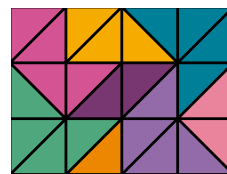


GUÍA PARA PROFESIONALES

LA MGF EN ESPAÑA.

Prevención e intervención



unaf

unión de asociaciones familiares



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN Y
EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
MIGRACIONES



UNIÓN EUROPEA
FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural

Edita: UNAF- Unión Nacional de Asociaciones Familiares

Diseño: Gestión y Servicios Resources, SL

Impresión: Gráficas JMG

Depósito Legal: M-36684-2013

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

Coordinación y contenidos

Dirección UNAF

Equipo técnico del programa 'Prevención e Intervención ante la Mutilación Genital Femenina' desarrollado por UNAF:

Inmaculada Lozano Caro

Nieves Crespo Elvira

Con la colaboración de

Carmen Sánchez Moro

M^a Eugenia Rodríguez Navas

Amparo Suárez-Bárcena Amann

Agradecimientos

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

PRÓLOGO	7
1. LA PERSPECTIVA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA BASADA EN DERECHOS HUMANOS	9
2. LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS	17
2.1. Qué son las las mutilaciones genitales femeninas. Terminología. Origen. Tipos.	17
2.2. Contextualización: Regiones y países. Quiénes y a quiénes. Temporalidad y procedimientos.	23
2.3 Causas de la incidencia y la prevalencia de la práctica de MGF: argumentos y mitos.	32
2.4. Consecuencias en salud y en desarrollo socio-comunitario: Mujeres y niñas. Neonatas o recién nacidos. Hombres y resto de la comunidad.	42
3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS PARA ERRADICAR LAS MGF	51
3.1. Marco Normativo: Internacional, Racional y Nacional. Protocolos CCAA. Declaraciones: Barcelona, Brufut y Nairobi.	52
3.2. Prevención y sensibilización. Objetivos, estrategias, niveles de actuación. Claves: Principios, líneas prioritarias, entorno propiciatorio y profesionales. Herramienta: Educación Sexual	70
4. INTERVENCIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS	111
4.1. Momentos de intervención.	111
4.2. Ámbitos de actuación: social, educativo y sanitario.	118
4.3. Buenas prácticas.	131
5. NOTAS AL PIE	145
6. BIBLIOGRAFÍA	151
7. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	155

La Mutilación Genital Femenina (MGF), en sus diferentes tipologías, es una grave violación de los derechos humanos, un acto de violencia contra las mujeres, y una muestra extrema de la desigualdad de género, que atenta no solo contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que les niega su derecho a la salud e incluso a la integridad del propio cuerpo.

Ahora bien, esta práctica no es solo asunto de mujeres, no es exclusiva de África ni es una realidad lejana.

La Unión de Asociaciones Familiares la conoce de cerca ya que, como organización sin ánimo de lucro que trabaja por los derechos y el bienestar de las familias en España desde hace 25 años, comenzó a desarrollar en 2007 un programa de Promoción de la Salud Sexual en la Población Inmigrante, financiado por el actual Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través del Fondo Europeo para la Integración.

A partir de su experiencia en este programa, UNAF detecta la necesidad de poner en marcha en 2011 un programa específico de Prevención e Intervención ante la MGF, financiado asimismo por los citados organismos.

Este programa cuenta con dos líneas de actuación principales: por un lado, la prevención e intervención con población inmigrante en riesgo de mutilación o mutilada, y por otro, la concienciación, información y sensibilización de profesionales.

En este marco y como organización experta a nivel nacional e internacional, UNAF crea la *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención*, que actualiza y enriquece con materiales de elaboración propia el contenido de otras publicaciones y cuya vocación es:

- Contribuir al conocimiento, análisis y revisión documental de la práctica de la MGF para su erradicación, con una mirada directa en nuestro país.

- Constituir una herramienta útil y eficaz de información y comprensión desde diversas perspectivas epistemológicas, que permita a las y los 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 y, particularmente, para la erradicación de la MGF, ofreciendo instrumentos de trabajo a profesionales con implicación en las dinámicas sociales de la MGF con el fin de abordar la intervención y sensibilización sobre la misma de forma interdisciplinar e integradora.



Fotografía de Mundo Cooperante

La erradicación de la MGF debe ser abordada de forma integral desde un enfoque de derechos, involucrando no solo a las titulares de esos derechos (mujeres y niñas) sino también a los titulares de obligaciones (Estado, sistemas públicos) y los

titulares de responsabilidades (familias, autoridades tradicionales, religiosas, sectores privados, sociedad civil, medios de comunicación, etc.).

Es decir, es necesaria la coordinación de todos los agentes y el compromiso de todas las fuerzas para luchar contra esta violación de los derechos humanos, a través tanto de la prevención como de la intervención, garantizando a las víctimas la verdad, la justicia y la reparación.

Los y las profesionales juegan un papel fundamental en esta tarea, por lo que esperamos que esta guía sirva para ampliar su conocimiento sobre la MGF y para orientarles en su labor con la población inmigrante en riesgo.

Teresa Blat Gimeno
Presidenta de UNAF

1. LA PERSPECTIVA DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA BASADA EN DERECHOS HUMANOS

“El multiculturalismo y la diversidad cultural deben tener sus límites en los derechos humanos y deben avanzar en la dirección de la interculturalidad, es decir, hacia el mestizaje, el intercambio y la comunicación entre culturas y razas”

Amnistía Internacional, 1998

La Asamblea General de la ONU aprobó el 27 de noviembre 2012 por primera vez una resolución que condena la mutilación genital femenina (MGF). En el documento se exige a los estados miembros su prohibición y castigo bajo la consideración de que se trata “de un atropello irreparable e irreversible que niega los derechos humanos de las mujeres y las niñas”. Además la resolución insiste en que supone “una amenaza para la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres y puede incrementar su vulnerabilidad al VIH”.

La MGF es una práctica documentada y presente en diferentes lugares de los cinco continentes¹ y constituye, por ello, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos. Organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales (OMS, FNUEAP, UNICEF, UNFPA, UNIFEM, entre otros...) nos acercan a esta realidad y contribuyen a su erradicación.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en el plano nacional, regional e internacional, la práctica sigue existiendo en muchos países. La Asamblea General exhortó a los Estados “a fortalecer los programas de concienciación y la participación de los líderes comunitarios y religiosos, las instituciones de enseñanza, los medios de difusión y las familias”. También acordó pedir que “el 6 de febrero fuera declarado el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina”.

La Comisión de la ONU sobre el Estatus de la Mujer en su 57ª sesión,

en marzo de 2013, centró sus debates en la eliminación y prevención de todas las formas de violencia de género.

El Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, describió estas prácticas como “una bochornosa y silenciosa pandemia global, en la que siete de cada diez de mujeres en el mundo sufren golpes, violaciones, abusos o mutilaciones a lo largo de sus vidas”. Añadió que “no importa donde vivan, ni su cultura, ni sociedad, todas las mujeres y niñas tienen el derecho a vivir libres de miedo y a desplegar todo su potencial y sueños de futuro”.

Según los datos recogidos en el Informe de UNICEF 2013², 125 millones de mujeres y niñas han sufrido mutilación genital en 29 países de África y Oriente Medio. En la mitad de estos países, la MGF tiene lugar antes de los cinco años de edad. En el resto, oscila entre los 5 y 14 años, formando parte de un ritual de paso a la edad adulta.

El cambio generacional no está suficientemente investigado y documentado, sin embargo sí se ha podido verificar el descenso de las prácticas más graves de MGF, según los datos citados en el mencionado informe de UNICEF. La tendencia, al día de hoy, es un descenso de la práctica tanto en países de baja prevalencia como en los más proclives a la MGF.

Esta lesiva práctica tradicional, que se ha mantenido hasta nuestros días, no sólo es una violación de derechos humanos sino que supone una de las más graves violaciones de los derechos sexuales y la salud reproductiva³. Las mutilaciones genitales femeninas constituyen un problema de salud y son incompatibles con los derechos fundamentales de las mujeres y las niñas (a la integridad física, a la salud, a la seguridad y a la igualdad de oportunidades).

La MGF forma parte del mapa de contenidos prioritarios e interseccionales entre derechos sexuales y salud reproductiva de las conferencias internacionales de población y desarrollo, como los compromisos adquiridos en la CIPD El Cairo.

Los actos de violencia sexual también indican situaciones cruzadas de discriminación en la gestión de derechos sexuales y reproductivos,

que deben ser tratados conjuntamente. Es importante reconocer las contradicciones en los procesos de control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres: la esterilización forzada y el aborto forzado en oposición a limitaciones para la interrupción voluntaria del embarazo, 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).

En lo referente a la MGF podemos observar igualmente argumentos que vinculan la práctica falsamente a nociones de mejora de la salud reproductiva. Muy al contrario, es una práctica notablemente nociva para la vida de las mujeres. Como se evidencia en el mapa temático de



Fotografía de Mundo Cooperante

las interacciones de los derechos sexuales y la salud reproductiva en el ciclo de vida de las mujeres y niñas (Gráfico 1), las mujeres de todo el mundo son expuestas desde edades tempranas a diferentes formas de violencia.

Los derechos sexuales y la salud reproductiva son la clave para combatir muchas de las situaciones vitales de dominación patriarcal que padecen las niñas y las mujeres. La Mutilación Genital Femenina no es una práctica aislada de violencia, es una de las muchas manifestaciones de violación de derechos humanos. Derechos y libertades (identidad sexual y de género, sexualidad placentera, etc) y privaciones y violaciones de éstos (violencia sexual, fístula obstétrica, MGF, etc.) se entrecruzan en la vida de muchas mujeres:

1 **ANTES DEL NACIMIENTO**
Aborto selectivo por sexo.

2 **PRIMERA INFANCIA**
Infanticidio femenino. Descuido de la salud, la nutrición.
Abuso sexual. Desnutrición. Mutilación genital femenina.

DERECHOS Y LIBERTADES **PRIVACIONES Y VIOLACIONES**



3 **NIÑEZ**
Abuso sexual.
Desnutrición.
Mutilación genital femenina.

4 **ADOLESCENCIA**
Prostitución forzada. Tráfico.
Matrimonio forzado.
Violación.

5 **EDAD REPRODUCTIVA**
Asesinato por honor o por dote. Violencia de la pareja. Agresión sexual por otra persona que no es la pareja. Femicidio. Tráfico sexual. Acoso sexual.

6 **TERCERA EDAD**
Abuso a las viudas o personas de la 3ª edad.



Gráfico 1. Mapa temático de las interacciones en la violación de los derechos sexuales y la salud reproductiva en el ciclo de vida de las mujeres y niñas.
Fuente: FPF España. 2009⁴.

En España se calcula que cerca de 10.500 niñas estaban en 2010 en riesgo de sufrir la ablación⁵. España, como muchos otros países europeos a partir de los años 80, se convirtió en punto de destino de los movimientos migratorios, y su población comenzó a descubrir nuevas culturas y realidades diferentes y a convivir con ellas.

En el contexto de la diáspora transnacional, emigran las personas y con ellas, sus culturas y sus formas de vida. Esta dinámica migratoria lleva a afrontar nuevos retos y nuevas oportunidades en el país de destino. En el caso que nos ocupa, la mutilación genital femenina en España, nos encontramos ante una práctica tradicional desconocida en nuestro país –aunque cada vez menos- que produce profundos dilemas profesionales y a la vez estigmatiza a las poblaciones que la sufren, reforzando prejuicios y estereotipos.

Pese al desarrollo de instrumentos legislativos y programas sociales en España, en materia de violencia de género y sexual, son alarmantes los datos de los últimos informes de Amnistía Internacional⁶ respecto a la cobertura de los programas estatales. En ellos se señalan las deficiencias de las administraciones públicas en materia de violencia de género y, en particular, podemos subrayar que la MGF y la violencia sexual⁷ son los campos más desatendidos de los tres ejes de garantías esenciales para las víctimas: verdad (investigación), justicia (aplicación de medidas legislativas) y reparación (indemnizaciones, medidas de compensación).

GARANTÍA 1: INVESTIGACIÓN. EN ESPAÑA, ¿QUÉ VERDAD? ¿QUÉ SABEMOS DE ESTAS VIOLENCIAS?

PATRÓN DE VIOLENCIA	INFORMACIÓN PRODUCIDA Y DISPONIBLE
Malos tratos en relaciones de pareja o expareja	Una encuesta cada tres años con dos mediciones: abusos durante toda la vida y en el último año
Homicidio por género	Nº de homicidios a manos de la pareja/expareja
Violencia sexual contra las mujeres	-
Violencia sexual contra las niñas	-
Trata de mujeres y niñas	Un único Informe (2005-006) con limitaciones conceptuales y metodológicas
Acoso sexual en el trabajo	Un estudio en 2006
Mutilación genital femenina	-
Matrimonio forzado	-

Tabla 1. Garantía 1. Investigación. En España, qué verdad? qué sabemos sobre la MGF?. Fuente. Amnistía Internacional (2009)⁸

Según el Informe de ONU-Mujeres, *En busca de justicia*⁹, la cadena de abandono en los procesos judiciales de violencia sexual, incluso en las primeras etapas de investigación policial, es preocupante. Las deficiencias de los servicios de justicia¹⁰ para hacer frente a estos casos conllevan un enorme esfuerzo de las organizaciones sociales para no desatender esta situación.

GARANTÍA 2. LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS LEGALES

TIPO	SOBRE DENUNCIAS	SOBRE FORMAS DE FINALIZACIÓN DEL PROCESO JUDICIAL (SOBRESEIIMIENTOS, ABSOLUCIONES, CONDENAS)
Malos tratos en parejas o ex parejas	SI	SI
Homicidios por motivos de género	Sólo para vínculo de (ex) pareja ente homicida y víctima	Sólo para vínculo de pareja o ex pareja entre homicida y víctima
Violencia sexual	Datos sin desagregar por sexo. Disponibles con un año de retraso	-
Violencia sexual contra menores	Disponibles con un año de retraso	-
Trata de mujeres y niñas	-	-
Acoso sexual en el trabajo	Datos sin desagregar por sexo. Disponibles con un años de retraso	-
Mutilación genital femenina	-	-
Matrimonio forzado	-	-

Tabla 2. Garantía 2: aplicación de justicia. Fuente. Amnistía Internacional (2009)¹¹

El hecho de que no se esté midiendo en nuestro contexto la finalización de los procesos judiciales abiertos sobre violencia sexual, mutilación genital femenina o matrimonio forzoso, genera uno de los principales instigadores y reproductores de la violencia: LA IMPUNIDAD.

Nuestra Constitución, 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 todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Por tanto, no se trata sólo de prohibir, sino también de buscar estrategias constructivas e inclusivas: pactos, diálogos, consensos, alternativas, empoderamiento de las mujeres e implicación de los hombres y de la comunidad para que se conviertan en agentes de su propio cambio; con equipos cualificados que avancen en la prevención de la MGF, la protección de las niñas y las mujeres, la intervención y capacitación de profesionales y la atención a mujeres y niñas que ya han sido mutiladas. Todo ello dentro de un marco legal desde el cual poder actuar y delimitar el posicionamiento político y social, que avale las actuaciones y adopte las medidas que permitan avanzar porque la prohibición, por sí misma, no eliminará esta práctica, que conlleva una revisión de las raíces culturales y de las relaciones de género.

Pese a este panorama global y nacional, UNAF junto a otras organizaciones sociales y al movimiento de mujeres, está asumiendo la responsabilidad y el esfuerzo de evidenciar esta práctica, silenciada e ignorada, en nuestro contexto sociocultural y geopolítico, incluyéndola en el marco de la violencia de género y de la desigualdad que afecta a todas las mujeres del mundo.

Los objetivos de esta guía se vertebran en torno a tres epígrafes que aportan mayor base a las garantías de las víctimas de MGF: verdad, justicia y reparación.

Este documento nace con la vocación de:

- **Contribuir al conocimiento, análisis y revisión documental de la práctica** de la MGF para su erradicación con una mirada directa en nuestro país.
- **Constituir una herramienta útil y eficaz** de información y

comprensión desde diversas perspectivas epistemológicas, que permita a las y los profesionales intervenir de manera reflexiva, efectiva y especializada en la prevención de las mutilaciones genitales femeninas.

- **Instar al cumplimiento de los mandatos internacionales de DDHH** y, particularmente, a los que se refieren a la erradicación de la MGF, ofreciendo instrumentos de trabajo a profesionales con implicación en las dinámicas sociales de la MGF para abordar la intervención y sensibilización de forma interdisciplinar e integradora.



Fotografía de Mundo Cooperante

2. LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS

2.1. QUÉ SON LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS

La Mutilación Genital Femenina, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende todos los procedimientos que involucren la extirpación parcial o total de los órganos genitales femeninos externos o cualquier daño a los genitales femeninos que no sean por razones médicas¹².

Con Mutilación Genital Femenina se definen, entonces, todas aquellas prácticas que implican la eliminación total o parcial de los órganos genitales femeninos externos o que provocan daño a los órganos genitales femeninos por razones culturales u otras no terapéuticas.

TERMINOLOGÍA

Podemos encontrarnos diversos términos relativos a esta práctica basados en cuestiones religiosas, ideológicas, jurídicas, entre otras. Las denominaciones del tipo *circuncisión femenina*, *cirugía genital femenina*, *escisión*, *corte*, *sunna*, *ablación*, *ñyaka*, etc., no son demasiado exactas e incluso son polisémicas y con connotaciones confusas.

¿Cómo se dice Mutilación Genital femenina en diferentes lenguas africanas?

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

El término ***circuncisión femenina*** ha sido empleado con frecuencia para referirse a esta práctica, asemejándola a la circuncisión masculina. Aunque ambas prácticas suponen la eliminación de un tejido sano, la práctica de las mutilaciones genitales femeninas se diferencia por su gravedad y sus consecuencias devastadoras, así como por el mensaje que lleva asociado.

En 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 auténtico¹³.

Circuncisión femenina, u otros términos como ***ablación***, son relativistas y ocultan la agresión y la violencia que conlleva la práctica.

Sunna, es un término que hace alusión a la tradición y es utilizado en el mundo islámico. No tiene carácter preceptivo –como se presenta en el caso de la circuncisión masculina, emanada del Corán-; no es obligatoria, tiene sólo carácter recomendatorio. Pero, lo que en el caso de los hombres corresponde a una obligación en el Islam, para las mujeres se ha convertido en una obligación social en aquellas culturas que la practican.

De hecho, la mutilación genital femenina es una práctica pre-islámica y el Corán no hace alusión en ninguno de sus versículos a ella. La mutilación genital femenina no está ligada de manera específica a ninguna religión¹⁴.

En algunos ámbitos académicos podemos encontrar el término Female Genital Cutting (FGC), traducido por ***Cortes Genitales Femeninos***, un término para referirse a esta práctica de forma más respetuosa hacia las poblaciones donde tiene lugar y evitar, así, la estigmatización o los juicios sobre la misma.

En otros ámbitos sanitarios se alude al ejercicio médico y, en la reivindicación de este derecho a la praxis médica –como en Egipto-, se traduce por ***Cirugía Genital Femenina (FGC)***.

Desde movimientos que defienden a las mujeres y sus derechos humanos, se refieren a esta práctica como **Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF)**, expresión que engloba todos los tipos de mutilación genital femenina, poniendo 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 las mujeres y las niñas.

El Comité InterAfricano para las Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres e Infancia¹⁵, numerosos foros internacionales, a instancias de la OMS y las Naciones Unidas han decidido utilizar Mutilación Genital Femenina (MGF) como forma no discriminatoria de determinadas prácticas tradicionales. En su defecto y por respeto a las culturas afectadas, se utiliza también el término **Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas** conceptualizándolo como una acción.

Las MGF se explican, en la mayoría de los casos, aludiendo a motivos culturales que representan un beneficio para las niñas o las mujeres, no asociándolo con la idea de mutilación. Por tanto, en los primeros contactos, nos entenderemos mejor utilizando la palabra **corte** (o **cosido** en el caso de la MGF tipo III, que abordaremos más adelante).

En ámbitos profesionales podemos encontrar también otras formas de referirse a esta práctica: **modificación genital, operación...**, con lo cual se evita la alusión a la violencia que consideran resultaría poco respetuosa con las culturas que la practican.

En esta guía, nos referiremos a esta práctica como Mutilación Genital Femenina (MGF), o su plural, término utilizado en numerosos foros internacionales y, sobre todo, por las numerosas organizaciones de base que trabajan en la prevención y erradicación de la misma, entre las que se encuentran mujeres que sufren sus consecuencias.

El término MGF visibiliza la agresión que representa esta práctica, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, para las mujeres y las niñas. 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 atiende a la "no voluntariedad", sobre todo, en el caso de las niñas.

ORIGEN

Se desconoce el origen de esta práctica; cuándo y dónde empezó es una incógnita. Se sabe 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* procedería de los romanos, del término *fíbula*: broche con el que se cerraban la toga.

También se sabe que este rito era practicado en zonas tropicales de Asia (Filipinas por ejemplo), por ciertas etnias de la Alta Amazonía y, en Australia, entre las mujeres *arunta*¹⁶.

La *clitoridectomía* (Tipo I)¹⁷, se realizaba también en Europa y EE.UU. durante los siglos XVIII y XIX y hasta comienzos del siglo XX. Práctica a la que acudían algunos médicos como tratamiento para curar los casos de histeria, epilepsia, migrañas (en la creencia de que el origen de las enfermedades nerviosas era la masturbación) e incluso la ninfomanía, así como para tratar otros problemas ginecológicos.

Por tanto, si bien desconocemos su origen, podemos afirmar que ha sido una práctica realizada por diversos pueblos, en todos los continentes y en todas las épocas históricas.

TIPOS

Existen distintos tipos de MGF que se clasifican en función de las zonas extirpadas. Según la Organización Mundial de la Salud, organismo internacional que más ha contribuido al conocimiento y difusión de esta práctica para su erradicación, encontramos cuatro tipos de MGF.

Presentamos en primer lugar una ilustración esquemática de la vulva, mostrando unos genitales externos femeninos que no han sido mutilados. A partir de aquí iremos describiendo los diferentes tipos de MGF, en los que las zonas extirpadas o afectadas se encuentran coloreadas en rojo o negro.

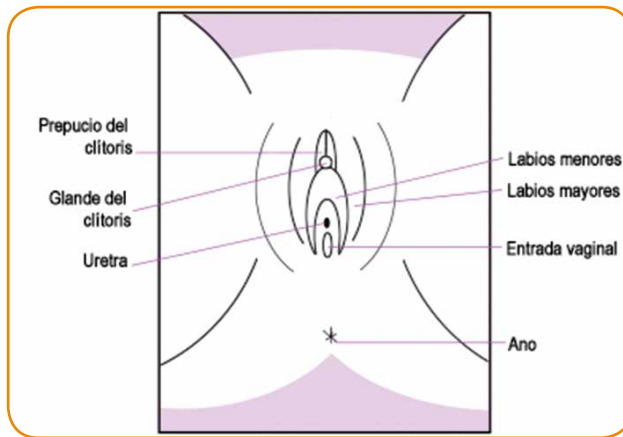
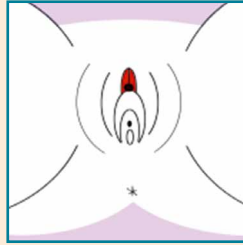


Gráfico 2. Partes de la vulva implicadas en los diversos tipos de MGF.

El gráfico 2 muestra la vulva de manera esquemática, tal y como se podría observar si se separaran, al menos en parte, los labios menores con ayuda de los dedos. Se representa de este modo con el objetivo de facilitar la comprensión de las zonas anatómicas implicadas en los diversos tipos de MGF.

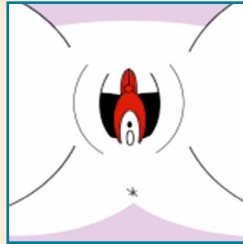
TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

TIPO I CLITORIDECTOMÍA



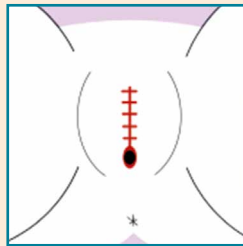
Consiste en la extirpación total o parcial del clítoris o el prepucio del mismo.

TIPO II ESCISIÓN



Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores con o sin escisión de los labios mayores.

TIPO III INFIBULACIÓN



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.

Es la forma más severa de mutilación, que deja un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. Dado que es mínimo el orificio, se realizará una *desinfibulación* en el momento del parto y, después del parto, de nuevo la *reinfibulación*. También se suele realizar la *desinfibulación* el día de la boda para poder mantener la relación genital, después será nuevamente *reinfibulada*.

TIPO IV

Abrasión
Cauterización del clítoris
Introducción de sustancias en la vagina
Piercing
Dry sex
Etc.

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. 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 procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.)... Otros ejemplos dentro de esta tipología serían el piercing, dry sex, stretching...

Tabla 3. Tipos de Mutilación Genital Femenina. Fuente: Elaboración propia.

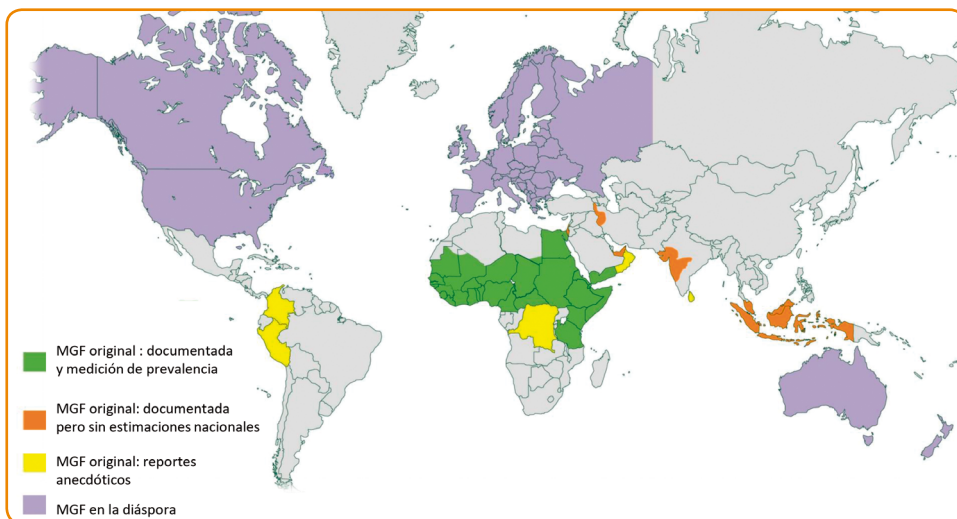
Algunas consideraciones sobre la tipología de la Tabla 3:

- La realización de unos tipos u otros de MGF depende fundamentalmente de la etnia practicante.
- Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos.
- La mutilación del tipo III es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países del Cuerno de África (Somalia, Sudán y Yibuti) y constituye entre el 15% y el 20% de los casos. De manera menos importante se practica también en Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia y Kenia, pero la prevalencia 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 la actualidad muchas personas trabajan en la sensibilización sobre las consecuencias negativas de esta práctica, tanto en los países de destino como en los propios países de origen. Gracias a estos esfuerzos, son cada vez más los grupos que van abandonando la MGF. En algunas ocasiones, este proceso de abandono se realiza de un modo gradual. Es decir, grupos o etnias practicantes habituales de la mutilación tipo III pasan a la tipo II (menos agresiva), y así sucesivamente.

2.2. CONTEXTUALIZACIÓN: REGIONES Y PAÍSES DONDE SE REALIZA, QUIÉNES LA PRACTICAN Y A QUIÉNES SE PRACTICA, PROCEDIMIENTOS Y TEMPORALIDAD EN LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA

Se practica en unos 28 países de África, primordialmente de la zona subsahariana, en algunos países de Oriente Medio como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes y en determinadas comunidades de Asia: India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. Se conocen casos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). Con los movimientos migratorios se ha extendido a zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, es decir, en comunidades migrantes en todo el mundo.



3. Mapa de la MGF en el mundo. Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu- UAB. 2012.

Este hecho nos acerca la realidad de la MGF por lo que, además del trabajo que se está realizando en los países de origen para su erradicación, es preciso trabajar en la información, sensibilización, atención y prevención de nuevos casos, en los países de destino.

Se estima que más de 130 millones de mujeres han sufrido alguna forma de mutilación genital. Según los últimos datos de UNICEF, alrededor de 3 millones de niñas y mujeres cada año son sometidas a algún tipo de MGF en África. Y anualmente, alrededor de 180.000 mujeres emigradas a Europa, son sometidas a ella o corren el riesgo de serlo. Son datos estimativos porque se desconoce su alcance real al no existir datos exhaustivos en muchos países, entre ellos Europa Occidental. Lo que sí podemos afirmar es que se trata de un fenómeno global cuya práctica está más extendida de lo que realmente se creía hace unos años.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en África oriental, principalmente Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía.

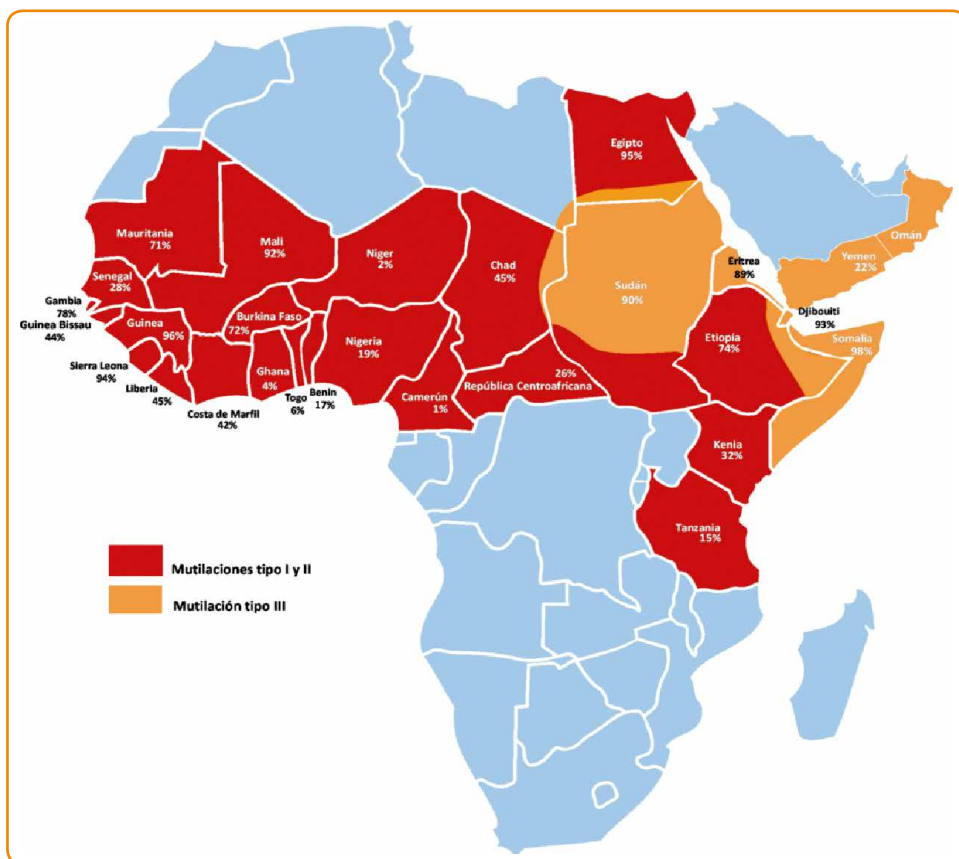


Gráfico 4. Mapa de la MGF en el mundo.
 Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu- UAB. 2012

La prevalencia¹⁸ varía notablemente de un país a otro, desde un 96% en Guinea a un 2% en Níger ó un 1% en Camerún.

Conviene que precisemos que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los grupos étnicos. Véase, por ejemplo, el caso de Senegal (con una persistencia del 28% de mujeres mutiladas), donde la mayoría de la población pertenece a la etnia wolof que tradicionalmente no la práctica.

La pertenencia a una etnia es el factor más determinante en las distintas prevalencias de la MGF. Se ha observado que en la gran mayoría de los grupos étnicos que mantienen entre sus tradiciones

la MGF, prácticamente todas las mujeres han sido mutiladas. Por ello, además de los países, hay que tener en cuenta las etnias porque, incluso en aquellos donde se practica de forma generalizada, existen grupos étnicos que no lo hacen. Entre las etnias más conocidas podemos mencionar:

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

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

El conocimiento de los países en los que se practican las MGF, es una clave para detectar posibles casos. La localización, además, de las zonas donde residen estas personas en riesgo constituye una información útil para el trabajo en la prevención y atención de las MGF.

Según los datos del INE de abril de 2013 (Tabla 4), la población censada en España, procedente de países donde se sigue practicando MGF, asciende a 204.434 personas, de las que un 26% son mujeres (53.251). De especial importancia son las niñas menores de 14 años, (cerca de 16.000) a quienes, en principio, podemos considerar como población susceptible de riesgo, teniendo en cuenta el hecho conocido de que la edad predominante –no única- de realizar la MGF es hasta los 14-15 años.

En cuanto a sus países de origen destacan los siguientes: Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea, Ghana, Mali, Mauritania y Camerún, cuya población reside mayoritariamente, y por este orden, en las comunidades autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana y Aragón.

POBLACIÓN RESIDENTE EN ESPAÑA, SEGÚN CENSO, PROCEDENTE DE PAÍSES DONDE SE PRACTICA MGF

	PREVALENCIA %	TOTAL	MUJERES	NIÑAS<14 AÑOS	CCAA RESIDENCIA
Benin	17	348	96	17	
Burkina Faso	72	1.122	290	66	
CAMERUN	1	5.826	2.134	514	Cataluña, Madrid, Valencia , P.Vasco
Chad	45	73	21	7	
Costa de Marfil	42	2.869	714	162	
Djibouti	93	9	4	1	
EGIPTO	95	2.946	866	298	Cataluña Madrid, ,C. Valenciana, Andalucía
Eritrea	89	96	36	2	
Etiopía	74	781	402	114	
GAMBIA	78	20.640	5.064	2.084	Cataluña, Aragón
GHANA	4	14.807	2.978	890	Cataluña, Aragón , Madrid, País Vasco
GUINEA	96	10.960	3.285	501	Cataluña Madrid, Aragón, Canarias, C. Valenciana, Andalucía
Guinea-Bissáu	44	4.998	1.183	222	Andalucía, Cataluña, Canarias, P.Vasco
Kenia	32	1.031	809	13	
Liberia	45	395	95	15	
MALI	92	23.459	2.701	1.098	Cataluña. Madrid, Aragón, C. Valenciana
MAURITANIA	71	10.767	2.447	772	Cataluña, Madrid; Andalucía, C. Valenciana
Níger	2	263	61	19	
NIGERIA	19	43.253	17.806	4.680	Madrid, Cataluña, C.Valenciana, Andalucía
República centroafricana	26	81	26	1	
SENEGAL	28	57.739	11.583	3.354	Cataluña, C. Valenciana; Andalucía, Aragón
Sierra Leona	94	846	247	64	
Somalia	98	215	77	6	
Sudán	90	249	96	24	
Tanzania	15	164	80	2	
Togo	6	433	134	24	
Yemen	22	64	16	7	
TOTAL		204.434	53.251	15.690	

Tabla 4. Población residente en España, según censo, procedente de países donde se practica la MGF. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE abril 2013

No obstante, en referencia a los datos de la tabla 2 hemos de tener en cuenta que:

- Los datos se refieren a la población registrada por el INE y, 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 sí solo, habría que tener en consideración otros factores como la etnia y la prevalencia de la MGF, etc.
- Predomina claramente la masculinización de la migración, hecho a considerar para trabajar la prevención también con ellos. Así, por cada tres mujeres que residen en España, procedentes de estos países, encontramos una media de 7 hombres.
- La edad es otro factor importante para definir nuestra intervención y estrategias. Encontramos cerca de 16.000 niñas de hasta los 14 años, de las que más del 50% está en la franja de 0 a 4 años, una cifra elevada y a la vez bastante accesible, con los recursos adecuados, para poder trabajar en la prevención.

En el siguiente *Mapa de la mutilación genital femenina en España* (Gráfico 5) se señala la distribución por comunidades autónomas de las nacionalidades en las que se practican las MGF.

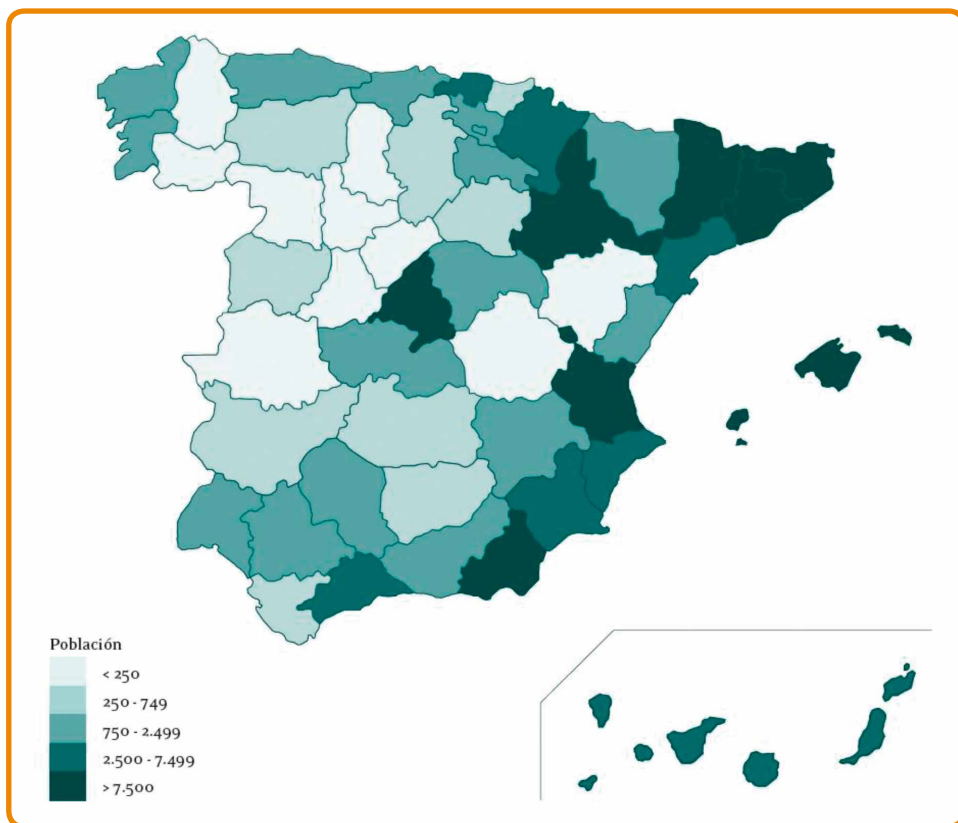


Gráfico 5. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009.
Fuente: KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2010)¹⁹

QUIÉNES Y A QUIÉNES LA PRACTICAN

Habitualmente la MGF es realizada por una mujer designada para esta tarea y, con frecuencia, de edad avanzada. Suele ser la que ejerce la medicina tradicional –curandera–, muy respetada en la comunidad y a la que se le atribuyen conocimientos y habilidades especiales. Con frecuencia es la misma persona que atiende los partos. Aún así, no asocia las complicaciones de los nacimientos con la práctica de las MGF.

Son las mujeres las que promueven la mutilación de sus hijas o nietas, en la creencia de que la mujer a la que se le practica es más femenina,

más limpia, más bella y más honorable. (Dandash, 2001; Little, 2003²⁰)

El hecho de que la MGF sea ejercida y defendida por las propias mujeres puede llevar a considerarla como una cuestión de mujeres, en la que los hombres no tienen nada que decir. Esto oculta su naturaleza y, como sucede en otros tipos de violencia de género, el *sistema patriarcal* “mueve los hilos”. Muchas de estas mujeres, identificadas con unos roles y unos valores en función de su género, defienden la identidad grupal ante las exigencias externas de su eliminación.

EN QUÉ MOMENTO

La práctica varía mucho de un país a otro. En general suele realizarse a niñas de 4 a 14 ó 15 años, 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 -rural o urbano-, según los grupos étnicos y según su localización geográfica.

Se aprecia una tendencia creciente a realizarla a edades cada vez más tempranas. Hay poca investigación que describa la variabilidad de edad y grupos étnico. Sin embargo, citamos a modo de ejemplo, el caso de Etiopia, en relación con la dificultad de identificar grupos y momentos:

DESPUÉS DE 8 DÍAS	1-10 AÑOS	10 AÑOS O MÁS	RELACIONADO CON MATRIMONIO	
			ANTES DE	DESPUÉS DE
Afar	Jebelawi	Dasench	Fadashi	Goffa
Agew/kamyr	Konta	Guragie	Oromo	Sidama
Amhara	Oromo (Chiro, Gimbo)	Hadya Kembata	Goffa	
Argoba	Somalí	Konta	Welaita	
Kemant		Oromo (Adara)	Arbore	
Oromo				
Tigraway				

Tabla 5. Grupos étnicos de Etiopia según tiempo en el que se realiza la práctica de MGF. Fuente: Comité etíope de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (EGLDAM), 2008

El hecho de adelantar la edad de la MGF reduce también la posible resistencia de la niña, evita su recuerdo y, sobretodo, facilita la ocultación ante las autoridades, en el caso de los países en los que se encuentra penada.

En todo caso, la edad máxima suele ser entre los 14 ó 15 años –antes de la primera menstruación-. En estas edades, encontramos cada vez más niñas que se escapan de sus casas ante la inminente preparación del ritual, otro motivo para reducir la edad de la práctica.

En el caso de las familias migrantes, el momento suele ser en uno de los viajes al país de origen. Así, en una familia perteneciente a una etnia que practica la MGF y con hijas pequeñas, uno de estos viajes será un indicador de riesgo ante el que los y las profesionales habrán de realizar una intervención preventiva. Lo ideal es iniciar nuestras intervenciones antes de que se presenten situaciones de riesgo, con tiempo y calma y, por tanto, con mayores posibilidades de realizar intervenciones educativas y de sensibilización efectivas.

La MGF generalmente supone un ritual de paso de la niñez a la edad adulta. Frecuentemente abandona la escuela con el objeto de prepararse para el futuro casamiento.

CÓMO SE REALIZA

La mutilación se realiza sin ningún tipo de anestesia la mayoría de las veces, con un instrumento cortante: cuchillos, tijeras, hojas de afeitar, 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 quince a veinte minutos, dependiendo de la habilidad de la persona que la realiza y de la resistencia que oponga la niña, la cual permanece inmobilizada.

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.

A consecuencia de las múltiples campañas sobre los efectos perjudiciales que la MGF ejerce sobre la salud, son cada vez más los/as profesionales sanitarios quienes, con asepsia y anestesia, la practican, como sucede en Egipto, Sudán y Kenia. Justifican su actuación aduciendo que minimizan los riesgos y evitan el dolor. Pero, estas intervenciones, pretenden `legitimar' lo que sigue siendo una agresión y un acto de violencia contra las mujeres y las niñas. La disminución de sus riesgos no incide sobre los motivos que la mantienen.

2.3. CAUSAS DE LA INCIDENCIA Y LA PREVALENCIA DE LA PRÁCTICA DE LAS MGF: ARGUMENTOS Y MITOS

En la actualidad, la MGF es una práctica muy arraigada en las culturas que la practican y supone una seña de identidad determinante.

El conocimiento de las causas de esta práctica nos acerca al diálogo y, como profesionales, a intervenciones que incluyan estrategias positivas en su abordaje. La práctica en sí puede resultarnos incomprensible, pero trabajar con personas y familias en riesgo requiere de una información y formación que favorezca la atención proactiva de la prevención.

No podemos olvidar la creencia de que la MGF es beneficiosa para ellas. Por tanto, el conocimiento de sus argumentos es una herramienta necesaria para establecer un acercamiento que nos permita apoyarles en su análisis y reflexión, de modo que se conviertan en protagonistas y agentes de su propio cambio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un mapa mental de argumentos de la MGF que recogemos en el gráfico 6. A continuación analizaremos los elementos centrales y sus intersecciones entre las instituciones sociales y los mecanismos de refuerzo que las producen o las mantienen:



Gráfico 6. Mapa Mental de argumentos de OMS (1999).
Fuente: Gráfico de O'DAM ONGD²¹. Texto citado: SEN, A. (2007)²²

“Las desigualdades tradicionales como el tratamiento desigual de las mujeres en las sociedades sexistas (e incluso la violencia a las que se las somete) o la discriminación a otros grupos raciales, sobreviven gracias a la aceptación indiscutida de las creencias recibidas (entre ellas, los papeles subordinados de quienes han sido tradicionalmente oprimidos). Muchas prácticas pasadas y muchas identidades asumidas se han desmoronado como consecuencia del cuestionamiento y el análisis. Las tradiciones pueden cambiar incluso dentro de un país y una cultura particulares”

Como podemos analizar, uno de los argumentos más poderosos y determinantes en su realización y perpetuación es que dicha práctica **forma parte de la tradición e implica, por tanto, la pertenencia al grupo**. Si no se respeta esta tradición, surge el rechazo y el aislamiento social en un contexto en el que el valor de la mujer se relaciona con

el hecho de estar casada y de la progenie. Una mujer “no mutilada” podrá ser rechazada y devuelta a su familia de origen y se reclamará la dote pagada por ella, lo que unido al rechazo y al desprestigio, hará que la familia quede aún más empobrecida.

La familia desea “lo mejor” para sus hijas y, en estos contextos, lo mejor para ellas es casarse y tener descendencia, por ello ha de ser “cortada”.

En muchos países de África subsahariana es una práctica habitual como **rito de paso** de la infancia a la edad adulta y como **socialización** de las niñas, que otorga estatus, identidad étnica y de género, así como un reconocimiento y la pertenencia social al grupo. *Por tanto, independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro al mundo de los adultos (...) es una “marca” permanente que simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera.* (KAPLAN, 1993)

Con estos argumentos, lejos de relacionar los daños ocasionados como consecuencia de la práctica, encontraremos el argumento de que es por “el bien” y “la protección” de las niñas y las mujeres a través del **control de su sexualidad**, que asegura su **fidelidad** y contrarresta el **deseo sexual**.

Encontramos expresiones entre 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”..., que son reflejo de estas creencias que 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”.

Los aspectos de **estética e higiene**, están también presentes. Los genitales femeninos son percibidos como algo “sucio” y “feo”, incluso se habla en algunos contextos de **“purificación”**. Una “mujer cortada” es una “mujer limpia”.

Algunas creencias acerca de la vulva y el clítoris pueden resultarnos también extrañas. 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 cabecita con el clítoris en el momento del parto.

Otra de las creencias hace referencia a la **fertilidad**: “la MGF mejora la fertilidad”, un valor especialmentepreciado en estas culturas que incide en la perpetuación de la práctica.

La **religión** ofrece otro marco de falsos idearios de gran incidencia en muchos de estos grupos. De hecho se ha venido asociando, erróneamente, la práctica de la MGF con la religión musulmana. No existe ninguna religión que lo justifique, no hay ninguna alusión a ello en el Corán²³. Sin embargo, la postura de los líderes religiosos es muy ambigua, y la mayoría de la población tiene un nivel bajo de alfabetización para acceder a las escrituras sagradas, por lo que los modos de vida siguen los preceptos de los líderes religiosos.

En definitiva, el arraigo social y cultural sobre el que se sustenta y retroalimenta la MGF, la experiencia de sus mayores, de sus propias madres y abuelas, con mensajes religiosos confusos y leyes poco rigurosas, explicarían su pervivencia. Sin embargo, las mujeres que lo practican no necesitan una justificación y cuando se les pregunta remiten a la tradición, a la religión y a cuestiones estéticas, sanitarias o de protección.

Todos estos argumentos (Tabla 6) nos ayudarán, desde el ámbito profesional, a elaborar claves y estrategias de intervención para “desmontar” estas creencias.

MOTIVOS	CREENCIAS QUE LO SUSTENTAN
SOCIO-CULTURALES	Como parte del rito de iniciación de las niñas a la edad adulta Matrimonio “una mujer no mutilada no sería aceptada como esposa” Aceptación y pertenencia al grupo Cohesión social
HIGIÉNICOS / PURIFICACIÓN	Los genitales femeninos son sucios: “una mujer mutilada es una mujer limpia” Las mujeres no mutiladas son “impuras”, se les prohíbe la manipulación de alimentos y bebidas
ESTÉTICOS	Los genitales femeninos externos son feos Si no se elimina el clítoris crecerá de forma indefinida
PSICO-SEXUALES	Imprescindible para el mantenimiento de la virginidad Asegura la fidelidad Previene la promiscuidad Incrementa el placer sexual del marido
SALUD	Aumenta la fertilidad Mejora y facilita el parto Protege al bebé: “si al nacer toca con su cabeza el clítoris puede morir o padecer algún trastorno mental”
CREENCIAS SOBRE EL CLÍTORIS	“Puede herir al hombre” “Puede crecer tanto que dañaría al hombre en las relaciones” “El bebé morirá si tiene contacto con el clítoris al nacer” “Si crece de forma indefinida dañará al pene”
RELIGIOSOS O ESPIRITUALES	Creencia de que es un requerimiento religioso Se asocia a la pureza espiritual Asociado al Islam, como parte de la sunna “la tradición del profeta”

Tabla 6. Clasificación de creencias y argumentos según criterios de tipología de motivación. Fuente: Elaboración propia.

Aunque los argumentos y las creencias varían de unos grupos a otros, lo que sí tienen en común es que determinan el papel de las mujeres y su pertenencia a la comunidad. Su rol es controlado a través de su sexualidad.

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 aproximarse 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.

Hemos hablado de los motivos que sustentan esta práctica. Expondremos, a continuación, argumentos que contrarrestan estas creencias erróneas, y proponemos de forma detallada una serie de ejemplos que pueden servir para desmontar los mitos principales que, muy probablemente, irán surgiendo en las intervenciones que realizamos con estas personas y estas familias.

Este análisis ha sido realizado por mediadoras y mediadores interculturales que trabajan directamente con las familias de los países de riesgo y nos presentan aquí algunas reflexiones y ejemplos que nos pueden ayudar tanto en las entrevistas personales, como en los cursos y talleres grupales.

MITOS	ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS
<p>MITO 1 LA RELIGIÓN OBLIGA</p>	<p>En el Corán no hay referencia escrita a la MGF. Sin embargo, el Corán sí recoge la frase del profeta: "Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño".</p> <hr/> <p>Hay países musulmanes que no la practican, por ejemplo Arabia Saudí, Marruecos,...</p> <hr/> <p>Es algo cultural, no religioso, responde a tradiciones y su origen es pre-islámico. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión.</p> <hr/> <p>Es importante que contrastemos la información que dan los imanes, porque en ocasiones les comentan que su realización tiene que ver con la religión pero no les explican de qué forma. Podemos sugerirles que pregunten a su Imán en qué lugar del Corán viene indicado que hay que realizar la MGF.</p> <hr/> <p>También podemos lanzar algunas preguntas para reflexionar en grupo, como por ejemplo: ¿Por qué los Wolof o los Serer no la practican si también son africanos y musulmanes?</p>
<p>MITO 2 ES MÁS LIMPIO (MOTIVOS DE HIGIENE O DE PUREZA EN LA MUJER)</p>	<p>Si el clítoris fuera algo malo, Dios no lo pondría ahí (este es un argumento de bastante peso para las personas con creencias religiosas).</p> <hr/> <p>Es importante hacer referencia a otras mujeres que no están mutiladas, por ejemplo las españolas, y si tenemos ocasión es de mucha utilidad enseñar fotografías de los genitales sin el corte para que vean que no crece nada raro si no se corta el clítoris. 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.</p> <hr/> <p>También es fundamental explicar las consecuencias que tiene la realización de la MGF (infecciones, fístulas, heridas, hemorragias...), porque demuestran con claridad que este argumento de la higiene, por ejemplo, no es cierto.</p>

MITOS	ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS
<p>MITO 3</p> <p>SUPONE UN BIEN PARA LAS NIÑAS</p>	<p>Es importante que incidamos en las consecuencias negativas para la salud, tanto las inmediatas como las que se producen a medio y largo plazo. Si conocen y entienden estas repercusiones, relativizan la idea de que es beneficioso para las niñas.</p> <hr/> <p>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, y que además prefieren mujeres no mutiladas para casarse, algo que es importante visibilizar.</p> <hr/> <p>Hemos de ser conscientes de que las mujeres con las que vamos a trabajar tienen con frecuencia poco peso en las decisiones familiares, y de 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.</p> <hr/> <p>Si la familia que viaja a su país conoce la legislación española al respecto y tiene intención de volver a España, es más probable que no la realicen, ya que esto sería un problema para su futuro en el país de acogida. En el caso de que viajen para casar a su hija en dicho país, lo harán con mayor probabilidad 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 frente a la presión familiar en estos casos, puesto que con frecuencia es tan fuerte que resulta complicado negarse.</p> <hr/> <p>Aquellas personas mejor informadas sobre la legislación, las consecuencias para la salud y las secuelas diversas que la MGF tiene para la mujer, tendrán más argumentos para hacer frente a la presión familiar.</p>
<p>MITO 4</p> <p>SON COSTUMBRES Y TRADICIONES</p>	<p>Las tradiciones que son beneficiosas pueden conservarse, pero aquellas que tienen efectos negativos deben cambiar</p> <hr/> <p>Es preciso que aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud, sean cuestionadas y cambiadas por otras que protejan la salud de las mujeres.</p> <hr/> <p>La información sobre las diversas consecuencias para la salud de la mujer y sus bebés, puede hacer que se cuestionen la conveniencia de esta tradición.</p>
<p>MITO 5</p> <p>EL CLÍTORIS PUEDE CRECER DEMASIADO SI NO SE CORTA (RAZONES DE ESTÉTICA)</p>	<p>Como ya hemos comentado, pueden usarse fotografías e imágenes de genitales sin mutilar, para demostrar que el clítoris no crece y se vuelve como un pene.</p> <hr/> <p>Un argumento efectivo es que el clítoris protege, ya que ayuda a la mujer a lubricar.</p> <hr/> <p>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.</p>

MITOS	ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS
<p>MITO 6</p> <p>PROTEGE LA VIRGINIDAD (CONTROL DE LA MORAL)</p>	<p>Las mujeres mutiladas sufren mucho por este hecho. Algunas mujeres tienen que <i>ser abiertas</i> para poder mantener relaciones coitales con su marido (se les debe practicar la desinfibulación), y experimentan mucho dolor cada vez que las mantienen.</p> <hr/> <p>Las mujeres no mutiladas (africanas o españolas) también son fieles, la fidelidad no depende de tener o no clitoris. Si una mujer <i>no está cortada</i>, goza de mejor salud y es más probable que disfrute con su pareja, pero eso no implica que le sea infiel.</p> <hr/> <p>Una mujer que <i>no está cortada</i> 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</p> <hr/> <p>Hay mujeres <i>cortadas</i> que no llegan vírgenes al matrimonio.</p> <hr/> <p>Conversaremos sobre la idea de que, si desean transmitir a sus hijas los valores de la fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales. Lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores a través de la familia. Además de ser una forma más efectiva y duradera, no implica sufrimiento para la niña o la mujer.</p>
<p>MITO 7</p> <p>LAS MUJERES MUTILADAS TIENEN MÁS HIJAS/OS</p>	<p>Una posible reflexión para las personas con creencias religiosas sería: “Si las hijas e hijos que se tienen, son cosa de Dios, la MGF no tiene por qué aumentar el número de hijas/os”.</p> <hr/> <p>Si las mujeres “blancas” tienen menos hijas/os no es “por no tener practicado el corte”, sino porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos.</p> <hr/> <p>La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé e incluso de la madre.</p> <hr/> <p>Además, las infecciones producidas por la mutilación pueden ocasionar infertilidad.</p>
<p>MITO 8</p> <p>EL CORTE EN LA MUJER PREVIENE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN SUS BEBÉS Y LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES Y DAÑOS EN LOS HOMBRES</p>	<p>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 sanas/os y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas.</p> <hr/> <p>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.</p>

MITOS	ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS
<p>MITO 9</p> <p>SI UNA MUJER SE ENCUENTRA MUTILADA, EL PLACER DE SU PAREJA (HOMBRE) ES MAYOR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES</p>	<p>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 a dichos estímulos 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 humanas y humanos.</p>

Tabla 7. Desmontar mitos sobre MGF.

Fuente: Equipo de Prevención de Médicos del Mundo²⁴.

Una vez que las familias están informadas sobre las consecuencias que tiene la 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, es responsabilidad suya, de sus progenitores, entre otros, proteger la integridad física de las mismas.

2. 4. CONSECUENCIAS: EN SALUD Y EN DESARROLLO SOCIO-COMUNITARIO

La MGF es una práctica muy dolorosa que no tiene ningún efecto beneficioso para la salud ni para el desarrollo comunitario de las sociedades que la practican. La resección y el daño del tejido genital femenino sano tienen múltiples efectos perjudiciales principalmente para la salud de las mujeres y niñas, y afecta a otros órdenes vitales de su desarrollo humano, así como a otros miembros de la comunidad.

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 más y peores consecuencias para las mujeres y las niñas.

Éstas dependerán del tipo de mutilación practicada y de las condiciones y circunstancias en las que se realice: 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.



Niñas en Senegal celebrando el abandono de la MGF en su comunidad (© UNICEF/NYHQ2009-1095/Furrer)

Veamos algunos ejemplos:

La región vulvar es una zona muy vascularizada e inervada. La extirpación del clítoris y de los labios menores ocasiona un **intenso dolor** (se suele practicar sin anestesia o con medicinas locales como hierbas), que suele acompañarse de sensación de **miedo y angustia**. El dolor, en muchos casos, puede dificultar la micción y producir una **retención de orina**. La **hemorragia** es la complicación más frecuente

en esta práctica, puede ser aguda, y puede provocar **shock** en la niña y poner en riesgo su vida, incluso producirle la **muerte**.

La práctica puede ocasionar también **lesiones en los órganos vecinos** –uretra, vagina, perineo, recto...-, no olvidemos que con frecuencia esta práctica suele ser realizada por mujeres ancianas y, además, el intenso dolor hará difícil que la mujer o la niña se mantenga quieta.

En el tipo I, estas consecuencias podrían no aparecer y, en su caso, habrá que valorar otras posibles causas relacionadas con el patrón de relaciones eróticas (tal vez muy coito-céntricas), como insatisfacción con la pareja, entre otras.

Transcurrido el tiempo, bien como consecuencia de las complicaciones de la práctica 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.

A medio y largo plazo puede suceder que la hemorragia, originada durante la mutilación y unida a problemas de malnutrición o anemias hereditarias presentes en algunas zonas de África, desemboque en una **anemia severa**.

En cuanto a las consecuencias derivadas de las **condiciones** en las que se practica (instrumentos sin esterilizar o mal esterilizados o medios para cauterizar la herida contaminados, entre otras posibilidades), citaremos **infecciones** que pueden desembocar en **abscesos**, **septicemias**, incluso **gangrena** de los tejidos; **complicaciones renales** (por retenciones de orina a causa del dolor, la inflamación y la infección o, en el caso de la infibulación, dificultades para orinar, puesto que la vejiga de una mujer infibulada puede tardar hasta 15 minutos en vaciarse); **trastornos menstruales** (menstruación más dolorosa y duración mayor); **complicaciones obstétricas** (partos más largos, **hemorragias importantes**, más complicaciones y más probabilidades de **cesárea** porque las cicatrices suelen complicar la salida del bebé por el canal del parto, más probabilidades de **sufrimiento fetal** e incluso de **la muerte del o de la bebé** en el periodo perinatal); **problemas ginecológicos** (infecciones del **tracto vaginal** por la obstrucción del flujo menstrual, infecciones en la **pelvis**,

quistes dermoides, queloides en la cicatriz, **fístulas...**)

Los rituales suelen ser colectivos, se utiliza el mismo instrumento para todas las niñas, sin esterilizar (y sin anestesia) lo que puede ser fuente de contagio de otras enfermedades (**tétanos, hepatitis, VIH...**).

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, tanto a corto como a medio y largo plazo, para la salud de las mujeres y las niñas.

A largo plazo, las consecuencias pueden ser diversas. Destaca la obstrucción originada por la cicatriz que cubre la uretra y la vagina. Pueden producirse otras complicaciones derivadas de la desinfibulación para que la mujer pueda tener relaciones sexuales o para parir, y de la reinfibulación a la que, en muchos casos vuelve a ser sometida.

Las infecciones ginecológicas y urinarias pueden ser recurrentes, y pueden alcanzar incluso a la **pelvis** y provocar **esterilidad, infecciones urinarias crónicas, incontinencia** secundaria a la formación de **fístulas, complicaciones en el parto....**

En el caso de la escisión (tipo II), el impacto sobre la salud reproductiva no es menor, pues los desgarros de la cicatriz son frecuentes durante el parto por falta de elasticidad necesaria para la dilatación en la zona perineal a causa de la escisión de tejidos y a la formación de quistes.

Entre las complicaciones sexuales hemos de destacar que al ser el clítoris la parte más sensible de los órganos sexuales femeninos, tras la mutilación total o parcial del mismo, se modifica la **sensibilidad sexual** (placer, excitación, lubricación, excitación, orgasmos...), por lo que su extirpación ocasionará **ausencia de lubricación, dispaurenia, vaginismos, disminución o ausencia del deseo erótico, anorgasmia...** 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 desinfibulación.

El impacto sobre la salud mental y sexual está menos estudiado. Sin embargo se señala sobre todo, la aparición de **sentimientos**

de humillación, vergüenza o terrores nocturnos. La pérdida de sangre, el dolor y el miedo pueden generar **traumas** importantes en el acto y llegar al estado de **shock médico** o, a medio y largo plazo, provocar **desórdenes psicológicos y psicosomáticos** (angustia, ansiedad crónica, alteraciones en los hábitos alimentarios y en el sueño, depresión...). La deformación de los genitales, consecuencia de los quistes dermoides o cicatrices queloides, les causan ansiedad, vergüenza y miedo, pues piensan que sus genitales están creciendo de nuevo de forma monstruosa o temen que sea un cáncer.

La mayoría padece en silencio sus problemas, su dolor, su miedo y la memoria del hecho, 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 la MGF son condicionantes de un peor estado de salud y de calidad de vida (Tabla 8), ponen en peligro la supervivencia de algunas de estas niñas y perpetúan la desigualdad de género y la discriminación de las mujeres.

CONSECUENCIAS DE LA MGF PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

CONSECUENCIAS INMEDIATAS	CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor intenso • Hemorragias • Infecciones diversas • Retención urinaria • Septicemia • Miedo y angustia • Estrés traumático • Heridas y posibles daños en órganos vecinos • Transmisión VIH y/o Hepatitis B • Tétanos • Muerte por shock o desangrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Obstrucción de orina y flujo menstrual • Infecciones • Dismenorrea • Incontinencia • Trastornos renales • Infección crónica de la pelvis • Infertilidad • Abscesos, quistes, queloides • Hepatitis, sida • Anemia crónica • Fístulas • Complicaciones en el parto (desgarros, hemorragias, fístulas, sufrimiento fetal e incluso muerte del bebé en periodo perinatal) • Sexuales: modificación de la sensibilidad sexual, coitos dolorosos, anorgasmia, disminución del deseo erótico... • Psicológicas: traumas, shock, angustia, depresión, trastornos -alimentarios y del sueño-,...

Tabla 8. Consecuencias inmediatas y a medio/largo plazo de la MGF para la salud de las mujeres. Fuente: elaboración propia.

Las consecuencias sociales y comunitarias de la MGF hace que la participación de las mujeres y las niñas en programas generalista e intersectoriales de igualdad de género o en programas específicos de MGF sea de gran valor estratégico. La toma de conciencia en calidad de ciudadanas de la inequidad en la construcción sociocultural de sus sociedades, permite sentar bases para la organización de las propias mujeres, en sus diferentes roles socio-comunitarios, y movilizar el capital social necesario para conseguir la erradicación de la MGF.

NEONATAS O RECIÉN NACIDOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha constatado que las mujeres mutiladas experimentan, con mayor frecuencia, problemas durante el parto, especialmente en los tipos II y III, con consecuencias para sus bebés. Las complicaciones más frecuentes son:

- Incremento en las tasas de **mortalidad de bebés** durante el nacimiento, por las complicaciones en el parto.
- 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.
- Probabilidad de **hospitalización prolongada**.
- Mayor **mortalidad materna**.

La huella de la MGF en aspectos esenciales de la salud sexual y reproductiva lleva a encadenar efectos sobre la demografía de las



Mujer que ha sufrido la MGF examinada en un centro médico en Etiopía, 2009. (© UNICEF/NYHQ2009-2274/Holt)

sociedades practicantes. El riesgo de morir durante el parto para una mujer en África Subsahariana es de 1 de cada 6 frente a 1 de cada 2800 en un país desarrollado. Una media de 500.000 mujeres en el mundo mueren por motivos relacionados con el embarazo y el parto. A estos índices intolerables se suman las prácticas tradicionales perjudiciales (Gráfico 1).

HOMBRES Y RESTO DE LA COMUNIDAD

El entramado comunitario comporta un papel decisivo en la prevalencia de la MGF, y también paralelamente un potencial explorable 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.

Existen numerosos mecanismos socioculturales, económicos y psicológicos de refuerzo de MGF. Revertir esa 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 colectiva (UNICEF 2005²⁵). 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.**

Existe una constatada influencia de los miembros de la familia, incluidos los de la familia extensa, en la existencia y prevalencia de la MGF. Es por ello que gran número de programas sociales intervienen en el entramado familiar, tanto entre los que han emigrado como entre los que permanecen en los lugares de origen. En este marco, queremos desatacar aquí otras estrategias muy interesantes y de valor transformador: los **grassroot activism** es una forma de asociación de difícil traducción al castellano. Literalmente podríamos traducir como

los “raíces de la hierba”, pero su sentido se orienta a describir un tipo de organización comunitaria “con base social”.

Los grupos de *grass-root activism* hacen referencia al compromiso activo de miembros de la comunidad de ambos sexos o comunidades de prácticas para el cambio en un proceso endógeno. La ventaja frente a otras estrategias es que la impronta nace



Abandono de prácticas dañinas. Sudán 2009
(© UNICEF/NYHQ2009-1476/Holt)

y se gesta dentro de los mismos grupos o la sociedad afectada, limitando, en parte, acciones poco beneficiosas de injerencia externa.

En el contexto migratorio las poblaciones también 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.

Otro de los temas menos abordados en la epistemología de la MGF es el papel de los hombres del entorno comunitario en dos polos diferenciados:

- en la prevalencia y mantenimiento de la MGF
- y en el descenso y la erradicación de la MGF

Muchos varones continúan dando mucho crédito 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. Los mecanismos de refuerzo comunitario (Tablas 6 y 7), anclados en la tradición y en las ventajas masculinas de desigualdad de género en la organización

social, se unen a las deficiencias en educación sexual de las sociedades en su conjunto.

Sin embargo, es justo decir que el ideario conceptual (Gráfico 6) de los varones está cambiando y es importante destacar que los estudios de transnacionalidad y migraciones están revelando que algunos hombres en la migración viven experiencias transformadoras en el campo de las relaciones de género: paternidades y emparejamientos transnacionales²⁶. En particular, los hombres están viviendo experiencias eróticas y sexuales con mujeres compatriotas sin MGF y 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, las relaciones eróticas suelen ser menos satisfactorias debido al sufrimiento que experimentan las mujeres y, en algunos casos, al no poder practicar relaciones coitales.

Por otra parte, es destacable también que otros varones de la comunidad migrante están jugando un papel importante como agentes de transformación, tal es el caso de mediadores interculturales y agentes sociales de asociaciones locales, entre otros.

En conclusión, la práctica de la MGF afecta fundamentalmente a las mujeres y a las niñas, y se extiende también al resto de la familia (como parejas y descendencia). El carácter comunitario y social de la práctica de MGF también ocasiona la afección de las relaciones comunitarias. Por eso es importante que sensibilicemos a unos y a otras sobre sus riesgos y consecuencias.

3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS PARA ERRADICAR LAS MGF

Las mutilaciones genitales femeninas son, en las zonas y regiones donde se practica, una costumbre profundamente arraigada, muy extendida y motivada por presiones sociales, culturales e históricas. A esto se le añade, a menudo, el hecho de que constituye un requisito esencial para contraer matrimonio y para tener buena aceptación y reputación en la comunidad.

Las medidas que adoptemos, así como la legislación que los gobiernos aprueben para prohibir la 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.

3.1. MARCO NORMATIVO



Gráfico 7. Definición de tres instrumentos claves para ampliar marcos legales.
Fuente: elaboración propia.

NORMATIVA INTERNACIONAL



Gráfico 8. Avances en normativa internacional en DDHH de cara a la erradicación de la MGF. Fuente: Elaboración propia.

La práctica de la MGF está dirigida exclusivamente a la población femenina que, como hemos visto, causa graves daños físicos y mentales a corto, medio y largo plazo a sus víctimas y perpetúa la creencia discriminatoria fundamental del papel subordinado de las mujeres y niñas. El artículo 2 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos** afirma: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo (...)”.

Aprobada en 1948, esta Declaración constituye una amplia base para la protección de la mujer frente a la práctica de la MGF. El artículo 3 afirma: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. En virtud del artículo 5, “(...) nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. El artículo 7 indica: “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley”. El artículo 8 declara: “Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales

competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley”. El artículo 12 protege la privacidad de la persona, en tanto que el artículo 25 se ocupa de la maternidad y la infancia. En términos más generales, el artículo 28 afirma: “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.

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

Naciones Unidas ha sido una de las principales valedoras en la lucha contra las MGF, contribuyendo desde el año 1950 a colocar la MGF en la agenda internacional de los Derechos Humanos, y algunas de sus principales agencias (OMS, UNFPA, UNIFEM, UNICEF...) trabajan en su erradicación.

El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)**, adoptado en 1966, prohíbe la discriminación por motivos de sexo, y ordena a los Estados Partes a garantizar que “(...) toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados podrá interponer un recurso efectivo” (artículo 2). Afirma que “todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales y que todo niño tiene derecho (...) a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado” (artículos 9 y 24).

El preámbulo del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, adoptado en 1966, reconoce que los derechos humanos “se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana”. El artículo 3 declara que los Estados Partes se comprometen a “asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto”. El artículo 12 protege “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

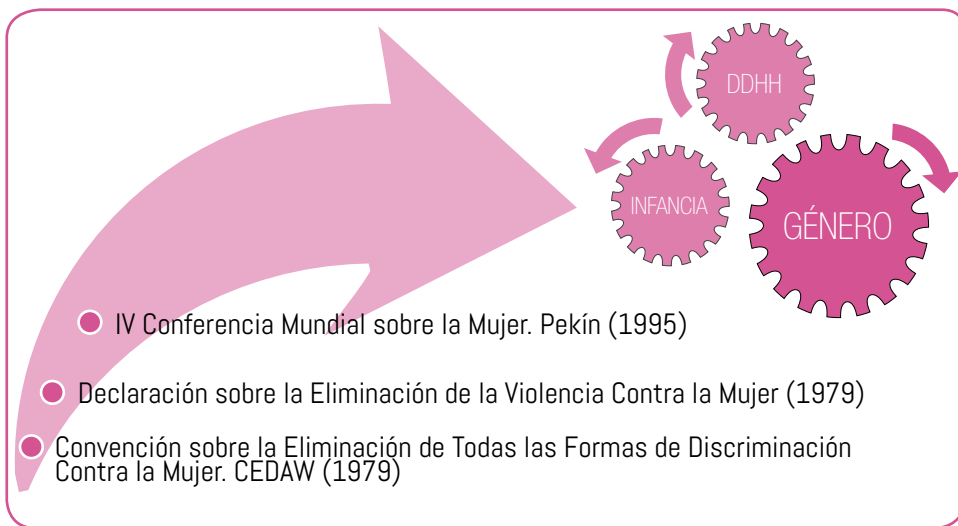


Gráfico 9. Avances en normativa internacional en género y violencia de cara a la erradicación de la MGF. Fuente: Elaboración propia.

El Comité de la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)**, responsable de velar por su aplicación, afirmó que la violencia contra la mujer constituía, sin lugar a dudas, una forma de discriminación por motivos de género, siendo ésta una de las causas principales de dicha violencia, situándola así dentro de la norma jurídica de no discriminación por motivos de sexo.

Gracias a estos esfuerzos se reconoció la universalidad de los derechos de la mujer como derechos humanos.

Poco después, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer**. Este hecho: violencia contra la mujer como cuestión de derechos humanos, es decisivo porque permite establecer normas vinculantes que imponen a los Estados la obligación de prevenir, erradicar y castigar esos actos, haciéndolos responsables en el caso de que no cumplan tales obligaciones.

Las organizaciones y movimientos de mujeres lograron que se prestara atención a la existencia generalizada de violencia contra las mujeres, así como al hecho de que ésta no es el resultado de actos individuales sino que está profundamente arraigada en relaciones

estructurales de desigualdad entre las mujeres y los hombres. Se consiguió que las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer salieran del ámbito privado para pasar a ser objeto de la atención pública y, sobre todo, responsabilidad de los Estados. El artículo 2.a identifica explícitamente la MGF como una forma de violencia contra la mujer.



Fotografía de Mundo Cooperante

Diversos foros han contribuido a este avance. Cabe destacar la **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995**. Fue la mayor y, tal vez, la más influyente de todas las Conferencias Mundiales sobre la Mujer. Cerca de 180 delegaciones gubernamentales y 2.500 organizaciones no gubernamentales se reunieron para analizar una amplia gama de temas relacionados con la mujer. Constituye el punto de inflexión fundamental para difundir el conocimiento mundial de los derechos de la mujer.



Gráfico 10. Avances en normativa internacional en infancia de cara a la erradicación de la MGF. Fuente: elaboración propia.

Dado que la MGF afecta de modo predominante a niñas menores de 18 años, se trata básicamente de una cuestión de protección de los derechos de la infancia. La **Convención sobre los Derechos del Niño**, adoptada en 1989, reconoce el papel de los progenitores y de la familia a la hora de tomar decisiones sobre las niñas y los niños, pero hace recaer en manos del Estado la responsabilidad última de proteger sus derechos (artículo 5). La Convención estableció también la norma del *interés superior del niño* para abordar los derechos de la infancia (artículo 3). La Convención ordena a los gobiernos que procedan a abolir las *prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños* (artículo 24.3). Las **Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño: Togo (1997)**, ordenan explícitamente a los gobiernos que aprueben legislación para abolir la práctica de la MGF por ser una violación de los derechos de la infancia.



Gráfico 11. Avances en normativa internacional en erradicación de la MGF. Fuente: Elaboración propia.

La **Asamblea Mundial de la Salud** (24/05/2008) supuso un importante avance en materia de MGF. Los apartados referidos, a continuación, esclarecen los contenidos centrales. Acciones educativas, aplicación de las leyes y medidas judiciales, la participación en la estrategia

de erradicación de varones y líderes/lideresas comunitarias, el cumplimiento de los objetivos del milenio (ODM) y el refuerzo de servicios que precisen las víctimas: sanitarios, sociales y psicológicos.

APARTADO	CONTENIDO
Apartado 1	Instancia a los estados miembros a erradicar la MGF con acciones educativas e informativas sobre cuestiones de género, salud y derechos humanos.
Apartado 2	Necesidad de hacer cumplir la legislación para la protección de niñas y mujeres.
Apartado 3	Apoyo de los estados miembros en la participación de hombres y líderes locales en el proceso de erradicación de la MGF.
Apartado 4	Importancia de cumplir los objetivos del milenio con la coordinación de fuerzas entre sectores de gobierno y agencias internacionales.
Apartado 5	Promoción de líneas de cuidados a víctimas y refuerzo de servicios sanitarios, sociales y psicológicos.

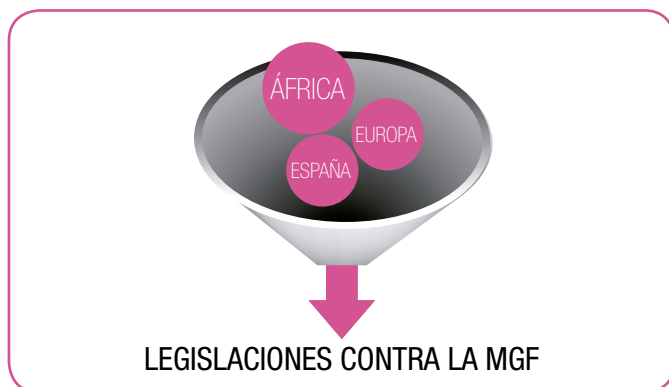
Tabla 9. Contenidos y apartados de la AMS (2008) en material de MGF. Fuente: AMS.

La **Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer** adoptó una resolución titulada **Eliminación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2010/L.8)**. En ellas se reconoce que la mutilación genital femenina es una violación de derechos humanos que produce daños irreparables y constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y niñas. Incluye recomendaciones concretas a los Estados con el fin de eliminar la MGF. Pide a los Estados que condenen esta práctica y que aprueben y hagan cumplir la legislación que la prohíbe y las penas previstas para las violaciones de dicha prohibición. La resolución hace hincapié asimismo en la necesidad de 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 las mujeres y niñas, por ejemplo, personal de los servicios de salud, asistentes sociales, agentes de policía, personal letrado, jueces/juezas y fiscales.

El pasado diciembre de 2012, y por primera vez, Naciones Unidas apoyó una **Resolución referida específicamente a la Mutilación**

Genital Femenina (A/RES/67/146) que condena la práctica y urge a la intensificación de los esfuerzos mundiales para su eliminación.

LEGISLACIONES CONTRA MGF POR REGIONES GEOGRÁFICAS DE PREVALENCIA



ÁFRICA

Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos aprobada el 27 de julio de 1981 (CARTA BANJUL).

Declaración de Derechos Humanos del Islam. Conferencia islámica de El Cairo 1990.

Encuentro de expertos/as de 28 países africanos en El Cairo, el 23 de junio de 2003.

Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África, adoptada en Maputo el 11 de julio de 2003 (PROTOCOLO DE MAPUTO)

Solemne Declaración de Igualdad de Género en África de julio de 2004.

Conferencia de Dakar el 3 y 4 de mayo de 2010.

Tabla 10. Principales instrumentos legislativos de África. Fuente: Elaboración propia.

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

La **Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CARTA DE BANJUL)** aprobada en 1981, se ocupa en términos generales de la protección de los Derechos Humanos. Los artículos 4 y 5 reconocen el respeto a la vida y a la integridad de la persona y el “derecho al respeto de la dignidad inherente a todo individuo”. El artículo 16 garantiza el derecho de toda persona a “disfrutar del mejor estado físico y mental posible”. El artículo 18.3 exige que el estado garantice la “eliminación de toda discriminación de la mujer y la protección de los derechos de la mujer y del niño tal como se estipulan en las declaraciones y convenios internacionales”. El artículo 28 reconoce el deber de respetar y considerar a los semejantes sin discriminación.

La **Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño**, adoptada en 1990, sigue la norma establecida por la Convención sobre los Derechos del Niño, y establece que “se atenderá como consideración primordial al interés superior del niño” en todas las medidas concernientes a las niñas y los niños que tomen las instituciones públicas o privadas (artículo 4.1). La Carta protege frente a la discriminación, y protege el derecho de las niñas y los niños a la supervivencia, la protección, la privacidad y la salud física, mental y espiritual (artículos 3, 5.2, 10 y 14.1).

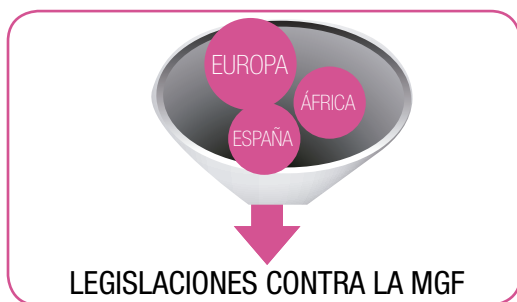
Además, exige que los Estados miembros de la Organización de la Unidad Africana “adopten todas las medidas adecuadas para eliminar las prácticas sociales y culturales nocivas que afecten al bienestar, la dignidad y el crecimiento y desarrollo normales del niño y en particular:

- Las costumbres perjudiciales para la salud o la vida del niño.
- Las costumbres y prácticas discriminatorias para el niño por motivos de sexo u otra condición” (artículo 21.1).

El más reciente **Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (PROTOCOLO DE MAPUTO)**, adoptado en 2003, exige que los Estados Partes “adopten todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y económicas que sean necesarias para

garantizar la prevención, sanción y erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer” (artículo 4). El Protocolo ordena también expresamente que los Estados Partes prohíban y eliminen las prácticas nocivas e incluye explícitamente la MGF.

La **Declaración de El Cairo para la eliminación de la MGF**, adoptada en 2003, pide explícitamente a los gobiernos que reconozcan y protejan los derechos humanos de las mujeres y niñas de acuerdo con los antedichos documentos de derechos humanos y que apliquen legislación que tipifique como delito y prohíba la MGF. La Declaración reconoce que “la prevención y el abandono de la MGF sólo podrán lograrse mediante un enfoque integral que promueva el cambio de conducta y usando las medidas legislativas como herramienta fundamental”. Las leyes contra la MGF deben integrarse en legislación más amplia, incluyendo la “igualdad de género, la protección frente a todas las formas de violencia contra las mujeres y los niños, el derecho de la mujer a la salud reproductiva, y los derechos del niño” (párrafo 1). La Declaración reconoce también que el “uso de la ley debe ser uno de los componentes de un enfoque multidisciplinar para poner fin a la práctica de la MGF” (párrafo 2).



EUROPA

Resolución 2001/2035 (INI).

Resolución sobre la situación actual en la lucha contra la violencia contra las mujeres y acciones futuras (2004/2220 (INI)).

Resolución A5-285/2001 sobre Mutilación Genital Femenina.

Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE.

Tabla 11. Principales instrumentos legislativos de Europa. Fuente: Elaboración propia.

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



Fotografía de Mundo Cooperante

La **Resolución 1247 del Consejo de Europa relativa a la Mutilación Genital Femenina**, adoptada en 2001, pide a los Estados miembros que aprueben “legislación específica que prohíba la mutilación genital y declare que la mutilación genital es una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal” y enjuicien a los responsables “incluidos los miembros de la familia y el personal de salud, por cargos penales de violencia con resultado de mutilación, incluidos los casos en que esa mutilación se cometa en otros países”. La Resolución pide también que los Estados miembros sean más flexibles a la hora de conceder asilo a las madres y las hijas que teman ser sometidas a MGF, y permitan que las víctimas interpongan acciones judiciales contra los perpetradores de la práctica cuando lleguen a la mayoría de edad.

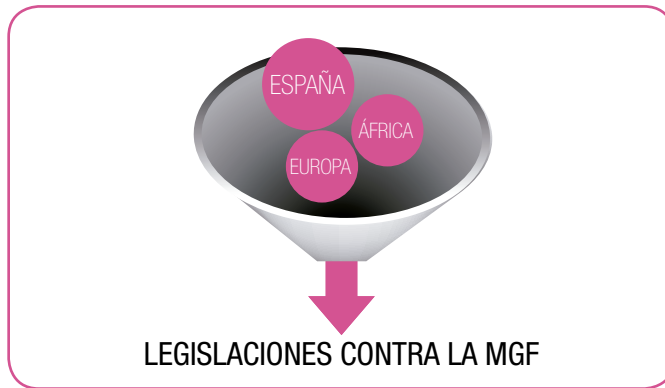
La **UNIÓN EUROPEA** se ha posicionado también en torno a la MGF, y ha elaborado varias resoluciones en el Parlamento en las que se pide a los Estados la modificación de su legislación para perseguir a quienes la realicen, se opone a la práctica bajo control médico y propone la elaboración de programas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

La **Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en**

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

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

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



ESPAÑA

Constitución española de 1978. Cap.II Derechos y deberes fundamentales (artículo 10 y 15). Esta normativa se interpretará conforme a los tratados y acuerdos ratificados por España sobre la materia.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de 1996 de Protección Jurídica del Menor permite a la Administración pública intervenir ante una situación de desprotección social de la menor.

Ley Orgánica 11/2003, introduce apartado en el artículo 149 del Código Penal español para incluir la MGF dentro de los delitos de lesión.

Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, de la Jefatura de Estado modifica la Ley orgánica 6/1985 para permitir la persecución de este delito aunque haya sido cometido fuera de España, siempre que los autores-as o persona afectada se encuentre en territorio español.

Código Penal español (artículo 149).

Tabla 12. Principales instrumentos legislativos de España. Fuente: Elaboración propia.

La **Constitución Española de 1978**, es el marco de los derechos fundamentales a partir del cual se legislará. Así el artículo 10 del capítulo II, reconoce que *la* “dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Y en el artículo 15 expresa que todos tienen derechos a la vida y a “la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos ni a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

Esta normativa se interpretará conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los Tratados y Acuerdos Internacionales ratificados por España sobre estas materias.

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

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

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

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

NORMATIVA DE CCAA: ARAGÓN, CATALUÑA Y NAVARRA

Unos de los instrumentos más eficaces para hacer frente a la complejidad de las dinámicas sociales de la MGF son los protocolos de actuación de algunas comunidades autónomas.

Estos protocolos contemplan itinerarios internos y acciones coordinadas de servicios y agentes según los momentos de intervención y los ámbitos conminados. Se reproduce, a continuación, tres organigramas a modo de ejemplos (Tabla 13-14-15). Todos tienen unos ejes comunes de intervención y de movilización de recursos para atender la situación según:

I) Momentos de intervención²⁷:

- Actuaciones diferenciadas según los momentos de la intervención tomando de *punto de partida la práctica de la MGF*: prevención de la MGF según factores y características sociales de riesgo, riesgo inminente de la práctica y MGF practicada (Aragón)
- Actuaciones diferenciadas según los momentos de la intervención tomando de *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) Recursos disponibles por ámbitos profesionales:

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

MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN	<u>FACTORES DE RIESGO</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer y pertenecer a una etnia en la que la MGF se práctica. • Ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF. 	<u>RIESGO INMINENTE</u> <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. 	<u>MGF PRATICADA</u> <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 continuadas. 3. Implicación de todo el equipo de atención primaria y coordinación con Servicios 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 preventivo (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.
SISTEMA 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 practiquen. 3. Coordinación con el Centro de Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación/comunicación con el Centro de Salud para proceder a la revisión pediátrica y en caso de viaje, a la firma del compromiso preventivo. 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 con el Centro de Salud 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 del Servicio de Menores.

Tabla 13. Intervención en distintos sistemas de intervención.
Fuente: Protocolo de Aragón.

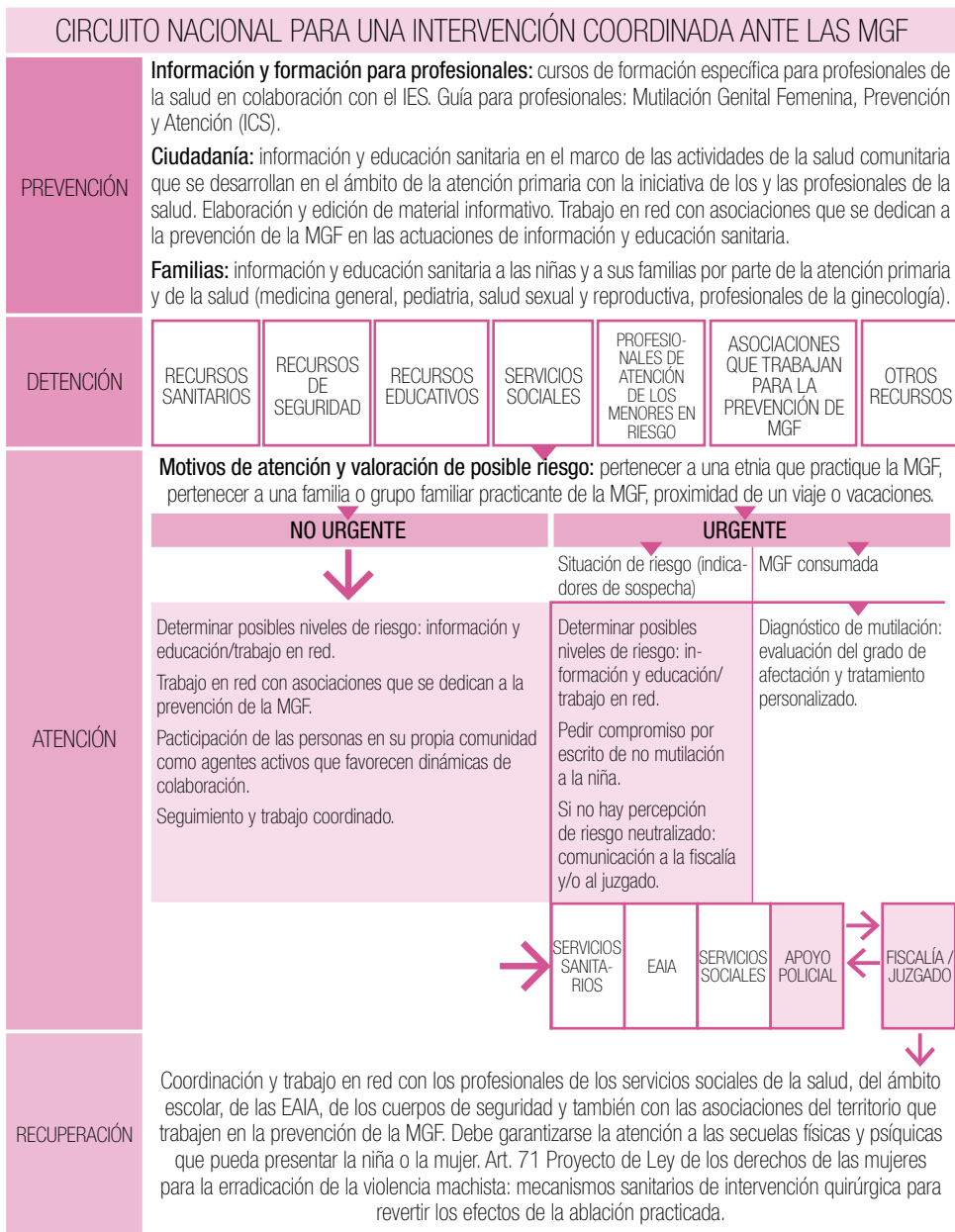


Tabla 14. Intervención en distintos sistemas de intervención.
Fuente: Protocolo de Cataluña.

NIVELES DE ACTUACIÓN		
I. IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE NIÑAS EN RIESGO E INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON SUS FAMILIAS	SISTEMA 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 Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra, 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 del Menor.
	SISTEMA EDUCATIVO	Escuelas infantiles. Centros de Educación Primaria.
	SISTEMA JURÍDICO	Colegios Abogacía. Juzgados de Violencia. Fiscalía de Menores.

Tabla 15. Intervención en distintos sistemas de intervención.
Fuente: Protocolo de Navarra.

Por último, referenciamos tres declaraciones importantes en MGF, que significan avances notables para fortalecer la acción colectiva frente a la MGF:

DECLARACIÓN DE BARCELONA 2004	DECLARACIÓN DE BRUFUR 2009	DECLARACIÓN DE NAIROBI 2009
<ul style="list-style-type: none"> • Foro Mundial de Mujeres: celebrado en Barcelona en 2004, se solicita incluir la Declaración de Barcelona sobre MGF. <p>Declaración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción por apoyo del gobierno catalán y español para desarrollar y promover la prevención de la Mutilación Genital Femenina. 2. Preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad. 3. Apoyo de una legislación más humana, que evite la humillación de las comunidades africanas inmigradas. 4. Información, formación y orientación a los/as profesionales 5. Investigación en este área para diseñar intervenciones efectivas. 6. Apelación a la comunidad internacional: 6 de Febrero, Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF. 	<ul style="list-style-type: none"> • En 2009, la I Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales tiene lugar en Brufut, Gambia, reuniendo a representantes del Gobierno, agencias de Naciones Unidas, líderes religiosos y ONGD. El resultado es una valiente Declaración Pública que rompe el silencio sobre la Mutilación Genital Femenina (MGF) en el país. <p>Se insta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los expertos de la religión debidamente informados, a que se implique activamente en el movimiento para el abandono de la MGF y otras PTP, desmintiendo los argumentos erróneos sobre los que se fundamentan algunas prácticas de la fe. • Las universidades, a que ejerzan un liderazgo intelectual dirigido a promover la investigación científica en los esfuerzos para terminar con la MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales. • Los/las responsables políticos y las instituciones donantes, a que basen sus decisiones en las conclusiones de un conocimiento científico riguroso y apoyen el fin de la MGF fomentando propuestas y proyectos orientadas al bienestar de las mujeres y niñas, con una mención especial a las PTP y a la MGF. • La sociedad civil y los gobiernos, a que inicien y/o fortalezcan las iniciativas comunitarias con un fundamento educativo y de derechos humanos, en un esfuerzo por explorar alternativas a la MGF (por ejemplo, la iniciación sin mutilación, donde sea apropiado) y con un compromiso de evitar la estigmatización de las personas no circuncidadas en el seno de sus comunidades, así como de la población inmigrada en general. • Todos los implicados, a que fomenten una cooperación más estrecha entre la diáspora y los países de origen, construyendo redes y coaliciones basadas en un enfoque que huya de la confrontación y se centre en estrategias de prevención para facilitar un compromiso de cambio real, personal y colectivo, evitando así procedimientos que generan dependencia en las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller Regional Para Profesionales de la Salud, encuentro celebrado de 28-30 octubre de 2009 en el marco de CAMPAÑA TOLERANCIA CERO. <p>En él se insta principalmente a los gobiernos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar la Convención sobre los Derechos del Niño; Intensificar seriamente medidas para eliminar esas prácticas nocivas. • Incorporar la MGF y el matrimonio infantil en el currículo de todas las instituciones educativas • Hacer el registro de nacimientos obligatorio para que los gobiernos controlen las edades de las niñas que están siendo dadas en matrimonio; • Abogar y movilizar la voluntad política y el compromiso de dar prioridad a la eliminación de la MGF / matrimonio infantil en todos los países. • Hacer hincapié en el papel de los líderes religiosos y tradicionales (TRL) en la lucha contra MGF y el matrimonio precoz. • Recordar a los países ratificar y adoptar en sus legislaciones el Protocolo de la Unión Africana (Protocolo de Maputo); • Aprovechar los datos existentes para llegar a la base de datos sólida sobre la MGF y el matrimonio infantil y la disponer de una red para el intercambio de información por todos los países.

Tabla 16. Puntos clave de las Declaraciones sobre MGF. Fuente: Elaboración propia.

3.2. PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA ERRADICACIÓN DE LAS MGF

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y NIVELES DE ACTUACIÓN

La sensibilización y la prevención son claves para la erradicación de las MGF. Ambos ejes son complementarios entre sí, si bien tienen distintos objetivos y, por lo tanto, distintas estrategias de intervención.

El objetivo de la sensibilización es dar a conocer el problema social, que se entiendan sus causas y contextos, con el fin de visibilizar esta problemática, de sacarla de la esfera privada y evitar las estigmatizaciones de las poblaciones que lo practican. 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.

Para que la sensibilización sea efectiva, es importante contar con una información adecuada. Existe un gran desconocimiento al respecto entre profesionales de distintos ámbitos, así como entre las propias mujeres y las poblaciones que la practican. Particularmente se ignoran las consecuencias perjudiciales para la salud.

En cuanto a la prevención, actuaremos en tres niveles: las causas que perpetúan el mantenimiento de la práctica (*prevención primaria*); la mejora de las actuaciones que se están llevando a cabo (*prevención secundaria*), y las formas de evitar nuevos casos (*prevención terciaria*).

Las medidas de intervención que se pongan en marcha 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 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.

En conclusión, en **PREVENIR** podemos distinguir al menos dos acepciones complementarias: por un lado “**disuadir**”, es decir, hacer

que haya un cambio de actitud de las familias ante la mutilación, lo que implica activar estrategias de información y sensibilización; y, por otro lado, “**anticipar**”, actuar antes de que se practiquen las MGF para impedir las, lo que supone poner en marcha mecanismos para detectar situaciones de riesgo inminente de MGF.

Por ello, destacamos dos momentos y modos claves en los que podremos realizar la prevención:

- *El primero llevándola a cabo de forma sistemática e incluyéndola en tutorías, entrevistas sociales, cursos y talleres o en los programas de salud infantil, etc.*
- *Y el segundo de una manera puntual, antes del viaje de la niña al país de origen. La finalidad es que los progenitores, madres y padres, adquieran conocimientos y herramientas que les capaciten para poder enfrentar la presión comunitaria y tomar decisiones en contra de las MGF.*

PREVENCIÓN	DISUADIR	Informar	Dar a conocer esta realidad
		Sensibilizar	Relacionar la práctica con sus consecuencias entendiendo sus causas y sus contextos
	ANTICIPAR	Detectar	
		Actuar antes de que suceda	

Tabla 17. Componentes de la prevención. Fuente: Elaboración propia.

Es importante también facilitar espacios de relación con las familias sostenidos en el tiempo, con posibilidades y alternativas al alcance de los y las profesionales, a la vez que aseguramos que las condiciones de trato a las familias sean dignas y respetuosas.

Una buena acogida es un buen comienzo.

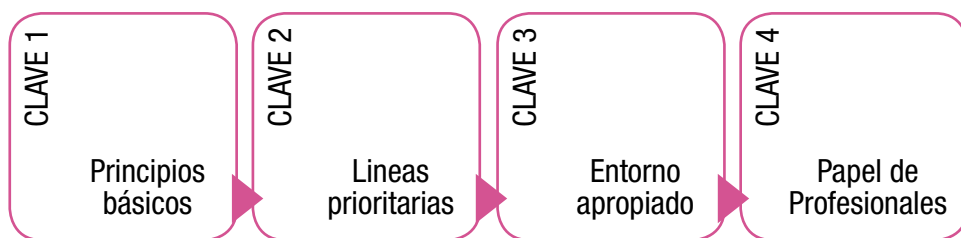
Un clima de confianza y diálogos breves deben acompañar el

tratamiento del tema en la eventualidad de un viaje en medio de contextos y momentos que no se perciban como amenazadores para las familias.

Igualmente la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos puede ayudarnos a reducir la complejidad de las intervenciones.

CLAVES PARA EL ABORDAJE PROFESIONAL

La intervención profesional 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, versarán sobre los siguientes puntos:

- **POSICIÓN Y COMPROMISO POLÍTICO E INSTITUCIONAL**

Es importante que la erradicación de las MGF esté 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 erradicación de estas prácticas. 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.

- **MULTIDISCIPLINARIEDAD E INTERINSTITUCIONALIDAD**

El trabajo contra las MGF ha de ser abordado desde una perspectiva integral, que abarque la prevención, atención, protección y seguridad de las mujeres y las niñas en riesgo, lo cual requiere de un equipo interdisciplinar que incluya, al menos, los ámbitos de primera línea (sanitario, social y educativo), así como la implicación de diversas instituciones y organismos (administraciones, profesionales y asociaciones).

- **COORDINACIÓN**

Este principio es fundamental para que las intervenciones avancen con mayores probabilidades de llegar al fin deseado. Tener un equipo de referencia, o una “comisión de seguimiento”, que pueda encargarse del diseño, elaboración, ejecución 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.

- **FORMACIÓN**

Se requiere que capacitemos a profesionales de distintos ámbitos sobre la naturaleza y el impacto de las MGF; su identificación, análisis y comprensión en pro de conseguir respuestas adecuadas de prevención y de intervención, tanto en situaciones de riesgo como de emergencia. Es importante que conozcamos nuestro posicionamiento con el fin de evitar posibles interferencias en nuestra actuación profesional

Debemos tener presentes las dificultades de las mujeres para solicitar ayuda y tomar decisiones en un tema que consideran íntimo y tabú. La confianza y la complicidad que se generen en nuestros encuentros, será decisiva para el proceso y la relación que establezcamos con la familia y las personas implicadas.

Si contamos con profesionales de **mediación intercultural**³¹, con un buen conocimiento de la temática y su abordaje preventivo, se

facilitará mucho el trabajo tanto para las familias como desde el punto de vista profesional.

La mediación, a cargo de personas de los mismos lugares de origen o próximos, actuará no sólo como un servicio de traducción, sino que también aportará claves culturales y de comunicación necesarias y útiles para la intervención.

• **TRANSVERSALIDAD**

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

- *Una perspectiva de género* que, además de las características específicas de las MGF, tenga en cuenta las necesidades de las mujeres y las niñas y adopte una mirada explicativa del tipo de relaciones 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.

Estas dos miradas son imprescindibles para que ajustemos mejor nuestras actuaciones destapando 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. Nos aseguraremos 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 organizaciones, entidades sociales y aquellas personas claves que puedan contribuir y favorecer todas las tareas en el proceso de la erradicación.

Contaremos con las mujeres y su implicación e informaremos a los hombres, les haremos tomar conciencia de su responsabilidad ante esta práctica así como a otros miembros de la comunidad: jóvenes o 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 Heyzer, Directora Ejecutiva. Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, 2004.

Finalmente, se compendian los principios básicos y sus elementos esenciales en el gráfico 12 siguiente:



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

CLAVE 2. Líneas prioritarias

La MGF afecta directamente a las mujeres y a las niñas que la sufren o la pueden sufrir, no obstante, se hace indispensable trabajar de un modo integral con otros agentes y con dos **líneas prioritarias que se complementan y retroalimentan entre sí**:

- **LA SENSIBILIZACIÓN Y LA PREVENCIÓN CON LAS COMUNIDADES EN RIESGO**

Conviene que trabajemos **la sensibilización y la prevención con toda la comunidad**, no sólo con las mujeres y las niñas: hombres, jóvenes, líderes o referentes políticos y religiosos, organizaciones sociales..., con el fin de recopilar y divulgar información sobre los perjuicios y las consecuencias nocivas de las MGF.

En el apartado 3.2 de esta guía hemos desarrollado de manera amplia los contenidos referidos a esta línea prioritaria: objetivos, estrategias, niveles de actuación.

- **LA ERRADICACIÓN DE LAS MGF**

La erradicación de las MGF comporta una transformación social, religiosa o cultural más amplia que la legislativa. Los instrumentos legales son insuficientes si no se acompaña de una transformación de raíces culturales y a las relaciones de género. Además en el contexto globalizador, se requiere reflexionar profundamente sobre la identidad cultural y colectiva si éstas están ligadas a un trato violento, discriminatorio y degradante, doloroso y perjudicial, que pone en peligro, incluso, sus propias vidas.

A continuación elaboramos, a modo de **ejercicio de estrategia**, un mapa social³² de actuaciones de incidencia basadas en la estrategia de enfoque de derechos (EBD) según los agentes implicados en la estrategia de erradicación:

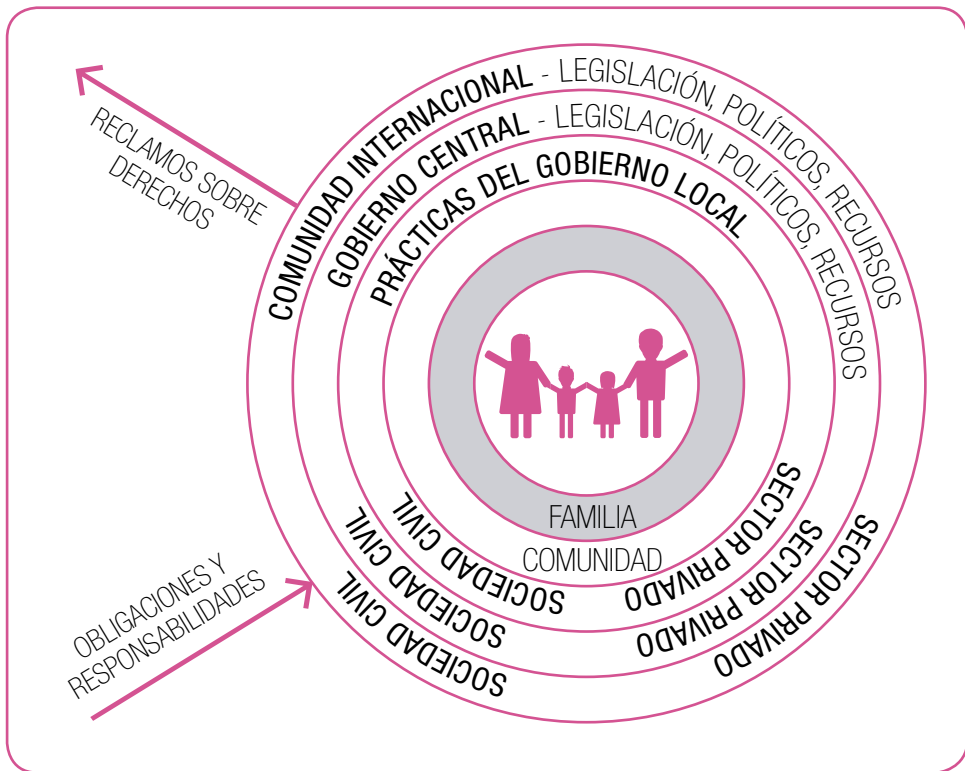


Gráfico 13. Análisis de agentes sociales según Enfoque Basado en Derechos (EBD).
 Fuente: FERNÁNDEZ JUAN, Amelia et al. (2008)³³

La identificación de los 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 en sus contextos, 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.

Referimos a continuación algunos aspectos para conocer el mapa social de agentes y roles en la incidencia:

ROL	DEFINICIÓN	AGENTES SOCIALES
TITULARES DE DERECHOS	Las personas que sufren la vulneración de sus derechos, pero que son también protagonistas activos en la transformación de esta situación y con capacidades para materializar sus derechos y los de sus comunidades.	Mujeres que han padecido la MGF Niñas que han padecido la 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 los 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: ONG-s, etc. Medios de Comunicación

Tabla 18. Definición e identificación de titularidades según derechos, obligaciones y responsabilidades en intervención global. Fuente. O'DAM (2003)³⁴

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 que refieren, a continuación, en la Tabla 19:

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

Tabla 19. 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 apropiado para la erradicación sino que están conminados ante la sociedad civil en su conjunto al cumplimiento de sus obligaciones. Las tablas 20-21 hacen un compendio de ellas: (2013).

TITULARES DE OBLIGACIONES 1				
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 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 20. Titulares de obligaciones y relación de obligaciones 1.
Fuente. O'DAM. 2013

TITULARES DE OBLIGACIONES 2

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 desinfección 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 21. 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 imprescindible en el proceso, tal y como se compendian en las tablas 22-23:

TITULARES DE RESPONSABILIDADES 1						
FAMILIAS	AUTORIDADES TRADICIONALES	CIRCUNCIDADORAS	AUTORIDADES Y LÍDERES RELIGIOSOS	PROFESIONALES DE SECTOR SALUD PRIVADO	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Promoción del 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 22. Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades 1.
Fuente: O'DAM, 2013.

TITULARES DE RESPONSABILIDADES 2

FAMILIAS	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 pública 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 23. Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades 2.
Fuente: O'DAM. 2013.

CLAVE 3. Entorno propiciatorio

El cumplimiento de algunas de las siguientes condiciones contribuye a la creación de un entorno propiciatorio para la erradicación y descenso de la prevalencia de la MGF. A su vez, la aplicación de principios y líneas prioritarias se ven notablemente facilitadas. Muchos aspectos se combinan en la creación de un marco de acción que sea favorable para la erradicación de las MGF.

En la tabla 24 se extractan algunos de los componentes más destacados para describir posteriormente aspectos centrales para generar un marco de trabajo apropiado:

CONDICIONES FAVORABLES	
LA ACCIÓN	Protocolos
LA COORDINACIÓN	Canales de comunicación Definir funciones y acciones por ámbitos profesionales.
LA INTERVENCIÓN	Itinerarios personalizados Confidencialidad
LA ELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA	Diagnóstico Recogida sistemática de datos Marco normativo Equipo multidisciplinar
PROFESIONALES	Formación

*Tabla 24. Resumen de los componentes y elementos de las condiciones favorables.
Fuente: Elaboración propia.*

• LA ACCIÓN

Los protocolos

Si contamos con protocolos **de coordinación consensuados** que delimiten los objetivos, funciones y acciones a desarrollar por parte de los distintos servicios, así como los momentos para intervenir, se

facilitará y garantizará el quehacer profesional y la forma de proceder en toda la acción multidisciplinar.

Además, el proceso de elaboración e implantación del protocolo, constituye en sí una valiosa oportunidad de asesoramiento, sensibilización, información y formación por parte de los todos agentes implicados para llevarlos a cabo.

- **LA COORDINACIÓN**

Los cauces de comunicación

El establecimiento de **cauces de comunicación ágiles** entre los distintos servicios y ámbitos resulta imprescindible para garantizar el seguimiento de los casos: si los mejoramos, potenciaremos la coordinación en todo el proceso.

- **LA INTERVENCIÓN**

Itinerarios

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**

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.

Diagnóstico

El conocimiento de la **situación de partida**, obtenido de los datos más importantes en cada caso, de 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.

Además, el análisis previo de la situación existente nos acercará a la realidad de un modo más objetivo y, consecuentemente, nos permitirá elegir la estrategia de intervención más adecuada.

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 las y los representantes de las distintas organizaciones, mediadores y mediadoras u otros agentes sociales implicados.

• PROFESIONALES

Formación especializada

Los y las profesionales tienen un papel relevante en el descenso de la prevalencia de las MGF. Su capacitación específica respecto a la práctica de las MGF es decisiva en muchas de las estrategias prioritarias de las entidades sociales y la administración pública.

Por ello destacamos como clave, en todo el proceso, el capital humano y la formación de profesionales.

CLAVE 4. Papel de los y las profesionales

El personal profesionalizado de diferentes sectores de intervención desempeña un papel clave en la prevención. Gran parte de la actividad profesional en el ámbito de la educación, del trabajo social o sanitario consiste en el fomento de la prevención ante todo tipo de maltrato, abuso o prácticas perjudiciales con mujeres y niñas y sus familias. Es menor, sin embargo, su trabajo en las incidencias o en la aplicación de medidas judiciales y de reparación de las víctimas.

La adopción, por tanto, **un rol facilitador**, de ayuda y apoyo es esencial en todo el proceso, desde el trabajo en red y en el registro constante de la información (contactos, conversaciones o exploraciones realizadas a las personas de



Curso a profesionales impartido por UNAF

riesgo) que facilite a otros agentes profesionales el conocimiento, seguimiento y la intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo.

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

Es recomendable que la atención se haga por **un equipo profesional especializado** -en la naturaleza, contexto e impacto de las MGF- formado, al menos, por los tres ámbitos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: social, sanitario y educativo. Todas estas esferas deben interrelacionarse y mantener una estrecha coordinación entre sí y con otras áreas o servicios de interés.

En el punto 4.2 de esta guía ofreceremos pautas de utilidad para la intervención desde estos tres ámbitos, aludiendo en todo momento a la coordinación necesaria entre los distintos agentes implicados para la prevención y erradicación de las MGF.

Además de las pautas señaladas, adoptaremos las siguientes **ACTITUDES**:

- **TOMAR LA INICIATIVA**

Como profesionales, podemos seguir diferentes estrategias: aguardar a que nuestra población “objetivo” nos interrogue sobre asuntos referidos a MGF o sexualidad (poco frecuente) o tomar la iniciativa. En general la gente, sea cual sea su procedencia, no acostumbra a tratar el tema de sexualidad con naturalidad, máxime si se encuentra en un contexto formal, educativo o sanitario. Este tema es considerado tabú o íntimo en la mayoría de las sociedades, como podemos verificar en nuestra propia historia social y cultural.

Por ello, se precisa una acción positiva para abordar estos contenidos. Para ello, es imprescindible una formación adecuada y la adquisición de claves para impartir educación sexual y prevención de las MGF.

- **PARTIR DE LAS NECESIDADES Y DE LOS INTERESES PRÁCTICOS**

El conocimiento de las necesidades e intereses prácticos de las usuarias serán una oportunidad para llegar a los objetivos deseados.

Aprovecharemos cualquier “oportunidad” (consulta de pediatría a las que acudan por vacunas, consulta de ginecología por el tratamiento de una infección, seguimiento de un embarazo, una charla sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar...) para obtener información y poder ofrecérsela en aspectos que consideremos de su interés y que nos permitan avanzar hacia nuestro propósito: la prevención y erradicación de las MGF.

Temas relacionados con el cuerpo y su funcionamiento, la concepción

y la anticoncepción, la anatomía de la reproducción y del placer, el papel de mujeres y de los hombres en las relaciones eróticas y en la anticoncepción y prevención, la salud de sus hijos e hijas..., serán un buen “pretexto” para “indagar” sobre su posición ante las MGF, entre otras cuestiones, y poder planificar un itinerario de prevención, en caso necesario.

Si partimos de sus intereses o de sus necesidades nos encontraremos con ciertas ventajas. En primer lugar, esta estrategia favorece que tengan una buena predisposición a escucharnos y a acoger lo que les digamos como profesionales. Esto contribuye a crear un ambiente relajado y un clima de confianza necesario para una intervención eficaz que pueda avanzar, en ese contexto y en su momento, hacia temas más “sensibles” como el que nos ocupa.

En el caso de los talleres, cursos o incluso entrevistas personales, “el aprovechamiento de estas oportunidades” facilita la asistencia. En nuestra experiencia, la planificación de talleres con el título de prevención en las MGF, ha tenido escasa o nula asistencia. La estrategia de partir de sus intereses prácticos o de sus necesidades (sobre sexualidad, embarazo, parto, concepción, métodos anticonceptivos, relaciones de seducción y de pareja en España, educación de los hijos e hijas, la salud...), ha facilitado y favorecido la asistencia de las mujeres, en un clima de confianza y de diálogo fluido. Desde ahí, es posible abordar también el tema las MGF.

Por otro lado, es importante señalar las diferencias entre necesidades prácticas y las estratégicas, las necesidades “sentidas” y las “expresadas”. Puede suceder que haya necesidades “expresadas” que no sean tales y formen parte de un deseo, una expectativa o una creencia errónea y, a su vez, encontrarnos necesidades que no se expresan por diversos motivos, como puede ser el tema de las MGF u otros temas de salud derivados de ésta.

Este punto inicial preparará el camino para la atención de las necesidades que no han sido formuladas, en el contexto y momento más propicios, respetando los ritmos del proceso y de cada persona, con el fin de acercarnos a su reflexión y al cambio oportuno.

Es posible que, en ocasiones, no tengamos tanto tiempo como desearíamos para realizar nuestra intervención de este modo (les atendemos antes en sus intereses y tratamos previamente otros temas antes de abordar las MGF...) pero en la medida de lo posible, debemos procurarlo y prestar siempre atención a la creación de un buen clima y un ambiente de confianza.

En cualquier caso, siempre la información y conocimientos que les ofrezcamos en otros ámbitos relacionados con la sexualidad y la salud, son también positivos por sí mismos.

- **CONOCER SUS VALORES, RELACIONES Y ESTILOS DE VIDA**

Como profesionales hemos de proporcionar **información, orientación y asesoramiento** ante la práctica de las MGF, sin culpabilizar ni juzgar a las familias, sino empatizando y adoptando una actitud asertiva y firme ante sus consecuencias negativas.

Las muestras de sorpresa, horror, turbación o compasión de parte de las personas profesionales hacia las mujeres con MGF ocasionan un efecto nocivo hacia las víctimas y sus entornos familiares. Es esencial que el contacto con equipos profesionales no comporte situaciones de vergüenza, rechazo y humillación. Trataremos, por ello, el tema con naturalidad, usaremos en un primer momento sus propios términos (*estar cortada* o *estar cosida* en lugar de ***estar mutilada***), pero no justificaremos la práctica ni minimizaremos las consecuencias nocivas para la salud de las mujeres y las niñas, explicándolas detalladamente.

Debemos conocer las características del grupo al que nos dirigimos y de las personas con las que estamos trabajando. Si tenemos presente sus circunstancias, podremos adecuar nuestras intervenciones y nos servirá como elemento motivador para sus destinatarios y destinatarias.

Es muy útil que el punto de partida sean sus propias realidades y experiencias, como su entorno, su familia, sus aficiones, sus creencias, sus costumbres, los 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 subsahariana. A menudo desconocemos la forma en que esta población vive y piensa su sexualidad y sus relaciones de pareja. Puede suceder que, aunque las conozcamos, no las entendamos bien o tengamos algunas ideas erróneas al respecto. Si perciben esta ignorancia, podrían dificultarse los aprendizajes significativos y el cambio de actitudes.

Se trata de que perciban que lo que trabajamos tiene que ver con ellos y ellas. El abordaje de temas tan sensibles nos lleva a acercarnos a sus propias realidades, a sus valores, a sus creencias y a sus costumbres, además, para muchas mujeres esta práctica forma parte de su identidad y de su sentimiento de pertenencia al grupo. Han crecido en la convicción 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 y consideran que les aportará beneficios y más posibilidades de casarse y tener descendencia, de modo que evitan 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. No es nada fácil sentirse como personas que, en cierto modo `traicionan´ los valores de su cultura y se alejan de las enseñanzas y tradiciones que han recibido de sus mayores, con la posibilidad real del rechazo y la exclusión por parte de su grupo, y más aún, de su propia familia.

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!”.

También están presentes las desigualdades económicas y sociales entre la población autóctona y la migrante y un pasado, no tan lejano, en el que sus países fueron dominados por diversas naciones occidentales. Muy probablemente la práctica de las MGF no sea lo primero que se les haya cuestionado o criticado en nuestro país, si no que ya se les ha puesto en tela de juicio ideas, creencias o costumbres propias o se les ha rechazado por ello.

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, y que rechacen con firmeza cualquier intento externo de revisión de sus costumbres.

- **TRABAJAR EN COORDINACIÓN CON OTROS Y OTRAS PROFESIONALES**

Nuestro objetivo es trabajar y coordinarnos con el resto de profesionales para el objetivo común: evitar nuevos casos de MGF y atender a las mujeres que ya la han sufrido.

En la prevención de la MGF no sobran profesionales, **todas las aportaciones suman** y el **resultado final** será el trabajo conjunto en la lucha contra las MGF.

- **CONTAR CON LOS Y LAS MEDIADORAS INTERCULTURALES**

Son personas formadas en inmigración, 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 inmigrante y otros agentes sociales, así como administraciones y/o servicios (servicios sociales, recursos públicos o privados, instituciones, etc.). También median entre la población autóctona y la población inmigrante.

Cumplen una función de traducción y manejan claves culturales que

facilitan la comunicación y la transmisión de información y gozan de influencia y ascendente entre la población que comparte su mismo origen, por lo que son de gran apoyo y nos van a permitir que desarrollemos nuestra labor con muchas más posibilidades de éxito.

La situación idónea sería contar con un grupo de mediadores y mediadoras 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 en educación sexual con población migrante. Obviamente, nos acompañará en cada caso el mediador o la mediadora cuyas características se aproximen más a las personas destinatarias de cada intervención concreta.

No siempre podemos contar con un equipo de mediación formado pero, si trabajamos con asociaciones de inmigrantes o similares, es posible que estas mismas entidades puedan facilitarnos el apoyo de un mediador o mediadora intercultural. Existen también asociaciones de inmigrantes o entidades públicas o privadas que cuentan con su propio equipo de personal de mediación intercultural. Será importante ver qué recursos tenemos en nuestra zona y la posibilidad de contar con su colaboración.

No siempre es imprescindible **la mediación**, pero consideramos que es especialmente importante cuando trabajamos con población inmigrante que desconoce el idioma del país de acogida o que lleva poco tiempo. Desde luego, siempre favorece la intervención, pues si dispone de las claves culturales y de la formación adecuada, constituye un valioso modelo para la población destinataria.

Por otro lado, el hecho de vivir en el extranjero puede suponer una oportunidad para el cambio y el abandono de las prácticas tradicionales perjudiciales. Puede ser útil señalar que cada vez más personas han renunciado a esta tradición, tanto en África como entre los propios emigrantes, sin que hayan llegado a perder su identidad.

• TRABAJAR CON LA COMUNIDAD

La prevención de las MGF resulta muy efectiva si podemos trabajar con la comunidad y con el grupo de iguales.

De esta manera, una única intervención llega a más personas y el grupo a su vez, ofrece la oportunidad de hablar conjuntamente, escucharse, preguntarse e intercambiar información sobre temas de los que no hablan porque se consideran tabú o demasiado íntimos, especialmente

en las poblaciones a las que nos estamos refiriendo.

Si además, en la intervención grupal, alguna persona se cuestiona la práctica de las MGF y escucha a otras personas de su comunidad que también lo hacen, su decisión en contra de la



Farmatta Watt, mediadora intercultural en la I Jornada de MGF organizada por UNAF

MGF puede verse fortalecida.

El trabajo con la comunidad nos permitirá que las personas que hayan decidido no practicar las MGF a sus hijas sufran menos presión del entorno y su decisión se traduzca en que dicha práctica, efectivamente, no se realice.

EL 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 mediadoras y mediadores interculturales

Tabla 25. Desempeños de Profesionales según competencias/recursos, actitudes/disposición. Fuente: Elaboración propia.

- **CREAR UN AMBIENTE RESPETUOSO Y DE CONFIANZA**

Hacer trabajos grupales en educación sexual, requiere fomentar la participación para que cada persona encuentre un tiempo para expresarse. Además se debe propiciar un ambiente de apertura de modo que se entienda que la sexualidad o la erótica se vive de distintas formas según los individuos.

Hay personas con más experiencia en la dinámica de un taller, que suelen tomar la palabra y expresar sus opiniones y deseos sin ninguna dificultad delante de otras personas, pero hay otras personas a las que no les resulta fácil hablar en público, y menos aún sobre temas íntimos o relacionados con su sexualidad.

En los talleres y cursos de educación sexual se trabaja mucho en subgrupos, grupos de cuatro o cinco personas a las que se les asigna una tarea que requiere un diálogo (por ejemplo, les pedimos que expongan algunos mitos para que razonen su veracidad o no). Esto promueve la comunicación y el enriquecimiento del grupo, así como la participación de aquellas personas con más dificultad para expresarse. El problema que podemos encontrar es la barrera lingüística, que tendremos que solventar y valorar.

A esto se añade el hecho de los diferentes niveles de conocimiento y experiencia sobre la materia de sexualidad y mutilación genital femenina. En un taller sobre MGF podemos encontrar un crisol de opiniones y sentimientos, motivados por el nivel de apropiación de cierta información sobre los factores de riesgos del origen y etnia, por la vivencia personal de mujeres a las que se les ha practicado la mutilación o no, por la posición ideológica frente a la relación entre la cultura y las prácticas tradicionales, entre otras motivaciones.

Una vez que conozcamos algo más al grupo tendremos ocasión de adaptar en otras sesiones o en entrevistas individuales, los contenidos a trabajar para llegar mejor a esta diversidad. Si en un grupo hay mujeres que nos manifiestan que se les han practicado determinados tipos de mutilación, probablemente debemos adaptar algunos contenidos (por ejemplo, las mujeres con infibulación difícilmente podrán usar métodos como el preservativo femenino o incluso pueden

tener dificultades para que se les coloque el DIU, etc.).

En nuestra experiencia, en los talleres de sexualidad con población subsahariana, 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... que, en definitiva, dialoguen sobre sexualidad y MGF.

Deberemos considerar que, según qué tipo de metodología utilicemos en la sesión, favoreceremos que todas las sexualidades se expresen o que alguna quede relegada. Respetaremos el silencio como opción, pues la escucha es otra forma de participar y aprender, y promoveremos actividades que favorezcan el diálogo o dicha escucha.

Las sesiones de asesoramiento, educación e información sexual realizadas con una sola persona o familia también son valiosas y son especialmente adecuadas en aquellas ocasiones en las que, por ejemplo, existe un riesgo de que se realice la práctica.

Ciertos temas, como la MGF, probablemente requieran más de una sesión para ser abordados porque, incluso dentro de un grupo de personas con el mismo país de origen, podemos encontrar posiciones muy enfrentadas que pueden derivar en conflictos si no se reconducen al diálogo y a la escucha asertiva. Por ello, en un primer momento, tal vez sea más adecuado abordar la MGF con otro tipo de actividades, por ejemplo, con la aportación de la información y el planteamiento de preguntas abiertas a la totalidad del grupo.

- **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 recur-

so 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).

Citamos, a modo de ejemplo, algunos recursos de otras organizaciones/entidades que pueden ser de interés:

- **O' DAM, ONG:** Experiencia pedagógica con las comunicadoras orales o *kanyellengho*: Cambiando las Canciones³⁶.

Esta experiencia pedagógica se centra en el papel relevante de las comunicadoras orales o *kanyellengho*. Ellas forman parte de una red extensa de agentes comunitarios que trabaja también a favor de la erradicación de la MGF.

En muchos lugares de África Occidental, el rol de persona *comunicadora oral* es altamente reconocido. Su presencia es requerida en todos los actos socialmente relevantes: nacimientos, matrimonios, funerales y –también– en el caso de la MGF. Las *kanyellengho* son mujeres reconocidas por su talento en la transmisión de mensajes y conocimiento, en la composición de canciones y por una gran fuerza interior; pueden cantar y bailar desde el amanecer hasta el anochecer “sin probar bocado”, como dicen de ellas.

Los grupos de kanyellengho son formalmente reconocidos, y son formados por mujeres a las que une un vínculo especial, como haber perdido a sus hijos/as. El grupo que canta en este CD se llama “Sankalambaa” y es de Soma, en Lower River Region, de Gambia.

- **MUSAS PERÚ** o Iniciativa de las Mujeres para la Salud Sexual³⁷ es una organización cuya misión es educar y empoderar a personas, a pacientes y profesionales de salud sexual, en temas de sexualidad, género, salud sexual y reproductiva que afecta a las mujeres y la comunidad LGBTI.

La entidad viene desarrollando unas metodologías didácticas muy interesantes para trabajar con vulvas de tela (www.memoriadeunavulva.org) y han publicado un texto de testimonios recogidos en sus talleres: Yo amo mi vulva. Silvia Maza. Dina Cedano. Liz Cabrel. (Compiladoras)³⁸.

- **FUNDACIÓN WASSU:** La entidad ha desarrollado vídeo-documentales, manuales de atención y prevención de la MGF para profesionales, folletos para el trabajo con familias y un Compromiso Preventivo de “No Mutilación”, entre otros³⁹.

- **DIFICULTADES Y RETOS PARA PROFESIONALES**

Enumeramos algunos **retos** que hemos de afrontar para abordar el tema derivados de las principales dificultades en el desarrollo de la labor profesional:

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

En el caso de las niñas y adolescentes, podemos encontrar ciertos riesgos que se acentúan debido a la etapa delicada que están pasando, un tiempo de construcción de la identidad y de fuerte

vinculación con sus padres y madres. Estos riesgos pueden ser los de estigmatización, pérdida de libertad o de vulnerabilidad de su autoimagen como “extraños personajes torturados por sus madres”. 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 las madres y los padres. En el contexto de la migración, las personas inmigrantes 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 estancia en el lugar de acogida, realizará más fácilmente la MGF a sus hijas con el fin de asegurar su supervivencia social si son devueltos a su país de origen, que una familia que está bien integrada y espera 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 la MGF, algunas familias también esperan proteger a sus hijas de la sociedad occidental que pueden considerar como “carente de moralidad”.

2. *En referencia a los y las 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...

Algunos de estos dilemas e inseguridades en el abordaje profesional (Tabla 26) los sintetizamos en una tabla resumen de las principales dificultades y sus alternativas en cada actuación profesional según grupos objetivos de intervención (Tabla 26):

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

Tabla 26. Dificultades y sus alternativas según grupos objetivos de intervención.

Fuente: elaboración propia.

HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO: 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).

Desde la educación sexual, las personas pueden aprender a conocer sus cuerpos, sus deseos, sus expresiones eróticas ya que de la misma forma que no hay dos personas iguales tampoco hay dos sexualidades iguales; a respetar esta pluralidad a través de la concesión del mismo valor a mujeres y a hombres, etc. Una persona que valora la importancia y la riqueza de la sexualidad en su vida y sabe que hay que cuidarla y que se puede aprender, tendrá más posibilidades de disfrutar de su erótica y de sus relaciones, y estará preparada para evitar consecuencias no deseadas: infecciones de transmisión genital (ITG), VIH, embarazos no deseados, abusos... y, por tanto, también tendrá información y claves para cuestionarse las MGF y no permitir que se la practiquen a sus hijas y, en su caso, a sus mujeres.

La educación sexual constituye una herramienta necesaria, privilegiada y útil para el abordaje de la prevención de las MGF y, por ende, la salud sexual. En el ámbito de la sexología, entre las personas que solicitan asesoramiento o servicios de atención, se encuentran también las personas migrantes entre las que podemos encontrar población procedente de etnias y países que practican las MGF. Ello implica tener en cuenta claves interculturales sobre sus vivencias, sus circunstancias, sus necesidades, sus demandas y, por supuesto, sus formas de relacionarse y su sexualidad.

Los centros educativos, espacios juveniles, asociaciones y ONGs, así como los ámbitos profesionales y la población en general, nos 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 otros y otras profesionales.

La salud sexual y reproductiva es entendida como un derecho más dentro del derecho integral a la salud⁴⁰. Además la salud está en interacción permanente con las distintas esferas de la sociedad y el individuo.

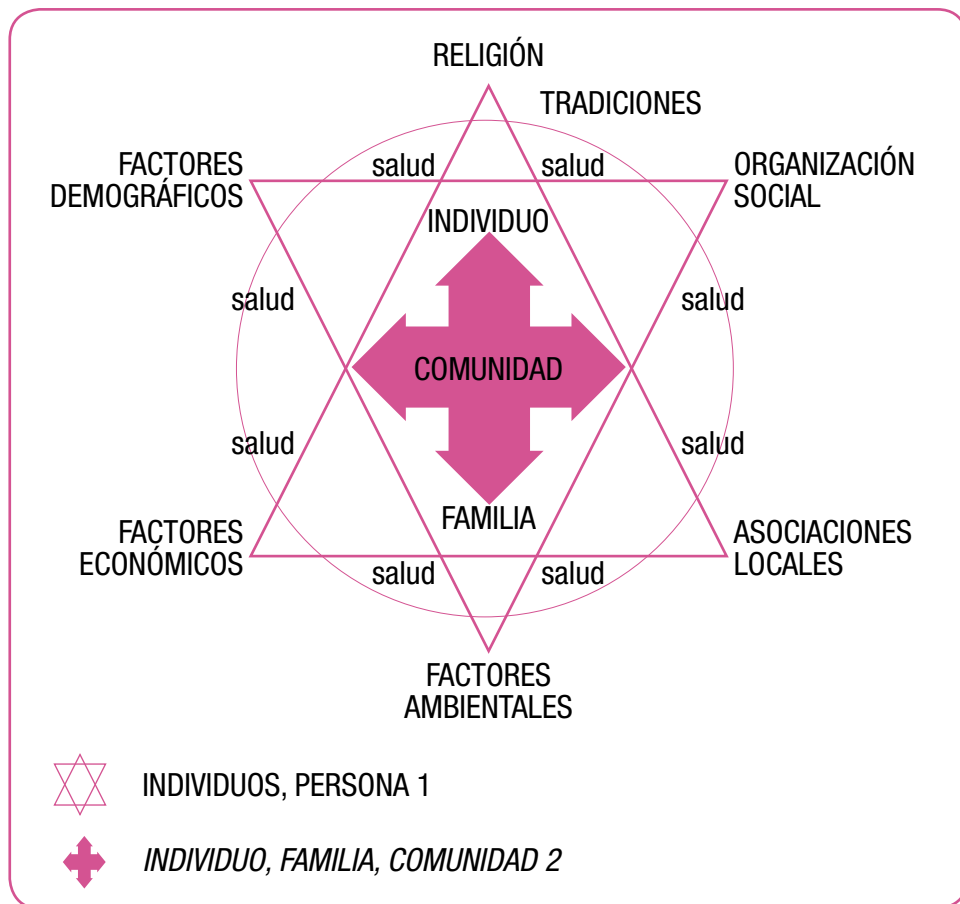


Gráfico 14. Las interacciones de salud y las intersecciones de individuo, familia y comunidad. Fuente: VVAA. (2006). *Enfermería Comunitaria III*. Madrid. Mc Graw-hill Interamericana.

Cuando trabajamos la salud sexual y reproductiva, al tiempo promovemos la igualdad de hombres y mujeres, aspectos decisivos para ahondar en favor de las “no mutilaciones genitales femeninas”.

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

Desde la Conferencia de El Cairo (1994), se trabaja con el concepto de salud sexual y reproductiva que pone especial énfasis en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres y de los hombres. Si bien es preocupación especial la salud materna, se incorpora por primera vez en las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo una visión más amplia de la sexualidad y la reproducción⁴¹.

El análisis de los derechos sexuales y reproductivos (Tabla 27) nos dará una magnífica perspectiva para nuestras intervenciones en la erradicación de las mutilaciones genitales femeninas:

RELACIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	
DERECHOS REPRODUCTIVOS	DERECHOS SEXUALES
Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas	Decidir libre y responsablemente 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	El derecho a la información sobre la sexualidad
	Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, y con el reparto de responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
	El derecho a tener acceso a servicios sanitarios

*Tabla 27. Relación de objetivos de derechos reproductivos y sexuales.
Fuente: Elaboración propia.*

Una educación sexual garantiza la protección ante posibles situaciones o consecuencias no deseadas y una oportunidad para tener una vivencia de la sexualidad y de las relaciones más armoniosa y satisfactoria.

Muchas de las cuestiones abordadas desde la educación sexual constituyen una clave para la prevención de las MGF. Los principales descriptores argumentales en sexología son de capital interés para el trabajo social de la prevención y sensibilización. **UNAF** dispone de numerosos recursos de sexualidad en clave cultural migratoria para profesionales y población migrante en:

WEB: <http://unaf.org/publicaciones/salud-sexual/>

BLOG: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>



BLOG



WEB

De manera sucinta, vemos, a continuación, algunas referencias claves de la sexualidad que implican directamente la práctica de la MGF:

<p>SEXUALIDAD</p>	<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...
<p>DIVERSIDAD Y PLURALIDAD</p>	<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 generen.
<p>SEXUALIDAD Y GENITALIDAD</p>	<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 28. Principales descriptores de sexualidad para abordar la MGF.
Fuente: Elaboración propia.*

En muchos asuntos relativos a la sexualidad, los hombres tienen el poder de decisión en todos los órdenes de la vida, incluida la esfera de la intimidad, máxime en culturas de estructura sociocultural y económica fuertemente patriarcal. Hay un considerable trabajo por

delante para equilibrar las relaciones de género en la sexualidad, entre otros órdenes de la vida desiguales entre los hombres y las mujeres.

Hombres y mujeres son fundamentalmente categorías relacionales, no individuos aislados con unas características físicas concretas. Por ello, asegurar la equidad en esa relación es asegurar también grados de bienestar individual y colectivo.

- **Hablar de Sexualidad y de MGF**

Desde los varones...

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 la MGF se les practica a las mujeres y lo practican mujeres⁴².

Sin embargo, los varones no son en absoluto ajenos a dicha práctica. Ellos consienten y además están inmersos en la lógica de falsos argumentos (Tabla 7) que mantienen la práctica como forma de control y dominio patriarcal. Si se les pregunta a estos hombres en calidad de padres: “entonces, si vosotros decidierais que vuestra hija no va a ser cortada, ¿se respetaría esa decisión?”, la mayoría de los hombres responde afirmativamente, “si yo digo que no se corta a mi hija, entonces no se hace”.

Este tipo de posicionamientos demuestran que la practica puede ser desafiada por los hombres de modo particular aunque es cierto que la presión colectiva tiene que comportar ventajas, que no siempre tienen claro estos varones. La dominación masculina tiene importantes anclajes en el control de la sexualidad de las mujeres y en la certeza de la descendencia patrilineal de una sociedad. De este modo es un gran inconveniente para el cambio de los hombres porque la práctica de la 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 masculinos⁴³.

Desde los llamados profesionalmente “colectivos en riesgo”...

La sexualidad tiene un carácter integral para la persona (Tabla 28), y 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 ITG o riesgo de embarazo no deseado), como ya expresamos con anterioridad. 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 “peligro”, tanto en el ámbito de la sexualidad como de las MGF.

Desde la comunidad...

Muchos de los aspectos de la salud sexual nos prepararán el camino para la prevención de las MGF, ya que afectan directamente a éstas. Así, si cada persona es portadora de información para sí y transmisora para otras, es posible que si un porcentaje importante rechaza la MGF y cuenta con buenos argumentos, otras familias defensoras de la práctica puedan replantearse su postura y contar con apoyos y refuerzos 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, y convertirse en agentes de sus propios cambios y de los de sus culturas.

Desde los y las profesionales...

En el marco de la orientación y la atención profesional tenemos que ir abordando argumentos e información útil al respecto de modo 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.

Desde la familia...

Por último, y no menos relevante, el hecho de tratar con todo tipo de familias sobre sexualidad y de MGF evitará la estigmatización de ciertos colectivos. La *negritización* o *islamización* de la MGF trae consigo efectos poco deseables para los objetivos de erradicación, debido a que las comunidades se sienten atacadas en sus costumbres culturales y se cierran a argumentos que ubican en perspectivas neocoloniales de análisis.

- **Las mujeres y sus genitales**

El reconocimiento de la forma y función de los genitales de mujeres y hombres, la anatomía reproductiva y también la anatomía erógena permite sostener argumentos de peso frente a las MGF.

La educación sexual subraya el reconocimiento de los cuidados integrales del cuerpo: (re)conocerse, aceptarse y apreciar las partes y diversidades de los cuerpos. Y en particular, insistir en ese cuidado y buen trato sin que se excluyan partes consideradas socioculturalmente tabú, como son los genitales⁴⁴.

La MGF es uno de los ejemplos más duros de negación y rechazo colectivo y comunitario hacia los genitales femeninos, con la finalidad de ejercer el control y dominio sobre la sexualidad femenina (reducir el placer, promover la fidelidad o la virginidad...)

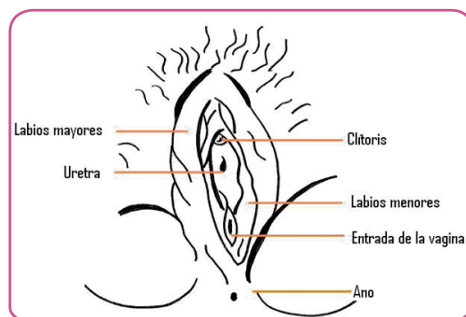
El dominio sobre el cuerpo de las mujeres no es exclusivo de ciertas sociedades no occidentales como se ha querido hacer ver desde sectores neocoloniales⁴⁵.

En las sociedades occidentales, los genitales femeninos también han sido objeto de persecución no sólo simbólica sino, en ocasiones, incluso física. Ya se ha aludido anteriormente⁴⁶ a la huella histórica en Europa o EEUU: existe constatación de cómo en el siglo XVIII y XIX se practicaba la clitoridectomía a algunas mujeres, so pretexto de aliviar la histeria o la epilepsia femenina.

En la actualidad, en muchos 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. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha señalado en diferentes informes que las operaciones de genitales femeninos motivadas por razones estéticas tiene puntos de coincidencia argumental con las posturas responsables del mantenimiento de la práctica de la MGF.

Para superar el desconocimiento de muchas sociedades -incluida la nuestra occidental- respecto a la vulva, facilitamos a continuación una gráfica simplificada de la misma con la que poder explicar la función del clítoris en el orgasmo femenino o el aspecto de unos labios menores, etc. (Gráfico 14):



*Gráfico 14. Vista de la vulva con las distintas partes que la componen.
Fuente: Elaboración propia.*

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.

Las organizaciones feministas y de mujeres han desarrollado **metodologías de empoderamiento personal y colectivo**⁴⁷ **para al aprecio y valoración de los genitales femeninos**, y han visibilizado toda su representación simbólica que lleva en la dominación masculina de las sociedades patriarcales.

Pero no solamente son desconocidas las partes sino también su funcionalidad en la sexualidad. La representación del complejo clitoral (gráfico 15) 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:

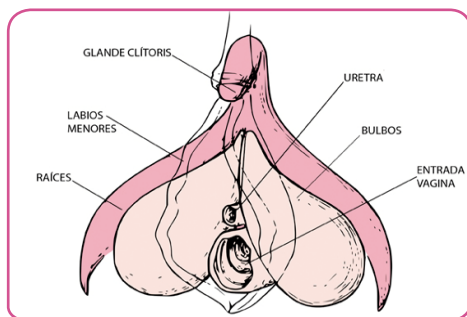


Gráfico 15. Representación del complejo clitoral. Fuente: Elaboración propia.

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 glande del clítoris.

Con la población migrante de colectivos de riesgos en MGF, debemos abordar los mismos objetivos de educación sexual, con la adaptación de la metodología, contenidos y lenguaje a cada grupo.

- **Atención a Mujeres Mutiladas: orientación apropiada a servicios socio-sanitarios y reconstrucción quirúrgica**

Además de prevenir nuevos casos de MGF en las niñas, también es posible que tengamos ocasión de ofrecer orientación y atención a mujeres que ya la han sufrido.

Hay mujeres que no acuden a consulta ginecológica para revisiones preventivas, ni del seguimiento del embarazo. Un ejemplo muy extendido de ello son los casos de mujeres embarazadas que acuden muy tardíamente a los controles médicos, en la creencia de que los

recursos sanitarios sólo se utilizan en caso de enfermedad grave. Se añade a esta circunstancia la falta de experiencia con el sistema sanitario de su país de origen. Así podemos encontrarnos con mujeres que no han acudido jamás a una revisión ginecológica; si ya han sufrido la MGF, no hay seguimiento médico de las consecuencias en su salud y tampoco hay oportunidad de poder trabajar la prevención con sus hijas.

Una parte fundamental del trabajo profesional, consistirá en ofrecer **orientación apropiada y clara para un uso adecuado del sistema sanitario y los servicios de atención en salud sexual y reproductiva disponibles en su zona**, información sobre los mismos y motivación y apoyo para su utilización (en algunos servicios sanitarios se dispone, por ejemplo, de mediadores/as interculturales, y en algunas asociaciones realizan labores de acompañamiento a diferentes servicios sanitarios...)

Los y las profesionales tenemos que saber que algunas de las mujeres a las que se les ha practicado la MGF, declaran que no han perdido la capacidad para disfrutar de sus genitales, ni de alcanzar el orgasmo. Otro asunto puede ser las complicaciones derivadas, difíciles de identificar y atender por la multiplicidad de su etiología y sintomatología (zonas extirpadas, condiciones en las que se le practicó la mutilación y las complicaciones posteriores, la existencia de cicatrices dolorosas, infecciones, etc.). Algunas no sólo han perdido el placer genital sino que padecen dolores y complicaciones diversas.

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 con ello recuperar en lo posible la sensibilidad de la zona y facilitar la excitación y el orgasmo. Pero incluso una reconstrucción quirúrgica sin complicaciones y con un resultado óptimo desde el punto de vista facultativo, no soluciona todos los problemas con la erótica de muchas mujeres con MGF. Existen otras dificultades de carácter social que obedecen a la desigualdad de género: ciertas circunstancias

de la vivencia de la poligamia, la carga exclusiva femenina de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos e hijas, las relaciones eróticas centradas en el coito y con escasas caricias pueden impedir el disfrute o la satisfacción de la mujer en su vida sexual y de pareja.

Ahora bien, la educación sexual y la terapia pueden conseguir que las mujeres encuentren una manera saludable de estar consigo mismas, con las relaciones del entorno.

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'.

4. INTERVENCIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

4.1 Momentos claves que definen la intervención.

Hay tres momentos que van a marcar el tipo de intervención que haremos con la familia que procede de un país de riesgo. En cada momento se recomiendan unas estrategias diferentes, basadas en dos pilares fundamentales:

- 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 tienen un papel destacado en el proceso preventivo.

Proponemos, a continuación, diversos itinerarios de actuación en los tres momentos:

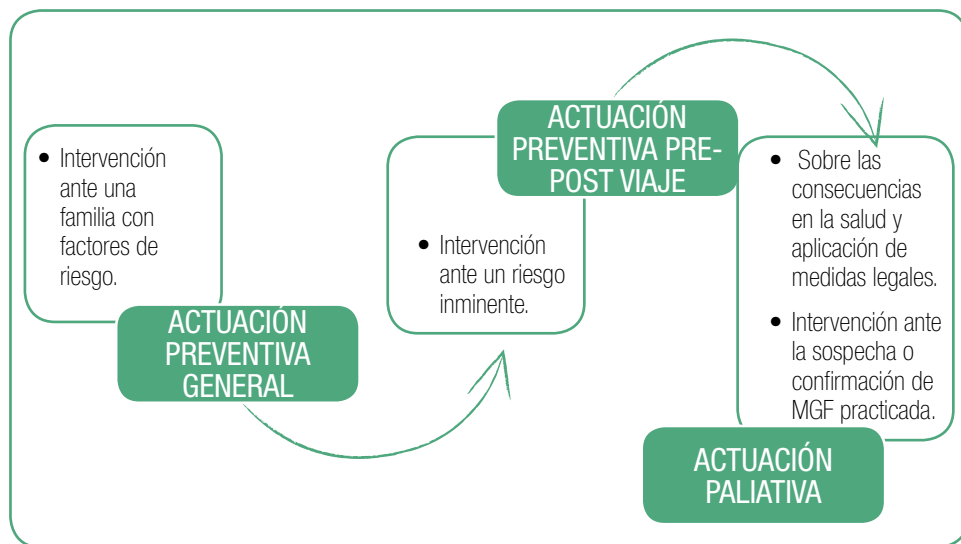


Gráfico 17. Definición de los tres momentos de la intervención. Fuente: Elaboración propia.

• ACTUACIÓN PREVENTIVA GENERAL.

Si tenemos en nuestro recurso o servicio a una familia de riesgo, es conveniente realizar una actividad preventiva general, siguiendo determinadas pautas.

En primer lugar, identificamos si procede de un **país de riesgo o de una etnia** que realice la práctica de MGF. El Mapa de la MGF en el Mundo (Grafico 3) refleja la extensión geográfica de esta práctica, si bien, cabe destacar que sólo en África (prioritariamente la zona subsahariana) 28 países documentan esta práctica tradicional perjudicial.

En cuanto a las etnias entre las que se documentan las MGF podemos señalar principalmente las siguientes: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé (Pular, Tuculer), Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa o Fante, procedentes principalmente de Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry. Algunas etnias que no la practican, serían: Wolof, Serer o Ndiago.

Esta información nos puede ofrecer pistas pero no es totalmente definitiva:

1. Por una parte, debemos 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 la 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. Si sabemos que **en una familia alguna mujer ha sufrido la MGF**, disponemos también de un dato fundamental.
2. 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.

En el caso de que la familia a la que atendemos tenga uno de estos dos factores de riesgo, se recomienda una intervención preventiva general, que puede ser realizada por cualquier profesional y buscaremos siempre el momento más adecuado para su realización. Esta intervención constituirá una estrategia a largo plazo.

• **PRE Y POST VIAJE: .RIESGO INMINENTE**

Actuación preventiva pre-viaje

En el caso de que tengamos constancia de que una familia de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda una actividad preventiva pre-viaje. El viaje puede ser inminente o a corto plazo, y nos podemos enterar directamente porque alguna persona de la familia nos lo comente o porque la menor nos narre las previsiones de la familia sobre el viaje e incluso la práctica de la MGF.

En este momento el trabajo en red es clave (Gráfico 18). Las acciones aquí pueden ser más o menos inminentes, dependiendo de la fecha prevista del viaje, por lo que es fundamental tener identificadas a las profesionales o los profesionales con los que nos tenemos que coordinar.

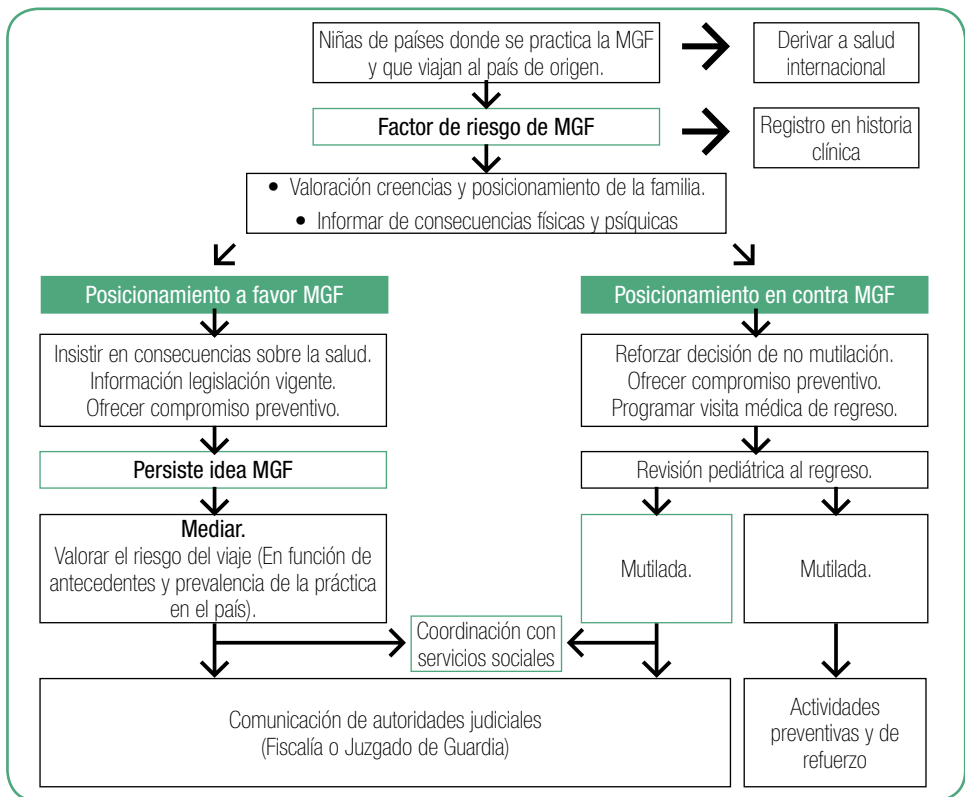


Gráfico 18. Algoritmo 1 de actuación ante viajes al país de origen.
Fuente. Manual de profesionales. GIPE-UAB- F. Wassu.

Por último, tenemos que insistir en una actuación preventiva general con la familia, de forma que podamos tener ya identificado el posible riesgo y haber iniciado igualmente un proceso. El equipo profesional que intervenga en estos casos debe conocer los contenidos y mecanismos de las medidas cautelares que están a disposición en nuestro contexto nacional. A continuación proporcionamos un compendio de ellas:

MINISTERIO DEL INTERIOR	JURISDICCIÓN PENAL	JURISDICCIÓN CIVIL
El MI dicta resolución de prohibición con información a la ciudadanía de los recursos legales contra esta medida.		Procedimiento de jurisdicción voluntaria
<p>1. Prohibición de salida del territorio para evitar que los progenitores trasladen a la menor fuera de España. La medida se dicta ante el riesgo cierto e inminente de la práctica de MGF: artículo 28.2. de la Ley 4/2000, modificada por la Ley 8/2000, y posteriormente la Ley orgánica 14/2003, desarrollado en el artículo 20.2 del RD 2393/2004.</p>	Cuando se haya iniciado un procedimiento de instrucción para la averiguación de la comisión de un hecho delictivo o a propuesta del Ministerio Fiscal, se acuerda la prohibición de trasladar a la menor fuera del territorio español, se puede acordar la presentación periódica de la menor.	<p>1. Competente: juzgado de Familia.</p> <p>2. Motivo: protección de menores.</p> <p>3. Quien solicita: la Fiscalía de menores, la menor, cualquier pariente, el Organismo Tutelar de Atención a la Infancia.</p> <p>4. Medidas: urgentes de protección de tutela.</p>
<p>2. Motivo: razones de salud pública, perjuicio a derechos y libertades.</p>		
<p>3. Quién solicita: Ministerio de Interior a propuesta del delegado de gobierno de la CCAA, subdelegado de gobierno en la provincia, dirección general de la policía, personal sanitario del Sistema Nacional de Salud, personas afectadas.</p>		

Tabla 29. Compendio de medidas cautelares. Fuente: Tabla adaptada de Manual profesionales. GIPE-UAB-F.WASSU.

Actuación post-viaje

Cuando la familia vuelve del viaje la intervención profesional continúa. 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.

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

- Es importante asegurarse de que la familia ha pasado por el centro de salud 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/as profesionales para contrastar la sospecha.
- Si la familia regresa y ha cumplido el compromiso de no mutilar a las niñas es fundamental también el refuerzo positivo.

• **ACTUACIÓN PALIATIVA: SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA**

Durante nuestro ejercicio profesional nos podemos encontrar con situaciones en las que sospechemos o detectemos que una menor o una mujer adulta ha sido mutilada. Antes de que se dé esta posible circunstancia, ya tendríamos que tener identificadas a las y los profesionales y los servicios con quien coordinarnos.

Si la MGF ha sido practicada, habrá que prestar especial atención al tipo de trabajo con la mujer o niña para centrar la intervención, en primer lugar, abordando las posibles consecuencias sobre la salud y paliar las secuelas en la medida de lo posible.

Seguidamente ofrecemos como ejemplo práctico un itinerario de actuaciones si se confirma la realización de la práctica (Gráfico 19):

LA OMISIÓN DEL HECHO PUEDE CAUSAR AL PERSONAL PROFESIONAL IMPLICACIÓN LEGAL

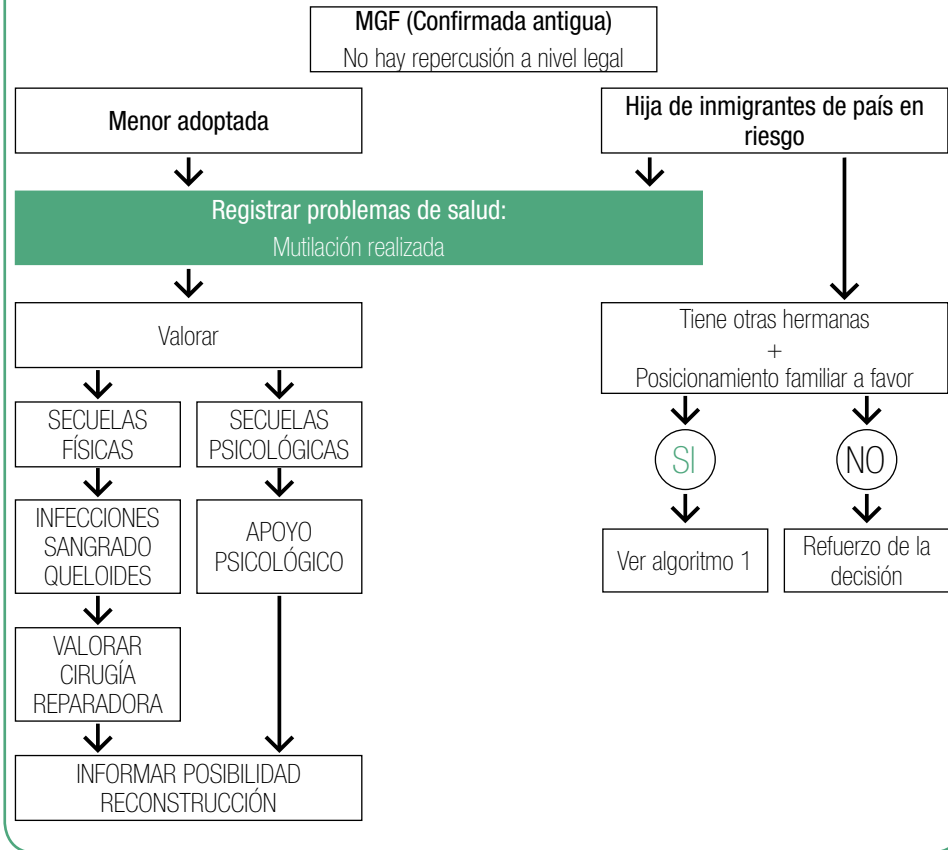


Gráfico 19. Algoritmo de actuación 2 ante casos practicados de MGF.
Fuente. Manual de profesionales. GIPE-UAB- F. Wassu.

Finalmente, compendiamos las actuaciones centrales según el momento de la intervención de este modo:

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, coordinarnos con otros profesionales para contrastar 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 30. Resumen de actuaciones a realizar en cada momento de la intervención.
Fuente: Elaboración propia.*

4.2 Ámbitos de actuación

Tres ámbitos de intervención -sanitario, social y educativo- van a ser abordados de manera prioritaria en las actuaciones de MGF. Las indicaciones que se detallan a continuación, no han sido diseñadas únicamente para profesionales de los servicios públicos (centros de salud, servicios sociales municipales, colegios e institutos, etc.), sino también para profesionales de ONGs, fundaciones y otras entidades que atienden en sus servicios a familias de países de riesgo.

ÁMBITO SOCIAL

Englobamos aquí a todas y todos aquellos profesionales del trabajo social o campos similares, que tienen en común la atención a personas que proceden de países de riesgo, independientemente de que ejerzan su labor en recursos públicos (servicios sociales municipales generales y especializados) o privados (ONGs, asociaciones, fundaciones...).

- **Fortalezas de la actuación desde este ámbito**

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

1. Trabajo directo con familias procedentes de países de riesgo.
2. Usualmente el trabajo es realizado con la persona adulta de la familia (madre o padre), aunque según las características del recurso también se puede trabajar directamente con las menores.
3. Los servicios desde los que se interviene generalmente no son de atención puntual, sino continuada, de forma que las entrevistas de seguimiento permiten generar una relación de vinculación y confianza con la familia, con lo que es posible trabajar el tema de forma paulatina. Se facilita así el marco para la intervención general preventiva, que resulta más sencilla, así como las actuaciones ante la detección de casos de riesgo inminente.

- **Premisas generales de las que partimos**

Los trabajadores y trabajadoras sociales, independientemente del servicio o recurso en el que se desarrolle la labor profesional, juegan un papel fundamental en la prevención general de las MGF y en la detección de situaciones de riesgo inminente.

Este ámbito profesional se encuentra en una situación privilegiada ante la información de fuentes primarias, debido a las características y metodología de las intervenciones (entrevistas, labores de seguimiento a las familias...). Usualmente los y las profesionales del ámbito social cuentan con una buena comunicación y una relación de confianza con la familia, que permite abordar y profundizar en el tema, buscar el momento más adecuado y aprovechar estos encuentros para iniciar la prevención.

Si estimamos que la primera entrevista en la que abordamos la cuestión no ha sido suficiente o no ha resultado enteramente satisfactoria por diversos motivos (interrupciones, la familia no se ha expresado mucho al respecto, opiniones férreas en defensa de la práctica...), podemos propiciar posteriores encuentros en circunstancias más favorables.

Para facilitar el cambio de actitudes y la reflexión de 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 van pensar sobre la información que les hemos facilitado y que nos volveremos a poner en contacto para tratar de nuevo la cuestión. También podemos aportar más información en otro momento o ponerles en contacto con otros profesionales o recursos más adelante.

- **El papel de la mediación intercultural en el ámbito social**

La **mediación intercultural, en todos los ámbitos profesionales, es de extrema relevancia**. Sin embargo, en el ámbito social juega un papel cada vez más destacado por su efectividad y eficacia.

El trabajo conjunto de los y las profesionales sociales y de mediación intercultural está dando muy **buenos resultados**. Por ello

hemos querido elaborar un apartado especial que recoja algunas recomendaciones, extraídas de experiencias que se están llevando a cabo desde hace años en diversas comunidades autónomas (principalmente Cataluña, Aragón y Navarra) y que pretenden facilitar la labor de las mediadoras y los mediadores interculturales.



Mediador intercultural durante un curso de salud sexual para profesionales de UNAF

Recomendaciones de actuación para mediadores y mediadoras y puntos a tener en cuenta en la intervención:

- Las personas a las que 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 realiza, es totalmente confidencial.
- Si queremos pedir algo porque consideramos 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?´, etc.
- 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 mostrar respeto por ella.
- 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 de cara a motivar a la familia para rechazar la práctica podemos facilitar posteriores encuentros, intentando que se den las circunstancias más favorables.
- Intentar derivar posibles preguntas, dudas o necesidades de la mujer o la familia, a las profesionales y los profesionales correspondientes (personal sanitario, profesionales de la abogacía, del trabajo social, del sindicato...) a los recursos adecuados. Frecuentemente esto puede facilitar el 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 que se han tratado.
- A las personas o las familias que se muestren a favor de la MGF les podemos ofrecer algún tipo de acuerdo como, por ejemplo, que durante un tiempo van pensar 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, y lo interesante de poder compartir opiniones sobre el tema, reforzando a la persona por habernos escuchado.
- Registrar la intervención realizada.

Las **actuaciones recomendadas** que podemos prever en el ámbito social se detallan y compendian en la siguiente tabla:

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 Familia que practica la MGF	Acercamiento al tema con la familia Proporcionar información básica sobre la MGF Seguimiento de la persona o familia Coordinación en red con otros y otras profesionales	En qué consiste la MGF en su zona (ritual, tradición de los mayores...) 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 mujeres y niñas. etc. Información sobre las consecuencias legales: nos interesa a 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 Previsión de viaje y de práctica de MGF	Entrevista con la familia Coordinación con servicios sociales y centro de salud Seguimiento de la persona o familia	Preparar a la familia para este momento. 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 Confirmar sospechas de MGF.	Refuerzo positivo compromiso no mutilación.
INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA		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 31. Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito social.
Fuente: Elaboración propia.

ÁMBITO EDUCATIVO

Dentro de este ámbito vamos a incluir a profesionales correspondientes a:

1. La educación formal o reglada: centros de educación infantil, centros de primaria, centros de educación de personas adultas e institutos.
2. La educación no formal: ludotecas, centros de tiempo libre, educación de calle...

- **Fortalezas de la actuación desde este ámbito**

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

1. El trabajo directo con las niñas consideradas pertenecientes a poblaciones de riesgo.
2. En la educación social, el ambiente informal genera más confianza y vínculos con las menores, de manera que facilita una comunicación más fluida y con mayor diversidad de temas.

- **Premisas generales de las que partimos**

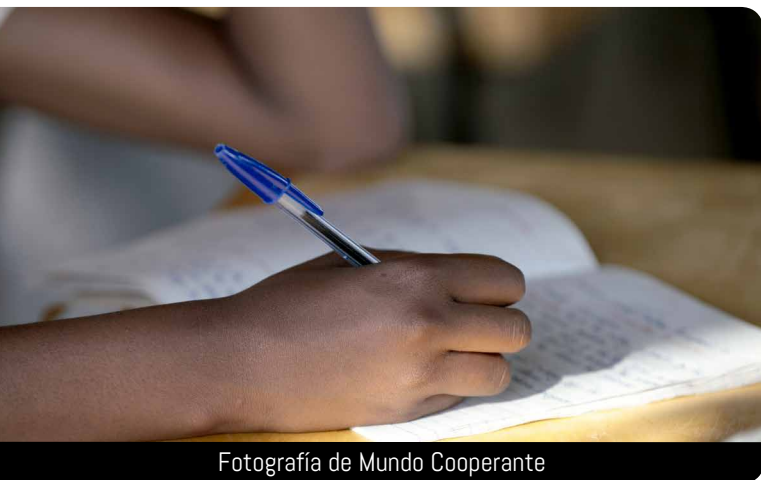
A pesar de las diferencias existentes entre la educación formal o no formal, intentaremos abarcar en este apartado las diversas actuaciones que se pueden realizar desde ambas.

Las personas que trabajan dentro del ámbito educativo pueden desempeñar un papel muy importante en la prevención de las mutilaciones genitales femeninas puesto que **su trabajo se realiza exclusivamente con la población de mayor riesgo: las niñas**. Por ello, es primordial que los y las profesionales posean conocimientos sobre las MGF y argumentos sólidos con los que poder informar y sensibilizar a las familias sobre las consecuencias físicas y legales que conlleva esta práctica.

Como ya sabemos, la prevención se puede poner en marcha en tres situaciones diferentes: intervención preventiva general ante una familia de riesgo, actuación ante un riesgo inminente e intervención ante la sospecha de una MGF ya practicada.

Si un viaje al país de origen de la niña (o al país de origen de los padres si la niña ha nacido en España) constituye un momento de riesgo inminente, un indicio más que nos debería poner sobre aviso es la declaración de la niña de que le van a ofrecer una fiesta de bienvenida. En este caso la coordinación con los y las demás profesionales (servicios sociales y sanitarios) se antoja imprescindible, antes y después del viaje.

Las actuaciones recomendadas que podemos prever en el ámbito educativo, se detallan y compendian en la siguiente tabla:



Fotografía de Mundo Cooperante

ÁMBITO 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, técnica o técnica de infancia, servicios sociales de la zona...)</p>	<p>El tutor o la 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 sociales 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 retomo de la niña. 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 citará 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 32. Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito educativo.
Fuente: *Elaboración propia.*

ÁMBITO SANITARIO

Este apartado está destinado a todos/as aquellos/as profesionales del ámbito sanitario que tienen en común la atención a personas que proceden de países de riesgo en la práctica de MGF, 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 más implicados en la material de MGF en AE: personal de los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría, urgencias y urología.
3. Otros profesionales implicados: personal de los centros de vacunación internacional y de salud mental.

El marco lógico de actuación por programas es: Programa de Salud Infantil (PSI), el Programa de Actividades Preventivas en Salud Sexual y Reproductiva, el Programa de la Mujer, el Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix y el Programa de Vacunación Internacional.

- **Fortaleza de la actuación desde este ámbito**

La AP 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 y padre) 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.

Los servicios sanitarios tienen también la función específica de valorar el grado de afectación física, psíquica y sexual derivados de la práctica de las MGF, para así iniciar el control y seguimiento médico y psicológico correspondiente.

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

- **Premisas generales de las que partimos.**

El conocimiento de esta práctica y su enfoque preventivo desde una perspectiva transcultural, puede representar un modelo de intervención positiva en relación a la integración de los cuidados sanitarios en la población inmigrante. Esta perspectiva centrada en Derechos Humanos, es respetuosa con sus valores y cultura, siendo además efectiva en la eliminación de las consecuencias físicas y psicológicas.

Para profesionales sanitarios, independientemente del servicio al que se pertenezca, es importante hacer especial hincapié en la prevención y en la detección de riesgo inminente por una parte, y en la detección, valoración y tratamiento de las posibles complicaciones, por otro lado.

Los y las profesionales sanitarios deben conocer la población de riesgo asignada a su centro de trabajo, y registrar en la historia clínica la existencia o no de MGF, así como las actividades realizadas en relación a la prevención. Desde la confidencialidad y privacidad de la información obtenida, podemos investigar el problema de la MGF mediante un registro de los casos.

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 parte de la historia reproductiva de la mujer, después de establecer una relación de confianza con la paciente o la familia.

Es especialmente recomendable contar con vías de comunicación entre los servicios de ginecología y de pediatría. Se debería recoger información sobre si la madre está mutilada. Estos datos podrían quedar reflejados en el documento de salud infantil donde constan los datos del embarazo, parto y recién nacido/a.

- **Detección y tratamiento de las complicaciones**

Además de la prevención, los servicios sanitarios tienen la función específica de valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual derivados de la práctica de la MGF. Tras esta valoración se iniciará el control y seguimiento médico y psicológico correspondientes.

Una dificultad que se encuentra es que las mujeres no suelen asociar los problemas de salud y de la sexualidad con la MGF. Este hecho obliga a realizar una búsqueda activa de los síntomas, paralelamente se da información sobre los efectos y consecuencias en la salud de las MGF.

Durante el parto también aparecen complicaciones con más frecuencia en mujeres con MGF comparadas con mujeres no mutiladas, especialmente en los tipos II y III. Estas complicaciones son: mayor necesidad de cesárea, mayor incidencia de hemorragia post-parto, más frecuencia de hospitalización prolongada, aumento del número de episiotomías, mayor mortalidad materna, mayor número de recién nacidos que precisan reanimación al nacimiento y mayor mortalidad perinatal. Por todo ello, uno de los objetivos es evitar los problemas que puedan aparecer durante el mismo si la mujer ha sido mutilada.

Es necesario explicar claramente todos los controles y exploraciones que se realizarán a lo largo del mismo, ya que 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 des-infibulación. 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 que no se realizará una re-infibulación después del parto.

Es importante relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una mutilación con ésta, con naturalidad pero con firmeza, transmitiendo elementos para que puedan replantearse la postura ante la MGF cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.

Las mujeres a las que se les ha realizado la MGF pueden ser más propensas a sufrir trastornos psicológicos o psiquiátricos como ansiedad, somatizaciones, fobias y baja autoestima, que las mujeres sin MGF.



Fotografía de Mundo Cooperante

En ocasiones hay madres en las que puede existir un sentimiento de culpa al posicionarse contra la MGF en la actualidad pero que previamente habían practicado la MGF a alguna de sus hijas. Otras veces son las adolescentes, tanto si han sido mutiladas como si no, las que suelen sentir que se hallan entre dos culturas con valores diferentes. Éstas necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de reconstrucción genital. Por lo que un aspecto fundamental a tener en cuenta por los y las profesionales sanitarios es ofrecer consejo psicológico y la posibilidad de derivar a dichas mujeres a los correspondientes servicios de salud mental.

Otro aspecto esencial sanitario es la sexualidad. Estudios de investigación muestran que las mujeres que han sufrido la MGF presentan una probabilidad 1,5 veces mayor de experimentar dolor durante el coito, experimentan significativamente menos satisfacción sexual y refieren el

doble de veces una falta de deseo sexual comparado con mujeres no mutiladas. Sin embargo, como ya señalamos anteriormente, son muchos los factores que intervienen en la obtención del placer⁴⁸ (Tabla 28).

- **Medicalización**

Pese a que algunas personas han sugerido que la medicalización puede ser el primer paso para el abandono de la práctica, no hay evidencia que soporte dicha expectativa. Es más, se considera que **contribuye a la persistencia y la extensión de la práctica**. Aunque es cierto que puede reducir algunos de los riesgos inmediatos, no lo hace con las complicaciones a largo plazo como las sexuales, psicológicas y obstétricas. Por lo tanto, queda absolutamente excluida la medicalización de estas prácticas desde los servicios sanitarios.

- **Reconstrucción y cirugía genital**

Desde hace más de una década se está comenzando a resolver quirúrgicamente la extirpación del clítoris asociada al tipo I y II de MGF. El resultado de la intervención es una apariencia anatómica de normalidad en los genitales femeninos y, en algunos casos, dependiendo de la gravedad de la mutilación, la recuperación de la sensibilidad del clítoris.

Todos estos elementos pueden contribuir a la mejora de la calidad de la vida de las mujeres con MGF. Hay estudios que demuestran que se ha conseguido la restauración anatómica del clítoris en un 87% de los casos y una mejoría real de la función del clítoris (recuperación de la sensibilidad) en un 75% de las pacientes a los 6 meses de la intervención. Es deseable que antes de la intervención se haga una valoración psicológica de la mujer para considerar las repercusiones en su vida sexual y los beneficios que pueden proporcionar tanto desde un punto de vista funcional como de apariencia anatómica de sus genitales externos.

Es muy importante que la mujer llegue preparada y bien informada al

momento de la operación, ya que le puede suponer la superación de diferentes barreras personales y de pareja, y tiene también que estar preparada para los resultados ya que podrían no ser los esperados.

Las actuaciones recomendadas que podemos prever en el ámbito sanitario, se detallan en la siguiente tabla:

ÁMBITO SANITARIO: ACTUACIONES RECOMENDADAS			
	IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL Intervención ante una familia con factores de riesgo	País y etnia de riesgo	1. Prevención sistemática	Esta actividad 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 la MGF	2. Prevención oportunista	Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF ya realizada para hablar del tema y ofrecer información y consejo sobre ella. Aprovechar la consulta previa a un viaje al país de origen.
		3. 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	PRE VIAJE	Se realiza con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF	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 la MGF a su hija, las consecuencias legales a la familia y la presión familiar que se pueden encontrar. A continuación, les ofreceremos la firma del compromiso preventivo. El COMPROMISO PREVENTIVO es un documento desarrollado para que padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.
	POST VIAJE	Se realiza con la finalidad de evaluar la actividad preventiva	1. A su regreso la familia acude a nuestro servicio Hablar con la familia para intercambiar impresiones sobre el viaje y preguntar cómo ha ido el tema de la MGF. Realizar un examen de salud completo, incluyendo la exploración de los genitales. Si la familia no ha mutilado a sus hijas trabajaremos el refuerzo positivo. Si la familia ha consentido y se ha practicado ya la mutilación de la niña, hay que valorar el grado de afectación física y psicológica producido y poner en marcha las acciones terapéuticas necesarias. Por otro lado, se procede a ponerlo en conocimiento de la autoridad competente, normalmente del Servicio de Protección de Menores.
			2. A su regreso la familia no acude a nuestro servicio 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. Una vez localizada se procederá a realizar lo expuesto en las líneas anteriores. En caso de no acudir se alertará a los Servicios de Protección de Menores.

ÁMBITO SANITARIO: ACTUACIONES RECOMENDADAS

	IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA	Indicadores de sospecha de que a la niña se le puede haber practicado una MGF	Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica Incumplimiento de la visita pactada después del viaje	La comprobación de una 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. Cuando confirmemos una MGF, el primer objetivo será valorar el grado de afectación física y psicológica ocasionado y proponer las medidas correctoras oportunas incluyendo si fuera necesario, la cirugía reparadora. Posteriormente se debe denunciar el hecho a las autoridades competentes.

*Tabla 33. Síntesis de actuaciones recomendadas para el ámbito sanitario.
Fuente: Elaboración propia.*

4.3 Buenas Prácticas

- **UNAF: NUESTRA EXPERIENCIA**

UNAF, pionera en transferencia de conocimientos a profesionales y poblaciones en riesgo de MGF, acopia también 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.

Las Mutilaciones Genitales Femeninas, como hemos venido señalando en todo el documento guía, no tienen una única y definida respuesta profesional y comunitaria. Su abordaje ha de hacerse desde una perspectiva global e interdisciplinar, capaz de captar todas las facetas que



que

implica el problema de MGF: aspectos sanitarios, educativos, sociales y legales.

Para ello, precisamos no sólo reflexionar y evaluar permanentemente nuestra práctica profesional y organizativa sino recopilar las buenas prácticas de otras entidades con las que trabajamos en coordinación para tejer sinergias y aunar esfuerzos. La consecución de los objetivos de descenso y de erradicación de la MGF depende también de aprender unas entidades de otras.

Buenas prácticas: un conjunto coherente de acciones que han rendido buen o incluso excelente servicio en un determinado contexto y que se espera que, en contextos similares, rindan similares resultados.

BUENAS PRÁCTICAS EN UNESCO, EN EL MARCO DE SU PROGRAMA MOST⁴⁹ (MANAGEMENT OF SOCIAL TRANSFORMATIONS)	
¿Qué se considera buenas prácticas?	¿Por qué es importante identificar, reunir y difundir las buenas prácticas?
1. Innovadoras, desarrollan soluciones nuevas o creativas.	1. Permiten aprender de las y los otros.
2. Efectivas, demuestran un impacto positivo y tangible sobre la mejora.	2. Facilitan y promueven soluciones innovadoras, exitosas y sostenibles a problemas compartidos
3. Sostenibles, por sus exigencias sociales, económicas y medioambientales pueden mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos.	3. Permiten tender puentes entre las soluciones empíricas efectivas, la investigación y las políticas.
4. Replicables, sirven como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones en otros lugares.	4. Proporcionan orientaciones excelentes para el desarrollo de iniciativas nuevas y la definición de las políticas

Tabla 34. Criterios de Buenas Prácticas según UNESCO-MOST.
Fuente. Elaboración propia.

A los criterios de buenas prácticas que hemos recogido en la tabla 34, se van a describir, en este documento, una serie de experiencias de otras entidades afines a UNAF, acciones que han supuesto una

maduración organizativa y profesional para UNAF en materia de MGF.

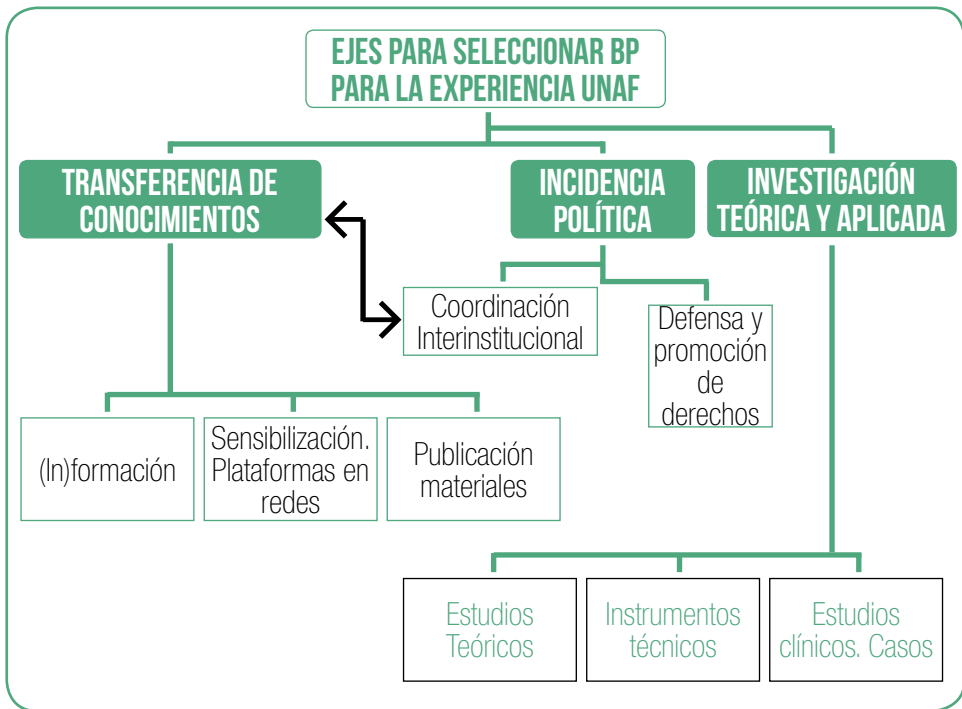


Gráfico 20. Ejes y contenidos para seleccionar buenas prácticas para la experiencia profesional y organizativa de UNAF. Fuente: Elaboración propia.

La progresiva llegada de población inmigrante a España, proveniente de países o etnias que practican la MGF, unido a la deficiencia en información, formación y habilidades técnicas sobre ésta de gran parte de profesionales de nuestro país, ha hecho emerger, de un lado, programas de formación y sensibilización y, de otro, 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 campañas de información, en acciones de sensibilización a diferentes poblaciones objetivos y de formación para profesionales y familias en riesgo.

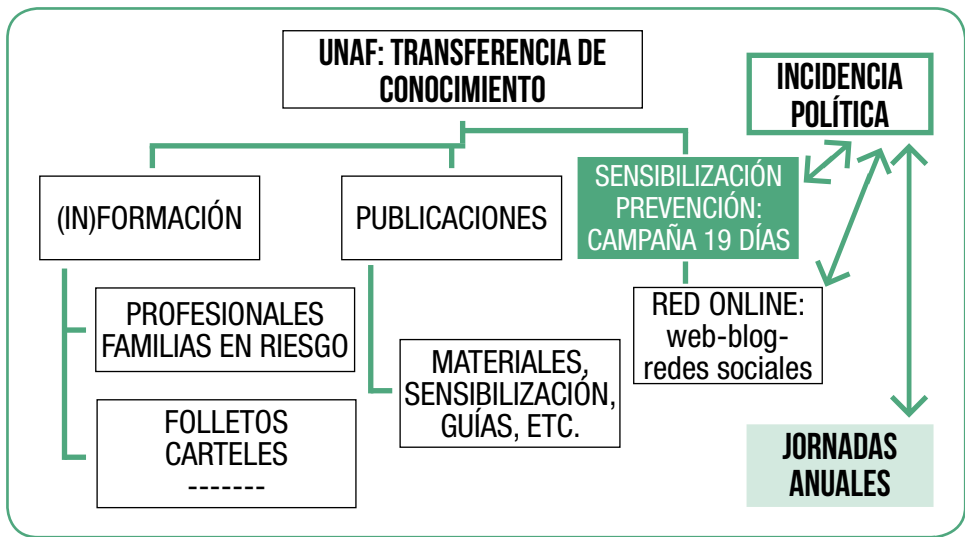


Gráfico 21. Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de UNAF en MGF. Fuente: Elaboración propia.



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (I)

<http://unaf.org/salud-sexual/prevencion-de-la-mutilacion-genital-femenina>



Con el apoyo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través del Fondo Europeo para la Integración, la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) puso en marcha en 2011 un nuevo programa para prevenir la mutilación genital femenina entre la población inmigrante que reside en España. El programa tiene como objetivo llevar a cabo una intervención lo más global posible que incluya la concienciación, información y sensibilización de profesionales y órganos de gobierno respecto a la mutilación genital femenina; y la intervención con población inmigrante en riesgo de mutilación o mutilada. 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:

Talleres de prevención de la mutilación genital femenina con población inmigrante. Dirigidos a las personas inmigrantes tienen una duración aproximada de entre dos y tres horas, según la disponibilidad de los/as 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, ajustan los contenidos a las características de cada grupo de intervención. Se realizan en cualquier punto de España sin ningún coste para las 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 inmigrantes de ambos sexos.

Cursos de formación para profesionales de prevención e intervención ante la mutilación genital femenina. Los y las profesionales de 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.

Esta formación tiene como objetivo principal 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 la mutilación genital femenina.

Los cursos se plantean con una duración de entre 4 y 8 horas, se llevan a cabo en cualquier localidad del país y pueden albergar entre 20 y 30 personas participantes. Son totalmente gratuitos para los/as destinatarios/as y las entidades con quienes se organizan. Incluyen la entrega de materiales y documentación referentes a la temática tratada.

Cursos de formación para mediadores y mediadoras interculturales procedentes de los lugares de origen en los que se mantiene la práctica de la mutilación genital femenina.

Estos mediadores y mediadoras son claves desempeñando tareas de traducción, en los talleres formativos que lo requieren, y sobre todo aportando claves e información útil en todo trabajo para la erradicación de las mutilaciones genitales femeninas que se lleva a cabo con la población inmigrante.

La formación tiene como objetivo capacitarles para desarrollar sus labores de mediación especializándoles en el tema de la MGF, incluyendo temas relacionados con la prevención, la atención, la salud en general y la salud sexual en particular, así como estrategias de actuación y de educación de pares.

Es totalmente gratuito y se desarrolla a lo largo del año atendiendo a las necesidades y la disponibilidad de los y las posibles participantes.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (II)

<http://unaf.org/salud-sexual/prevencion-de-la-mutilacion-genital-femenina>



Cursos on-line sobre prevención e intervención ante la mutilación genital femenina para profesionales. Con el objetivo de llegar al mayor número posible de profesionales, especialmente a aquellos y aquellas con 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 gratuito.

Jornadas sobre prevención e intervención ante la mutilación genital femenina⁵⁰. Celebradas en 2012 y en 2013 se busca abordar el tema de la MGF tanto desde la realidad de nuestro país como de lo que está sucediendo en los lugares de origen y en otros espacios internacionales. Para ello se cuenta con la colaboración de diversas entidades, personas expertas, profesionales y activistas internacionales que trabajan en el tema de la MGF, 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 sobre los que operamos las organizaciones sea más efectivo (Gráfico 20).

Comunicación.

- **REDES SOCIALES:** BLOG/Facebook: Salud sexual en clave cultural⁵¹; Twitter: @saludsexcultura.
- **Difusión a Medios de Comunicación.**
- **Campañas, como la CAMPAÑA 19 DÍAS DE ACTIVISMO PARA LA PREVENCIÓN: ABUSO Y VIOLENCIA CONTRA NIÑOS –JÓVENES. FUNDACIÓN CUMBRE MUNDIAL DE LA MUJER**⁵².

Otras actividades.

- **Asesoramiento e información** a todas aquellas personas que los solicitan así como a entidades, organizaciones e instituciones que lo desean.
- **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.

Participación en foros, jornadas, congresos, conferencias, mesas... , que nos solicitan.

Desde UNAF tratamos de acercarnos a familias y mujeres procedentes de etnias en las que la mutilación genital femenina se practica en la actualidad para concienciarles sobre los riesgos que supone esta práctica e informándoles de las consecuencias que tiene para su salud y la de sus hijas; así como de la situación legal en España.

Material de sensibilización: Elaboración y distribución de los siguientes materiales:

Guía para profesionales *La mutilación genital femenina en España. Prevención e intervención*, *Tríptico de prevención: Información para la salud de mujeres y niñas* (castellano, inglés y francés), *Guía de recursos de mutilación genital femenina*.

Tabla 35. Resumen de la principales actuaciones del Programa de MGF de UNAF.
Fuente: Elaboración propia.

La puesta en valor y visibilización de las iniciativas de otras entidades sociales, consideradas como buenas prácticas, conforma también una potente estrategia para el refuerzo y la generalización de las mismas. Por ello, UNAF hace acopio, a continuación, de las buenas prácticas de otras entidades del entorno profesional de la MGF en España.

- **FUNDACIÓN WASSU-GIPE-UAB**

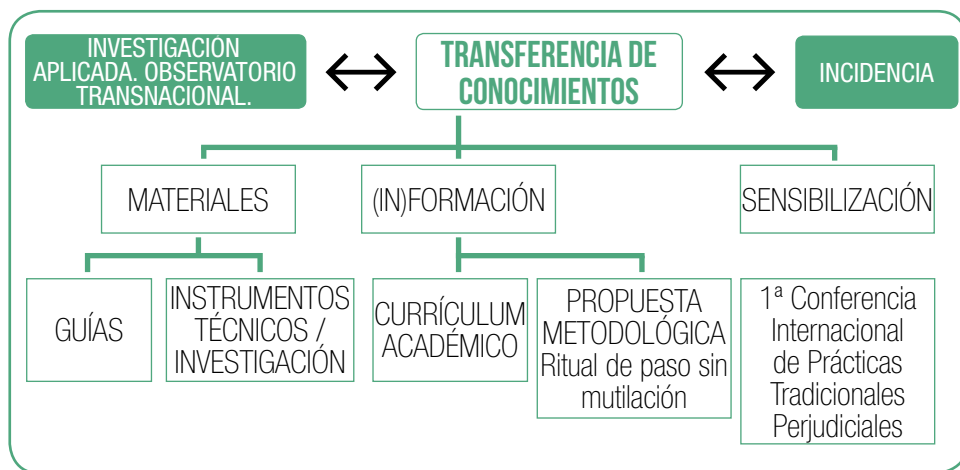


Gráfico 22. Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de WASSU-GIPE-UAB. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la web de F. Wassu-GIPE-UAB.

La Fundación WASSU-UAB es una organización de vocación internacional, pionera en España en el trabajo de investigación y prevención de las MGF. Pertenece a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y la dirige la Profesora Adriana Kaplan, antropóloga y directora de la Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento. Cuenta con el:

Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a nuevas estrategias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina, **con dos bases de investigación**, una en España y otra en Gambia, uno de los países con mayor prevalencia de MGF (78%), cuyas mujeres inmigradas presentan la tasa de fecundidad más alta de España.

En España, el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB, integrado por profesionales de la salud y las ciencias sociales.

En Gambia, la ONG contraparte Wassu Gambia Kafo, que promueve el desarrollo y la cooperación entre la República de Gambia y España en materia de Salud, Investigación y Educación.

Investigación - Encontraremos información muy útil sobre la investigación acerca de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP) y sobre la realidad de la práctica de la MGF y sus consecuencias para la salud de mujeres, niñas y recién nacidos.

Formación. El GIPE/PTP ofrece formación continuada para la prevención de la MGF a profesionales de distintos ámbitos, principalmente salud, servicios sociales y educación, entre otros. Los talleres se organizan en función de las necesidades del público al que va dirigido (modalidades de 2, 4, 8 o 20 horas) en los que se proporcionan a los profesionales, conocimientos, herramientas y alternativas para poder trabajar con las familias, desde el conocimiento, el respeto y la sensibilidad.

Recursos para profesionales. Fundación nos ofrece también materiales educativos multimedia: vídeos documentales, manuales de atención y prevención de la MGF para profesionales, folletos para el trabajo con familias subsaharianas

Tabla 36. Resumen de la principales actuaciones del Programa de MGF de WASSU-GIPE-UAB. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la web de WASSU-GIPE-UAB.

UNAF destaca algunas líneas de trabajo de investigación aplicada de GIPE-UAB-WASSU, especialmente relevantes para los escenarios de reflexión y análisis prospectivos de sus programas:

1. La elaboración de MAPAS GLOBALES y DE ESPAÑA⁵³ de prevalencia de MGF basados en datos demográficos.
2. La investigación en CASOS CLÍNICOS, METODOLOGÍA ALTERNATIVAS: rituales alternativos de paso a la edad adulta⁵⁴.
3. Materiales educativos.

4. Encuentros en conferencias. I Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales⁵⁵.

• **MÉDICOS DEL MUNDO**

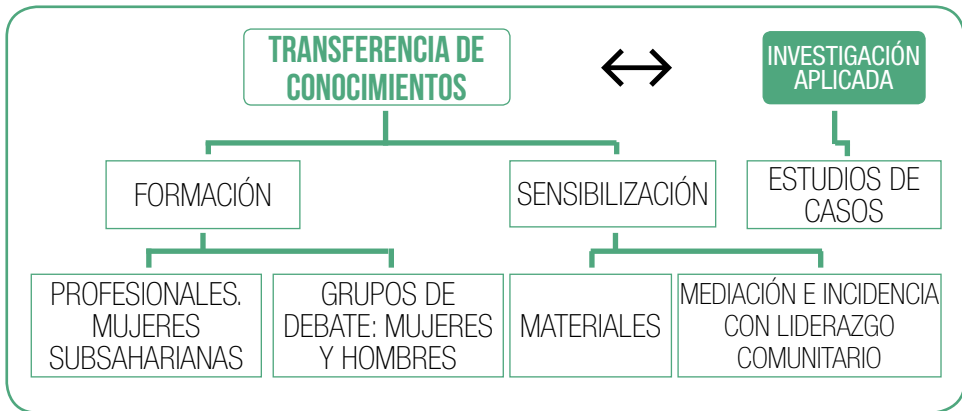


Gráfico 22. Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de Médicos del Mundo. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la web de MdM.

Del amplio trabajo de Médicos del Mundo en MGF, que se relaciona a continuación en este apartado, destacaremos de manera especial dos aspectos vehiculares para UNAF:

- La relación prolongada en el tiempo con MdM Aragón, organización a la que le debemos los primeros pasos de UNAF en este campo de las MGF.
- La iniciativa de MdM Madrid de introducir en sus actividades el *Diagnóstico sobre la situación de MGF en la Comunidad de Madrid*⁵⁶, elaborada en 2012.

PROGRAMAS PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

<http://www.medicosdelmundo.org>



Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanitarias.

La ONG Médicos del Mundo, lleva desde 2007 trabajando y desarrollando programas en el territorio nacional para **el abordaje de la MGF de manera integral**, tratando de paliar sus implicaciones físicas, psíquicas, sociales y legales, siempre desde una perspectiva de respeto a la identidad cultural de los pueblos.

En Médicos del Mundo se plantean el abordaje de la problemática de la MGF incidiendo sobre sus implicaciones físicas, psíquicas, sociales y legales. Para ello abordan el problema analizando directamente la MGF en las mujeres afectadas a través de personas mediadoras pertenecientes a su cultura.

Desde Médicos del Mundo se trabaja fundamentalmente con las siguientes líneas de intervención:

Organización de grupos de debate y talleres con mujeres de origen subsahariano, que tienen su eje central sobre la prevención de la MGF, aunque abordan en primer lugar temáticas de salud materno-infantil, género y derechos humanos o interculturalidad para, de esta manera, asegurar un clima de confianza y un ambiente favorable.

Realización de grupos de debate con hombres provenientes de los mismos países de origen. Se ha identificado que el colectivo masculino tiene gran parte del poder de decisión dentro de la familia sobre esta práctica, y por tanto es importante sensibilizar también a los hombres para promover cambios en los comportamientos, actitudes y prácticas dentro del fenómeno de la MGF.

Contacto con personas con liderazgo comunitario y religioso y con asociaciones de inmigrantes como potenciales facilitadores para promover un cambio real en este colectivo. En este sentido, se organizan reuniones de coordinación con entidades africanas en diferentes municipios con el fin de coordinar la estrategia para sensibilizar y capacitar al colectivo de hombres y mujeres en la prevención de MGF y se llevan a cabo charlas y talleres de formación y sensibilización.

Sensibilización de colectivos profesionales del ámbito de la salud, de la educación y de la judicatura así como de los servicios sociales de las diferentes ciudades, sobre la importancia de un trabajo multidisciplinar e intercultural, con talleres, charlas y debates.

Desarrollo de actividades de sensibilización sobre prevención de la MGF, como la elaboración de documentales y videos tales como el de Sinim Mira: *Pensando en el mañana*, producido en Navarra, o *Bref*, realizado en Catalunya.

Tabla 37. Resumen de las principales actuaciones del Programa de Médicos del Mundo en MGF. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la web de MDM.

- **OTROS APORTES EN INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE PROTOCOLOS Y REGISTRO: CCAA. AEPAP**

Por último, queremos subrayar también como buenas prácticas los esfuerzos de administraciones autonómicas y de asociaciones profesionales en compartir instrumentos técnicos de trabajo que permiten ganar en eficiencia, eficacia y calidad en las intervenciones profesionales.

A modo de ejemplo, señalamos aquí el **modelo de notificación de Navarra y el compromiso de prevención o declaración jurada**, entre otros, que podemos encontrar en los diferentes materiales sobre la cuestión que hemos ido señalando a lo largo de este documento guía.

**PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS TÉCNICOS CCAA (CATALUÑA, ARAGÓN Y NAVARRA). AEPAP
EJEMPLO 1. MODELO DE NOTIFICACIÓN: PROTOCOLO DE NAVARRA (CARA 2)**

INDICADORES DE LA MENOR

FÍSICOS	COMPORTAMENTALES

INDICADORES EN MADRE/PADRE	RELACIÓN PRESUNTO MALTRATANTE Y MENOR

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ENVIAR NOTIFICACIÓN A:

FECHA:

HORA:

FIRMA Y SELLO:

Tabla 38. Ejemplos de instrumentos técnicos para mejorar la calidad de la intervención 1: Notificación. Fuente: Protocolo de Navarra.

EJEMPLO 2. DOCUMENTO “COMPROMISO DE PREVENCIÓN” O “DECLARACIÓN JURADA”

o que permite que los padres/madres puedan reforzar su decisión de no realizar la MGF a las hijas, frente a la presión de las comunidades en los países de origen

Desde La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, se proponen los siguientes aspectos a tener en cuenta para la prevención y tratamiento de la MGF:

- Prevenir desde el nacimiento. Aprovechar las visitas de salud y las consultas para explicar las consecuencias médicas y psicológicas en nuestra sociedad.
- Valorar con suma delicadeza en la primera visita y en los controles de salud los genitales infantiles. Anotar en la historia si vinieron ya mutiladas para no culparles más tarde.
- Avisar, especialmente en vísperas de su viaje de vacaciones, de las consecuencias legales que eso supondría.
- Presentar ante ambos padres e invitarles a firmar el documento adjunto (*) en el cual se avisa del castigo legal si, a la vuelta de su viaje o en cualquier momento, se descubriera que la niña ha sido mutilada.
- EL compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil
- Se debe realizar notificación urgente al Servicio Especializado de Protección de Menores en caso de negativa a firmar el compromiso preventivo, o que no esté claro que no la vayan a realizar, o no saber cómo abordarlo, o que tras el retorno del viaje no acudan a la revisión pediátrica
- Si desde pediatría se detecta la práctica de una MGF reciente a una niña, se elaborará el correspondiente parte de lesiones, se remitirá al Juzgado y se comunicará al Servicio Especializado de Menores. La ley obliga a la denuncia y está penado el no hacerlo

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

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

Nombre:	Fecha de nacimiento:	País al que viaja:

Acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país, (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.

La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.

Por todo ello:

1. **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.
2. **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
3. **ME COMPROMETO** a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar sumutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje,

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

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

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña Firma. Pediatra/ Médico

Tabla 39. Ejemplos de instrumentos técnicos para mejorar la calidad de la intervención 2: Compromiso de prevención. Fuente: AEPAP.

5. NOTAS AL PIE

1. Según los datos del Mapa Global de *Mutilación Genital Femenina 2012* elaborado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) en la Universidad Autónoma de Barcelona (Gráfico 3), podemos ver la documentación de la MGF en otros espacios continentales diferentes al contexto africano. A diferencia de Oriente Medio y algunas comunidades indígenas de América Latina, los casos en EEUU, Canadá y Europa están motivados por dinámicas migratorias.
2. UNICEF (2013): Nueva York. *El informe Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio*.
3. LOZANO CARO, I. (2009): *Cuenta atrás 2015. Compromisos adquiridos en la CIP El Cairo. Agenda Española*. Federación de Planificación familiar de España.
4. *Ibidem*.
5. Ampliación de información sobre la situación en el Gráfico 5. Mapa de Mutilación Genital Femenina en España 2012.
6. Amnistía Interenacional: *Violencia contra las mujeres y las niñas* en <http://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas/>
7. NAREDO, M. (2013): *Violadas y expulsadas. Entre el miedo y la desprotección. Mujeres migrantes en situación irregular frente a la violencia sexual en España*. Fundación ASPACIA. Open Society Foundations.
8. Amnistía Internacional (2009): *Una vida sin violencia para Mujeres y Niñas. Otras víctimas de Violencia de Género: Violencia sexual y Trata de personas*.
9. ONU (2011-2012): *El progreso de las mujeres en el mundo* en <http://www.progress.unwomen.org/pdfs/SP-Report-Progress.pdf>
10. Amnistía Internacional (2012): *¿Qué justicia especializada?. A siete años de la Ley Integral de Violencia de Género. Informe de Amnistía Internacional* en <http://www.es.amnesty.org/paises/espana/violencia-de-genero/>
11. *Ibidem*.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008): *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency statement*. en <http://www.who.int/>

13. HIRSI ALI, A. (2007): *Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas*. Barcelona, Ed. Debolsillo.
14. La MGF es practicada por personas de religión musulmana, cristiana y judía. Véase el caso de las mujeres judías falashas de Etiopía o las cristianas de Egipto. Así mismo, existen países de población mayoritariamente musulmana que no la practican (Marruecos, Turquía, Argelia, Túnez, Arabia Saudí, entre otros).
15. 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 también forman parte del IAC.
16. Medicusmundi Andalucía (2008): *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
17. Ampliación de información en la Tabla 3. Tipos de Mutilación Genital Femenina.
18. Prevalencia: medición, proporción de personas que han sufrido la MGF con respecto al total de la población.
19. KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2010): *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Antropología Aplicada 1*. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona.
20. DANDASH K. F, REFAAT A. H, EYADA M. (2001): “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.
21. Traducción y adaptación de O'DAM ONGD, en *Erradicación de la MGF. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación al Desarrollo*. 2013.
22. SEN, A. (2007): *Identidad y violencia. La ilusión del destino*. Katz Editores.
23. “MGF e Islam, Corán, Sharia y Hadihs: Declaraciones y perspectivas desde el mundo islámico” de BOJANG-SISSOHO, Amie, DIBRA, Omar, TOURAY, Isatou, en O'DAM: *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo*. Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coords.). La Estafeta Ediciones. 2013.
24. PARDOS MARTÍNEZ, L.C., LOSADA CASTRO, C., MORENO SÁNCHEZ,

- J., DIJIBI DIA, A., GEREW, I. SANDAY CEESAY, B. (2012): “Prevención e intervención ante la MGF: Una aproximación del ámbito social, sanitario y educativo” en *La MGF en España. Prevención e intervención*. UNAF.
25. UNICEF (2005): *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación y mutilación genital femenina*. Centro de Investigaciones de Innocenti Digest de UNICEF.
26. 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.
27. Para ampliar los aspectos teórico-prácticos de estos ejes, consultad los contenidos del apartado 4.1 y 4.2 de esta guía.
28. Para ampliar información sobre protocolo de Aragón, http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf
29. Para ampliar información sobre protocolo de MGF en Cataluña en http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20s/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf
30. Para ampliar información sobre protocolo de Navarra en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>.
31. Para ampliar sobre el papel de profesionales de la mediación intercultural y las recomendaciones para su desempeño laboral, se puede consultar el apartado 4.2. de esta guía.
32. FERNÁNDEZ JUAN, Amelia et al. (2008): *Guía para incorporar el Enfoque Basado en Derechos Humanos en las intervenciones de Cooperación para el Desarrollo*. Madrid: IUDC. Universidad Complutense de Madrid.
33. *Ibidem*.
34. O'DAM (2013): *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo*. Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coords.). La Estafeta Ediciones.
35. *Ibidem*.
36. Para conocer la experiencia y disponer de los materiales didácticos en <http://www.odamongd.org/node/1100>

37. Para conocer la experiencia y disponer de los materiales didácticos en www.musasperu.org
38. www.vulvalucion.org
39. Para disponer de los materiales didácticos en <http://www.mgf.uab.cat/esp/index.html>
40. 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) (Tabla 9).
41. LOZANO CARO, I. (2009): *Cuenta atrás 2015. Compromisos adquiridos en la CIP El Cairo. Agenda Española*. Federación de Planificación familiar de España.
42. Más información sobre quiénes y a quiénes se practica la MGF, se puede consultar el apartado 2.2. de este documento.
43. Para ampliar contenidos sobre los desafíos de los varones en los procesos de cambio de la MGF, se puede consultar en el apartado 2.4. de este documento.
44. 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>
45. DOLORES, J. Reseña de “Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios de María Cristina Álvarez”. Athenea Digital. Primavera 005. Universidad Autónoma de Barcelona. 2004.
46. Para ampliar contenidos sobre orígenes históricos de la MGF, se puede consultar el apartado 2.2. de este documento.
47. Referencias bibliográficas para trabajar con vulvas de telas y materiales pedagógico “vulvalucionarios” en <http://www.musasperu.org>; <http://www.vulvalucion.org>; <http://www.memoriasdeunavulva.org>
48. Para ampliar este argumento de integralidad de metodologías para la obtención y recuperación del placer erótico en las mujeres con MGF, se puede consultar el apartado 3.2. Herramienta para el cambio: la educación sexual de este documento.
49. MOST es un programa de la UNESCO que promueve investigaciones

internacionales comparadas y relacionadas con la formulación de políticas sobre las transformaciones sociales contemporáneas y sobre temas de importancia mundial. Creado en 1994.

50. Para ampliar sobre el desarrollo y conclusiones de las Jornadas Estatales celebradas y organizadas por UNAF en: <http://unaf.org/formacion2/formacion-presencial/jornadas>
51. Para ampliar contenidos del blog en: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>
52. UNAF forma parte de las organizaciones que se suman a la campaña. Más informaciones en <http://19days.woman.ch> y en <http://www.youthengage.com/>
53. La Fundación WASSU-GIPE-UAB ha autorizado generosamente la reproducción de los mapas globales y nacionales de prevalencia para este documento. Para acceder a todo el material en: http://www.mgf.uab.cat/esp/investigación_aplicada.html
54. La “Iniciación sin mutilación”, según el criterio de la Fundación Wasu-GIPE-UAB, es “propuesta metodológica de rito alternativo, conservando la función cultural de otorgar identidad étnica y de género, pero excluyendo la lesión de los genitales. El objetivo es implementar una nueva estrategia para el abordaje de la MGF, basada en la investigación, la sensibilización, la prevención y el empoderamiento, para que sean las mujeres, y sus comunidades, quienes asuman propuestas alternativas que eviten la mutilación. Se busca salvaguardar el derecho fundamental a la integridad física y psíquica conciliando esta perspectiva con el respeto a las tradiciones”.
55. Para ampliar proceso y conclusiones en: http://www.mgf.uab.cat/esp/transferencia_del_conocimiento.html
56. <http://www.medicosdelmundo.org/blogosfera/comunidaddemadrid/2013/02/15/se-presenta-el-trabajo-sobre-la-situacion-de-la-mutilacion-genital-femenina-en-la-comunidad-de-madrid>

6. BIBLIOGRAFÍA / WEB

- Amnistía Internacional: *Mutilación Genital Femenina. Plan de acción para los gobiernos* en <http://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/mutilacion-genitalfemenina/plan-de-accion-para-los-gobiernos/>
- Amnistía Internacional (2009): *Una vida sin violencia para Mujeres y Niñas. Otras víctimas de Violencia de Género: Violencia sexual y Trata de personas* en <http://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas/>
- Amnistía Internacional (2012): *¿Qué justicia especializada? A siete años de la Ley Integral de Violencia de Género. Informe de Amnistía Internacional* en <http://www.es.amnesty.org/paises/espana/violencia-de-genero/>
- 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.; OLIVERECHE, M.; TORRECILLA ROJAS, L.; FERNÁNDEZ CABALLERO, A.; OCHOA RODRÍGUEZ, M^a 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, M^a 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.

- Gobierno de Aragón (2004): *Guía para profesionales de prevención de la mutilación genital femenina*.
- Gobierno de Aragón: *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención*. Gobierno de Aragón.
- Gobierno de Aragón: *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF* en http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf
- Gobierno de Cataluña: *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF* en: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematicas/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf
- Gobierno de Navarra: *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF* en <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>
- DANDASH K. F, REFAAT A. H, EYADA M. (2001): “Female Genital Mutilation: A descriptive Study”, en *J Sex Marital Ther*, 27:453-8.
- 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* 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. 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*. Granda: Grupo Editorial Universitario.
- MUSAS PERÚ. (Referencias bibliográficas para trabajar con vulvas de telas y materiales pedagógicos). <http://www.musasperu.org>. <http://www.memoriasdeunavulva.org>
- O'DAM (2013): “Cambiando las canciones” en <http://www.odamongd.org/node/1100>. *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo*. Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coords.). La Estafeta Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008): *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency statement* en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (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) (2011): *An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report 2011* en http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf
- ONU- Mujeres (2011-2012): *En busca de Justicia. El progreso de las mujeres en el mundo* en <http://www.progress.unwomen.org/pdfs./SP-Report-Progress.pdf>
- Paz y Desarrollo ONGD: *La ablación o MGF. Guía práctica* en http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf
- 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.

- SEQUI, A., TOURAY, I. y PINIELLA, Z. (2013): *La erradicación de la MGF. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Oviedo. Editado por O'DAM ONGD. La Estafeta ediciones.
- SEN, A. (2007): *Identidad y violencia. La ilusión del destino*. Madrid. Katz Ediciones.
- UNAF. Unión de Asociaciones Familiares. www.unaf.org
 - Materiales y recursos 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. UNAF.
 - Guía de información y orientación sexual para personas inmigrantes. (En castellano, árabe e inglés)
 - BLOG: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>
- UNICEF (2013): Nueva York *El informe Mutilación/ablación 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* en http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf
- WASSU-GIPE-UAB. <http://www.mgf.uab.cat/esp/index.html>

7. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

- **Tabla 1.** Garantía 1: Investigación. En España, ¿qué verdad? ¿qué sabemos sobre la MGF?. Fuente. Amnistía Internacional (2009)
- **Tabla 2.** Garantía 2: aplicación de justicia. Fuente: Amnistía Internacional (2009).
- **Tabla 3.** Tipos de Mutilación Genital Femenina. Fuente: elaboración propia.
- **Tabla 4.** Población residente en España, según censo, procedente de países donde se practica MGF. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE abril 2013
- **Tabla 5.** Grupos étnicos de Etiopía según tiempo en el que se realiza la práctica de MGF. Fuente: EGLDAM, 2008.
- **Tabla 6.** Clasificación de creencias y argumentos según criterios de motivación de origen. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 7.** Desmotar mitos sobre MGF. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 8.** Consecuencias inmediatas y a medio/largo plazo de la MGF para la salud de las mujeres. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 9.** Contenidos y apartados de la Asamblea Mundial de la Salud (2008) en material de MGF. Fuente: AMS.
- **Tabla 10.** Principales instrumentos legislativos de África. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 11.** Principales instrumentos legislativos de Europa. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 12.** Principales instrumentos legislativos de España. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 13.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Aragón.
- **Tabla 14.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Cataluña.
- **Tabla 15.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Navarra.
- **Tabla 16.** Puntos clave de las declaraciones sobre MGF. Fuente:

Elaboración propia.

- **Tabla 17.** Componentes de la prevención. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 18.** Definición e identificación de Titularidades según derechos, obligaciones y responsabilidades en intervención global. Fuente. O'DAM (2003).
- **Tabla 19.** Titulares de Derechos según actuaciones prioritarias en EBD. Fuente. O'DAM (2013).
- **Tabla 20.** Titulares de obligaciones y relación de obligaciones 1. Fuente: OD'AM (2013).
- **Tabla 21.** Titulares de obligaciones y relación de obligaciones 2. Fuente: OD'AM (2013).
- **Tabla 22.** Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades 1. Fuente: O'DAM. 2013.
- **Tabla 23.** Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades 2. Fuente: O'DAM. 2013.
- **Tabla 24.** Resumen de los componentes y elementos de las condiciones favorables. Fuente. Elaboración propia.
- **Tabla 25.** Desempeños de Profesionales según competencias/recursos, actitudes/disposición. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 26.** Dificultades y sus alternativas según grupos objetivos de intervención. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 27.** Relación de objetivos de derechos reproductivos y sexuales. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 28.** Principales descriptores de sexualidad para abordar la MGF. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 29.** Compendio de medidas cautelares. Fuente: Tabla adaptada de Manual profesionales. GIPE-UAB-F.WASSU.
- **Tabla 30.** Resumen de actuaciones a realizar en cada momento de la intervención. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 31.** Síntesis de actuaciones recomendadas para el ámbito social. Fuente: elaboración propia.
- **Tabla 32.** Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito educativo. Fuente: elaboración propia.
- **Tabla 33.** Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito sanitario.

Fuente: Elaboración propia.

- **Tabla 34.** Criterios de Buenas Prácticas según UNESCO-MOST. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 35.** Resumen de la principales actuaciones del Programa de MGF de UNAF. Fuente: Elaboración propia.
- **Tabla 36.** Resumen de la principales actuaciones del Programa de MGF de WASSU-GIPE-UAB. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la web de WASSU-GIPE-UAB.
- **Tabla 37.** Resumen de las principales actuaciones del Programa de Médicos del Mundo. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la web de MDM.
- **Tabla 38.** Ejemplos de instrumentos técnicos para mejorar la calidad de la intervención 1: Notificación. Fuente: Protocolo de Navarra.
- **Tabla 39.** Ejemplos de instrumentos técnicos para mejorar la calidad de la intervención 2: Compromiso de prevención. Fuente: AEPAP.

GRÁFICOS

- **Gráfico 1.** 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.
- **Gráfico 2.** Partes de la vulva implicadas en los diversos tipos de MGF.
- **Gráfico 3.** Mapa de la MGF en el mundo. Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu- UAB. 2012.
- **Gráfico 4.** Mapa de la MGF en el mundo. Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu- UAB. 2012.
- **Gráfico 5.** Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Fuente: Kaplan, A. y López, A. (2010)
- **Gráfico 6.** Mapa Mental de argumentos de OMS (1999). Fuente: gráfico Ó dam ONGD. Texto: SEN, A. (2007): Identidad y violencia. La ilusión del destino.
- **Gráfico 7.** Definición de tres instrumentos claves para ampliar marcos legales. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 8.** Avances en normativa internacional en DDHH de cara a la erradicación de la MGF. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 9.** Avances en normativa internacional en género y violencia de

cara a la erradicación de la MGF. Fuente: elaboración propia.

- **Gráfico 10.** Avances en normativa internacional en infancia de cara a la erradicación de la MGF. Fuente: elaboración propia.
- **Gráfico 11.** Avances en normativa internacional en erradicación de la MGF. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 12.** Esquema relacional de los componentes de principios básicos y sus elementos principales. Fuente: elaboración propia.
- **Gráfico 13.** Análisis de agentes sociales según Enfoque Basado en Derechos. Fuente: FERNÁNDEZ JUAN, Amelia et al. (2008).
- **Gráfico 14.** Las interacciones de salud y las intersecciones de individuo, familia y comunidad. Fuente: VVAA. (2006). Enfermería Comunitaria III. Madrid. Mc Graw-hill Interamericana.
- **Gráfico 15.** Vista de la vulva con las distintas partes que la componen. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 16.** Representación del complejo clitoral. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 17.** Definición de los tres momentos de la intervención. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 18.** Algoritmo 1 de actuación ante viajes al país de origen. Fuente. Manual de profesionales. GIPE-UAB- F. WASSU.
- **Gráfico 19.** Algoritmo de actuación 2 ante casos practicados de MGF. Fuente. Manual de profesionales. GIPE-UAB- F. WASSU.
- **Gráfico 20.** Ejes y contenidos para seleccionar buenas prácticas para la experiencia profesional y organizativa de UNAF. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 21.** Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de UNAF. Fuente: Elaboración propia.
- **Gráfico 22.** Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de WASSU-GIPE-UAB. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la web de F. Wassu-GIPE-UAB.
- **Gráfico 23.** Ejes de buenas prácticas en transferencia de conocimientos y de incidencia de la experiencia de Médicos del Mundo. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la web de MDM.



unión de asociaciones familiares

c/ Alberto Aguilera, 3 – 1º Izda. - 28015 MADRID

Teléfonos: 91446.31.62/ 50

E-mail: unaf@unaf.org

Web: www.unaf.org

SÍGUENOS

