellas personas que la viven, también es un elemento que se encarga de reproducir y justificar las desigualdades de género, por lo que es necesario conocer este punto de vista.



Como ya se ha expuesto con anterioridad, tampoco se puede culpabilizar a toda una cultura, país, etnia o religión sólo por una práctica concreta, puesto que la realidad de la misma es que varía en función de una amplia gama de factores. Es necesario contextualizar la MGF para poder actuar correctamente; no sólo se busca impedir que se perpetúen estas realidades que afectan a la salud de las niñas, sino también mejorar la calidad de vida de estos colectivos y promover la multiculturalidad.

En relación a los derechos de la mujer sobre su cuerpo, la libertad a la hora de expresar su cultura y a la autodeterminación femenina, hay que ser consciente de que estas prácticas vulneran estos principios, en tanto que las personas que la sufren no son mujeres que lo aceptan voluntariamente y siendo totalmente conscientes de las repercusiones que ello podría tener, ni tampoco son, en muchos casos, dueñas de todas sus facultades, sino que mayoritariamente se realizan en niñas a las que no se les permite decidir sobre ello o que incluso no son conscientes dada su corta edad. Por ello, se puede considerar que la MGF vulnera su integridad y es una práctica que atenta contra el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Es muy importante tener siempre en cuenta que el hecho de que estas prácticas se lleven a cabo y sean aceptadas se debe a que, tradicionalmente, han sido consideradas beneficiosas para las mujeres, por lo que la concienciación debe encaminarse a las consecuencias psicológicas y fisiológicas que puede conllevar la MGF, así como a las implicaciones socioculturales que subyacen en la práctica de ésta. No olvidemos, al abordar el tema de la MGF con población susceptible de riesgo, que esta práctica se realiza bajo el pensamiento de que va a suponer un beneficio real para las niñas/mujeres a las que se les practica.

Por este motivo, es crucial no condenar ni tomar una actitud de reproche contra toda una población y/o cultura porque lleven a cabo este tipo de prácticas, ya que si la realizan es porque presentan creencias erróneas además de no ser conocedores de las consecuencias reales que conlleva para las niñas/mujeres.

Tampoco hay que olvidar que se debe tratar este problema de tal manera que se respeten a las culturas de origen de las personas que pasan o que puedan pasar por estas experiencias, puesto que lo que se busca, a fin de cuentas, es la erradicación de una práctica que vulnera los Derechos Humanos, no la asimilación cultural ni la negación de la identidad de estas personas. Esto último es



muy importante porque, además de que todas las sociedades y personas tienen derecho a salvaguardar su identidad cultural, es frecuente el rechazo del intervencionismo occidental en estos asuntos a raíz del ya comentado pasado colonial y sus consecuencias. Existen posturas críticas con la MGF, surgidas en los propios países en los que se lleva a cabo, que reivindican que se debería prestar una mayor atención a los argumentos expuestos por las personas procedentes de estas sociedades, evitando un sesgo etnocéntrico fundamentalmente occidental.

Hay pues una necesidad de contextualizar esas prácticas y saber por qué se llevan a cabo si se quieren evitar; en resumen, saber quién, dónde, cómo, cuándo y por qué se hacen. En un mismo país o grupo étnico estas prácticas no son necesariamente algo generalizado y que se lleven a cabo o no puede depender de muchos factores tales como el entorno de origen de las mujeres, su nivel de formación académica, creencias religiosas, etc.

Es por ello que si se quiere actuar de manera efectiva para evitar la MGF, la actuación que se lleve a cabo debe hacerse hacia los colectivos en riesgo, sin menospreciar su cultura o puntos de vista, y haciéndolos conscientes de las consecuencias e implicaciones de este tipo de prácticas. Hay que concienciar a estas mujeres de los significados subyacentes de estas prácticas y de los valores que reproducen, ya que, en la mayor parte de los casos, las mutilaciones son ejecutadas por mujeres dedicadas especialmente a ello.

Al llevarse a cabo todo el abanico de prácticas vinculadas a la MGF en entornos mayoritariamente o casi exclusivamente femeninos, es posible que las mujeres que las viven en esas comunidades no las conciben como fruto de una lógica basada en las desigualdades de género y que, en algunas de las interpretaciones dadas por quienes las llevan a cabo y las han vivido, haya implícita una lógica que supedita a la mujer a las exigencias del género masculino, además de vincularse a un estricto código moral basado en el control de la sexualidad femenina.

¿CON QUIÉN SE INTERVIENE?

Cuando se interviene en los países de donde no es originaria la MGF, como el caso de España, es necesario conocer muy bien a quién va a ir dirigida nuestra intervención en relación a este tema, ya que no se trata de una práctica generalizada.

En este caso, los y las profesionales de los ámbitos educativos, sociales y sanitarios deberán saber reconocer cuáles son las familias consideradas de riesgo con las que llevar a cabo sus intervenciones.

Los **indicadores de riesgo** (factores que predisponen a que se lleve a cabo esta práctica) que nos van a permitir reconocerlas son los siguientes:

1. Si la familia o persona es originaria de un país donde se practique la MGF y/o pertenece a un colectivo étnico en donde la MGF esté normalizada.

El hecho de ser originario de un país donde se practique la MGF no significa que esa persona sea partidaria de ésta, pues dentro de un mismo país existen zonas y etnias que la practican, así como lugares y etnias no practicantes. Asimismo, también se puede dar el caso de pertenecer a una etnia practicante y estar en contra de la MGF y viceversa. En todo caso, será necesario como profesionales recabar esta información (conocer sus países de orígenes y las etnias a las que pertenecen) para llevar a cabo una intervención adecuada dependiendo de la información obtenida y de su predisposición a realizarla.

2. La pertenencia a un grupo familiar en el que alguna de sus mujeres la haya vivido.

3. La pertenencia a grupos familiares que, cumpliendo con alguno de los dos puntos anteriores, tengan muy presente la idea de la vuelta al país de origen, sobre todo cuando las niñas se encuentran en la edad crítica.

Si las personas/familias a las que se atiende desde los diferentes ámbitos presentan alguno de los indicadores de riesgo comentados anteriormente será necesario llevar a cabo una intervención preventiva con éstas.

En cuanto a qué tipo de intervención realizar con cada persona/familia en situación de riesgo, ésta dependerá del momento en que se realice, los cuales se especifican a continuación:

1. Prevención: Ésta se realizará cuando nos encontremos ante una familia de riesgo.

2. Riesgo inminente: Se produce cuando una familia en riesgo va a realizar un viaje al país de origen. Se considera situación de riesgo inminente pues la familia puede que tenga que decidir si practicará o no la MGF a su hija y además tendrá que hacer frente a la presión que su propia familia pueda ejercer. En este caso se recomienda:

a) Actividad preventiva pre-viaje: La intervención se realizará de forma más o menos inminente dependiendo de la fecha del viaje. Lo idóneo es que se hubiera realizado anteriormente una actividad preventiva general. En este caso se tratará de que la familia esté bien informada acerca de la MGF y se comprometan a no realizarla a sus hijas cuando viajen.

b) Actividad post-viaje: En este caso se tratará de comprobar que las familias han cumplido con el compromiso de no mutilar a sus hijas. Para ello se llevará a cabo una evaluación.

3. Sospecha y/o confirmación de haberse realizado una MGF: En este caso se abordarán las consecuencias para paliar las secuelas que la MGF tiene para la mujer y/o niña.

En cada momento de intervención, será imprescindible la actuación coordinada de diferentes profesionales de las áreas social, educativa y sanitaria. Hay que tener en cuenta que sólo una persona profesional sanitaria puede corroborar si se ha realizado una mutilación o no.

A continuación se especifican propuestas de intervención dentro de los ámbitos antes citados en función del momento de la intervención.

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO SOCIAL

Una forma adecuada de intervenir por parte de las y los profesionales que trabajan en el área social es la que se especifica a continuación, en función de cada momento.

MOMENTO 1: Prevención

Esta actividad se llevaría a cabo siempre que se encuentren, en el servicio donde trabajen, con familias provenientes de países donde se lleve a cabo la MGF.

Para ello, es necesario conocer la procedencia de las familias que forman parte de sus servicios e informarse adecuadamente acerca de si en el país de origen de éstas se practica o no la MGF. Asimismo, sería preciso que estos/as profesionales trabajasen coordinadamente con las áreas educativa y sanitaria, para poder realizar una buena actividad preventiva general.

En concreto los pasos idóneos a seguir por parte de las y los profesionales de este área, para llevar a cabo una adecuada actividad preventiva general con familias consideradas en situación de riesgo, podrían ser los siguientes:

1. **Recabar información sobre el país** de origen de la familia, la **etnia** a la que pertenece y la **zona** en la que reside.

2. **Conocer si en la comunidad a la que pertenecen se practica la MGF.** Esto se puede preguntar directamente a la familia una vez que se cree previamente un clima de confianza con ésta.

3. **Conversar con la familia acerca de la MGF,** abordando aspectos generales de ésta:

- a) Qué tipo de MGF se realiza en su comunidad, cómo se realiza y qué significado tiene para ellos.
- b) Si alguna mujer de su familia la tiene realizada.
- c) Si conocen a alguna mujer que la tenga realizada.

4. **Abordar aspectos específicos de la MGF** con la familia que se atiende en el servicio.

- a) Averiguar, preguntándoles abiertamente, qué conocen acerca de las consecuencias para la salud que la práctica conlleva y las consecuencias legales a las que se podrían enfrentar.
- b) Informar a la familia sobre las consecuencias para la salud que conlleva esta práctica para las mujeres y niñas, así como de las consecuencias jurídicas.
- c) Desmontar las falsas creencias que puedan tener que hacen que la MGF se siga manteniendo.

Este proceso no suele ser ni fácil ni rápido. Es necesario que las y los profesionales adopten una postura de confianza con la familia para abordar este tema siempre desde el respeto. De esta forma se conseguirá que la familia se muestre predispuesta a continuar dialogando y sean receptivas a lo largo de la intervención.

En el caso de que las y los profesionales se encuentren con una familia favorable a la MGF y/o no quiera colaborar sería idóneo ponerlo en conocimiento del centro de salud con la finalidad de que desde el mismo realicen un seguimiento más cercano.

Para profesionales del ámbito social que no se encuentran trabajando en servicios sociales comunitarios lo idóneo sería que se coordinaran con éstos, informándoles de las familias en situación de riesgo que ellos atienden.

MOMENTO 2: Riesgo inminente

(realización de un viaje al país de origen por parte de la familia de riesgo)

En este caso lo idóneo sería que las y los profesionales del ámbito social realizaran las siguientes actividades:

43

- 1. Actividad pre-viaje.** Para prevenir la realización de una MGF. Aquí también sería necesaria la coordinación con el centro de salud y servicios sociales comunitarios (en el caso de que las y los profesionales trabajen desde otro servicio).

Los pasos adecuados a seguir serían los siguientes:

En el caso de que previamente haya existido una actividad preventiva general (en este supuesto el resultado de la actividad es más efectivo):

1. Volver a recordar la información ofrecida anteriormente.
2. Informar acerca del compromiso preventivo (más información de éste en el apartado “Cómo trabajar en el ámbito sanitario” de esta guía.).
3. Conocer si la familia está dispuesta a firmarlo.
4. Informar al centro de salud del viaje previsto por la familia.

En el caso de que no se hubiera realizado la actividad preventiva general, sería adecuado seguir los siguientes pasos:

1. Entrevistar a la familia para abordar el tema de la MGF como viene descrito en la actividad preventiva general (de lo general a lo específico).
2. Informar acerca del compromiso preventivo (más información de éste en el apartado “Cómo trabajar en el ámbito sanitario” de esta guía.).
3. Conocer si la familia está dispuesta a firmarlo.
4. Informar al centro de salud del viaje previsto por la familia.

2. Actividad post-viaje. Para conocer la efectividad de la actividad preventiva pre-viaje.

En este caso los pasos idóneos a seguir por las y los profesionales sociales serían:

1. Entrevistar a la familia, con el objetivo de obtener información sobre cómo se ha producido el viaje y qué ha sucedido en relación con la MGF.
2. Informar al centro de salud de la llegada de la familia para que éstos la citen y puedan comprobar si se ha realizado o no una MGF. Sólo profesionales sanitarios pueden corroborar la existencia o no de mutilación genital.
3. Ponerse en contacto con el centro de salud para conocer si se ha llevado a cabo o no la MGF y comprobar que las niñas han vuelto sanas del viaje.
4. Volver a entrevistar a las familias con el objetivo de completar sus conocimientos acerca del tema y valorarles positivamente en el caso de no haber realizado la MGF.

En el caso de que las familias, una vez que hayan regresado del viaje, no se muestren colaboradoras sería adecuado contactar con el centro de salud para dar a conocer la situación e intentar que sean ellos los que realicen esta actividad.

MOMENTO 3: Sospecha de haberse realizado una MGF

En el caso de que las y los profesionales del ámbito social tengan la sospecha de que se haya realizado una MGF, sería idóneo que informaran a los centros sanitarios para que sean éstos quienes comprueben si la MGF se ha llevado a cabo. Sólo el personal sanitario puede corroborar este hecho.

En el caso de que se atiende a una mujer que padezca las consecuencias de haberse realizado algún tipo de MGF, debería derivársela a los centros sanitarios para que le traten esas consecuencias.

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

Las y los profesionales de la educación también pueden jugar un papel clave a la hora de poder prevenir la MGF, pues junto con el área sanitaria son quienes se encuentran en contacto directo con las familias consideradas en situación de riesgo ante la MGF.

En función del momento, sus acciones podrían ser las siguientes:

MOMENTO 1: Prevención

Lo idóneo sería que el profesorado de los centros educativos así como las y los profesionales del ámbito de la educación que trabajan en ludotecas, centros de tiempo libre, etc., dispusieran de herramientas que les permitan detectar a menores que se encuentren en situación de riesgo ante la MGF. Para ello es necesario que tengan información sobre este tipo de prácticas y, a la misma vez, sensibilización y disposición a colaborar en relación a este tema.

En el caso de que el profesorado u otra/o profesional de la educación tenga conocimiento de menores que se encuentran en situación de riesgo, los pasos adecuados a seguir serían:

1. Dar a conocer al tutor/a de la menor (en el caso de los centros educativos) sobre su situación.
2. Asentada la relación con la familia, informar a los padres/madres de la menor sobre (esta información la proporcionaría el tutor/a en el caso de los centros educativos, pues son los que están más en contacto con la familia):
 - a) Las consecuencias para salud que conlleva esta práctica para las mujeres y niñas.
 - b) Las consecuencias jurídicas.

3. Una vez informados, conocer la actitud de los padres/madres.
4. Si no se pudiera contactar con la familia (algo que puede pasar con más frecuencia dentro de la educación social):
 - a) Realizar seguimiento a la niña.
 - b) Informar de la situación de riesgo de la niña al técnico/a de infancia y a los servicios sociales para que éstos realicen la intervención.
5. Coordinarse con los servicios sociales municipales sobre la situación de riesgo de la menor.

MOMENTO 2: Riesgo inminente

(realización de un viaje al país de origen por parte de la familia de riesgo)

1. **Actividad pre-viaje.** Para prevenir la realización de una MGF. Aquí también será necesaria la coordinación con el centro de salud y servicios sociales.

Los pasos adecuados a seguir por las y los profesionales del ámbito educativo en esta actividad serían los siguientes:

1. El tutor/a se entrevista con la familia de la menor para informarle (si es la primera vez que trata el tema con la familia) o recordarle las consecuencias para la salud y las consecuencias legales que conlleva la práctica de la MGF.
2. El tutor/a informa al equipo directivo de la intención de viajar de la familia.
3. El equipo directivo informa a los servicios sociales y al centro de salud correspondiente del viaje previsto por la familia.

Dentro de la educación social sería conveniente que:

- a) El equipo de trabajo del centro correspondiente realizara un informe sobre la previsión del viaje de la familia dirigido a los servicios sociales y al técnico/a de infancia.
- b) Los servicios sociales y/o el técnico/a de infancia realizaran la intervención.

2. Actividad post-viaje.

En este caso los pasos idóneos a seguir por los profesionales del ámbito educativo serían:

1. Informar a los servicios sociales y al centro de salud sobre el retorno de la niña.
2. Valorar positivamente a la familia en el caso de no haber realizado la MGF.

MOMENTO 3: Sospecha de haberse realizado una MGF

Algunos indicios que pueden hacer sospechar a las y los profesionales del ámbito educativo de la posible realización de una MGF pueden ser:

- a) Observación de algún malestar físico importante en la menor (infecciones, dolores). No obstante es difícil que esto se observe, pues las consecuencias físicas, salvo que sean evidentes no suelen apreciarse.
- b) Absentismo escolar.
- c) Cambios de comportamiento (se relaciona menos con los demás, se vuelve menos comunicativa).
- d) Sentimientos de tristeza, desconfianza, retraimiento, rechazo, rabia.
- e) Evitación de actividades deportivas.

Asimismo, sería conveniente mantener una conversación con la menor después de la realización de un viaje para que cuente cómo le ha ido y valorar las respuestas de ésta.

En el caso de que las y los profesionales del ámbito educativo tengan la sospecha de que se haya realizado una MGF deberían:

1. Informar a los centros sanitarios para que sean éstos quienes comprueben si la MGF se ha llevado a cabo. Sólo el personal sanitario puede corroborar este hecho.
2. Informar a los Servicios Sociales.
3. Informar al técnico/a de infancia de la zona (en el caso de profesionales que se encuentren en el ámbito de la educación no formal).

CÓMO TRABAJAR DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

MOMENTO 1: Prevención

Dentro del ámbito sanitario existen tres tipos de prevención que son las que se suelen llevar a cabo cuando se ponen en marcha medidas desde este ámbito:

1. Prevención sistemática: Cuando este tipo de prevención se llega a poner en marcha, se suele realizar en:

a) **Consultas de pediatría** de los centros de atención primaria: allí se conciencia acerca de las consecuencias negativas para salud que tiene la realización de la MGF en las menores.

b) **Consultas de ginecología y/o servicios de salud sexual y reproductiva;** pues la mayoría de las consecuencias negativas de la MGF se dan a nivel sexualidad, de fertilidad y durante el embarazo. Durante este último, los progenitores suelen ser más receptivos y estar más predispuestos a cambiar de pensamiento en pro de la salud de la mujer y de la futura niña cuando son conscientes de las consecuencias que para la salud conlleva la MGF. En este caso el objetivo es doble, prevenir los problemas que puedan aparecer en el parto como consecuencia de la MGF así como evitar que la realicen a sus futuras hijas.

2. Prevención oportunista: Se denomina así a la prevención que se realiza en el momento en que, a nivel sanitario, se atiende a una mujer que padece algunas de las consecuencias negativas por tener realizado algún tipo de MGF. Principalmente se informa a la mujer de que lo que padece está relacionado con la MGF, pues como comentábamos en apartados anteriores no lo suelen relacionar, además de ofrecerle información. Se puede llevar a cabo en:

- a) Consultas de medicina general.
- b) Consultas de enfermería.
- c) Consultas de urología.
- d) Urgencias.

Asimismo, este tipo de prevención también se puede llevar a cabo en los centros de vacunación internacional, aprovechando que las familias acuden a estos centros antes de realizar un viaje a sus países de orígenes. Desde estos centros se les puede hacer firmar el compromiso preventivo, del que hablaremos más adelante.

Del mismo modo, estos centros pueden intentar que la familia contacte con entidades que trabajen en sus países en la erradicación de la MGF, pues les pueden servir de apoyo cuando lleguen a su destino.

3. Prevención comunitaria: Es aquella que se produce para sensibilizar a la comunidad (bien a través de jornadas, talleres, etc.) y que cuenta con la participación de personal sanitario para realizarla.

Como con las prevenciones que se llevan a cabo en los ámbitos social y educativo, las prevenciones en el ámbito sanitario se llevarán a cabo con las familias que proengan de alguno de los países donde se lleve a cabo la MGF.

Para llevar a cabo la prevención, los pasos que se aconsejan seguir al personal sanitario en las consultas son los siguientes:

1. Registrar en la **historia clínica** de la niña (en las consultas de pediatría) o de la mujer su país de origen, su etnia, si ésta practica la MGF (preguntando por ello directamente), antecedentes familiares y personales, tipo de MGF que tiene realizada (en su caso).
2. Una vez que exista una relación de confianza entre la familia y el personal sanitario (debido a que han asistido a consultas anteriores), salvo en los casos de que vayan a realizar un viaje inminente, comenzar la **prevención**.
 - a) Conversar con la familia acerca de la MGF, abordando aspectos generales de ésta:
 - Qué tipo de MGF se realiza en su comunidad, cómo se realiza y qué significado tiene para ellos.
 - Si alguna mujer de su familia la tiene realizada. ¿Y ella?
 - Si conocen a alguna mujer que la tenga realizada.
 - Si piensa realizársela a sus hijas.
 - Qué beneficios piensa que tiene la MGF.

- b) Abordar aspectos específicos de la MGF.
 - Informar sobre consecuencias para la salud.
 - Desmontar falsas creencias.
 - Informar sobre las consecuencias legales tanto en sus países como en España.
 - Conocer la presión que sus familias puedan ejercer en sus países de orígenes.

En el caso de que las y los profesionales se encuentren con una familia favorable a la MGF y/o no quiera colaborar sería idóneo ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y del centro educativo. Dicha predisposición sería conveniente apuntarla en la historia clínica.

MOMENTO 2: Riesgo inminente

(realización de un viaje al país de origen por parte de la familia de riesgo)

50

Las y los profesionales del ámbito sanitario pueden conocer la intención del viaje de la familia, bien porque ésta es la que informa directamente o porque desde otro servicio se derive a la familia al centro de salud.

1. Actividad pre-viaje. Para prevenir la realización de una MGF.

Los pasos adecuados a seguir por las y los profesionales del ámbito sanitario en esta actividad serían los siguientes:

- 1. Citar** a la menor para:
 - a) Valorar su estado de salud
 - b) Completar su calendario vacunal (en su caso).
 - c) Ofrecerles un botiquín con elementos básicos para que lo lleven a su país.
- 2. Informar** (Si es la primera vez que trata el tema con la familia) o recordar las consecuencias para la salud y las consecuencias legales que conlleva la práctica de la MGF.

3. **Tratar** (nuevamente en el caso de que se haya realizado una prevención anterior) el tema de la **presión familiar** a la que puedan ser sometida cuando lleguen para la realización de la MGF.
4. Ofrecer a los progenitores, por parte de la persona profesional sanitaria que suele atender a la menor, la firma de un **compromiso preventivo** donde se comprometan a no mutilar a su/s hija/s. Incluir la copia firmada en la historia clínica.
5. **Dar cita** para cuando regresen del viaje.
6. Informar al servicio de protección de menores u otras autoridades si las y los profesionales se encuentran con familias predispuestas a realizar la MGF a su/s hija/as.

EL COMPROMISO PREVENTIVO:

El compromiso preventivo es un documento utilizado en algunos países que resulta imprescindible que lo firme la familia para poder salir del país donde residen a su país de origen. Si no lo firman se les prohíbe la salida del país con la menor. Con la firma de dicho documento los padres/madres reconocen que han sido informados acerca de la MGF, siendo conscientes de las consecuencias sanitarias para las niñas/mujeres a las que se les practica y las consecuencias legales que les puede acarrear el practicarla a su/s hija/s. Asimismo, se comprometen a no realizársela a su/s hija/s. Actualmente, en España, el compromiso preventivo no es condición sine qua non para salir del país.

Este documento es especialmente útil para las familias, pues les sirve de cara a la presión familiar a la que pueden ser sometidos cuando lleguen a sus países de orígenes. Para ello, el documento se traduce al idioma de la comunidad; por lo que cualquier miembro de ésta puede informarse de las consecuencias legales que les acarrearía a sus familiares una vez regresen al país donde residen; siendo estas principalmente lo que suele hacer aminorar la presión ejercida por la comunidad.

2. Actividad post-viaje.

En este caso los pasos idóneos a seguir por las y los profesionales sanitarios serían:

- **Si la familia acude al centro de salud (bien por la cita que establecimos antes de su partida o porque son derivados por otros servicios):**

1. Conversar con la familia sobre el viaje (si han tenido algún percance o enfermedad, qué ha pasado con el tema de la MGF).
2. Realizar un examen de salud completo a la menor, analizando también la zona genital y comprobando si se ha llevado a cabo la MGF o no.
3. Valorar positivamente a la familia en el caso de no haber realizado la MGF.

- **Si la familia no acude al centro de salud:**

1. Alertar sobre el caso a los servicios sociales y al centro educativo para que localicen a la familia y hacer que acudan al centro de salud.
2. Si siguen sin acudir, alertar al servicio de protección de menores.

MOMENTO 3: Confirmación de haberse realizado una MGF

En el caso de que se haya realizado algún tipo de MGF las y los profesionales sanitarios deberían:

1. Analizar las consecuencias producidas tanto físicas como psicológicamente.
2. Tratar estas consecuencias. En ocasiones se recurre a la reconstrucción y cirugía genital.
3. Poner en conocimiento de la autoridad la situación de la menor, generalmente del servicio de protección de menores.

CONCLUSIÓN

La mutilación genital femenina es un tipo de violencia de género que afecta a unas 140 millones de niñas y mujeres en el mundo; siendo un fenómeno global que nos involucra, bien de forma directa o indirecta, a toda la Humanidad. No debemos olvidar que este tipo de violencia contra la mujer se da no sólo entre la población residente de los países de donde es originaria, sino que también afecta a poblaciones que residen a lo largo y ancho de nuestro planeta fruto, principalmente, de las migraciones que se han producido y se siguen produciendo.

Ello hace que la puesta en marcha de medidas de prevención sea de suma importancia para poner fin a una práctica que atenta contra los derechos de las mujeres como lo es la MGF. Es importante subrayar que esta prevención se debe dar no sólo en los países donde es originaria la MGF, pues como acabamos de mencionar es un problema que afecta y en el que está involucrado el mundo en general.

Por último, esperamos que esta guía contribuya y arroje luz sobre cómo poder prevenir la MGF en Andalucía.

9

BIBLIOGRAFÍA

Caño, A., Martínez, E. Et al. (2008). *Mutilación genital femenina más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario y Médicus Mundi Andalucía.

Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos. (1981). Nairobi: XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf?view=1>.

Código Penal y legislación complementaria. (2016). www.boe.es/legislacion/codigos/

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). París: Asamblea General de las Naciones Unidas . <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2014). *La mutilación genital femenina en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Escobedo, M., Gomez, A. mutilación genital femenina. ¿Estamos preparados los profesionales de Enfermería?. (2015). *Nuberos Científica* 16. Cantabria: Fundación de la Enfermería de Cantabria.

Grupo interdisciplinar para la prevención y el estudio de las prácticas tradicionales perjudiciales. (2006). *Mapa de la mutilación genital femenina en España*. Barcelona: Universitat Autònoma.

Guerra, M. J. (2008). Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *Isegoria*, 38 (pp.61-77).

Guías rápidas. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. (2015). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-S-2014-137.pdf>

Kaplan, A., Bedoya, M. E. (2004). *Las mutilaciones genitales femeninas en España una visión antropológica, demográfica y jurídica*. en J. de Lucas y J. García Añón (Ed.) Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Valencia: Universitat de Valencia.

Kaplan , A., Torán, P. et al. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones* 19 (pp. 189-217).

Kaplan, A., Torán, P. Et al. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una

intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38 (pp. 120-126).

Kaplan, A., López, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012. Antropología Aplicada*, 2. Barcelona: Universitat Autònoma y Fundació Wassu-UAB.

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/04/28/pdfs/BOE-A-2015-4606.pdf>.

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>.

Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. <https://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/>

Lucas, B. (2007). *La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación*. Universidad Carlos III Madrid. Tesina.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. <http://www.paho.org/violence>

Pinaroche, F., Almansa, P. (2014). *Mujer y cuidado retos en salud*. Murcia: Universidad.

Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. (2015). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Sistema Nacional de Salud. (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona. (2006). http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/protocolo_mut.

Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. (2011). Gobierno de Aragón.

Vallejo, C. (2014). Mutilación genital femenina: violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España. *Revista de Estudios Jurídicos* 14. Jaén: Universidad.

OTRO MATERIAL

PELÍCULAS:

Moolaadé (2004), Ousmane Sembené.

Flor del Desierto (2009), Sherry Hormann.

Basada en la novela homónima de Waris Dirie.

DOCUMENTALES:

Iniciación sin Mutilación. (2004). Dirección y guión Adriana Kaplan.

Un Futuro sin Mutilación. (2013). Fundación WASSAU-UAB.

No con mi Hija. (2006) Alemania.

Bref (2014), Christina Pitouli.

Mutilación Genital Femenina. Claves para la comprensión y la intervención (2013), elaborado por el portal Lasexologia.com.







