

Mutilación genital femenina: prevención y atención

Guía para profesionales





Mutilación genital femenina: prevención y atención

Guía para profesionales

Composición y transcripción:
Miriám Burballa, María Foj

Diseño: Dario Grossi

Fotografía: Marc Undebarrena

Impresión: Gráficas Barceloneta

Edita: Associació Catalana de Llevadoras
Tapineria, 10, 2n - 08002 Barcelona
Tel. 93 310 15 64

1ª Edición: Enero, 2004

ISBN:

Depósito legal:

Esta publicación ha sido posible mediante:

Proyecto IDIL: Instruments to develop
the integrity of lasses (2001/2003)
financiado por el Programa Europeo DAPHNE

COORDINACIÓN

Adriana Kaplan Marcusán

Antropóloga, investigadora del programa Ramón y Cajal. Departamento de Antropología Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Dirección del Proyecto IDIL/DAPHNE para España.

Cristina Martínez Bueno

Matrona y Pedagoga. Presidenta de la Associació Catalana de Llevadores. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona Ciudad, Institut Català de la Salut. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

AUTORAS

María Helena Bedoya Muriel

Abogada y Criminóloga. Centre d'Informació per a treballadors estrangers (CITE). Barcelona.

Kira Bermúdez Anderson

Pedagoga Social. Barcelona.

Josefina Goberna Tricas

Matrona y Socióloga. Unidad docente de Matronas de Cataluña, Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

Adriana Kaplan Marcusán

Antropóloga. Departamento de Antropología Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Cristina Martínez Bueno

Matrona y Pedagoga. Associació Catalana de Llevadores. Institut Català de la Salut. Barcelona. Universidad de Barcelona.

Juana Moreno Navarro

Enfermera pediátrica, Institut Català de la Salut. Mataró-Maresme.

María José Pérez Jarauta

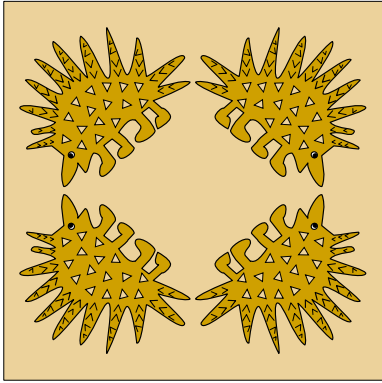
Médica. Especialista en educación para la salud. Instituto de Salud Pública. Navarra.

Marta Xivillé Solé

Matrona. Associació Catalana de Llevadores. Institut Català de la Salut. Barcelona.

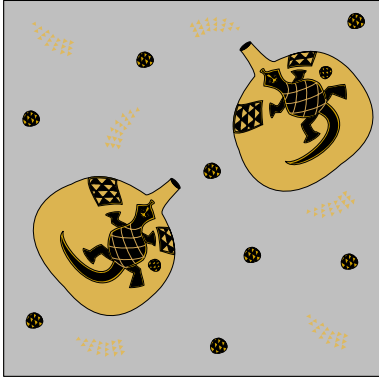
Agradecemos la revisión de la guía por parte de los siguientes profesionales:

P. Broto, M. Bruguera, M. Bundó, C. Calza, F. Camps, G. Castro, MC. Celada, G. Fajó, A. Fontanills, E. Galeano, M. Gibert, E. González, G. Jimenez, M. Just, A. Llorens, JL. López, P. Navarro, P. Torán.



Índice

Presentación	5	5. Atención en la edad pediátrica	34
1. Introducción	7	5.1. Primera visita del recién nacido	35
2. Mutilación Genital Femenina	9	5.2. Visitas sucesivas del recién nacido	35
2.1. Terminología y abordaje conceptual	9	5.3. Estrategias para la integración social y prevención de la MGF	36
2.2. Tipología	10	6. El papel de la escuela en la prevención de MGF	39
2.3. Distribución geográfica de las MGF en África	11	6.1. Información	39
2.4. Marco antropológico	12	6.2. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y sus familias	39
2.4.1. Contextualización del rito de iniciación	13	7. Marco legal de la MGF	42
2.4.2. ¿Qué nos dice la tradición? Razones para el mantenimiento de la MGF	14	7.1. MGF en la legislación española	42
2.4.3. ¿Qué estrategias se plantean en los países de origen?	14	7.2. Competencia de los tribunales españoles	42
2.4.4. La MGF y los conflictos en el proceso de integración social en destino	15	7.3. ¿Es el derecho penal el mejor instrumento para erradicar la MGF?	43
2.5. Consecuencias de la MGF para la salud de la mujer	17	7.4. Normativa relativa a la MGF	44
2.5.1. Consecuencias inmediatas	17	7.5. Medidas cautelares	45
2.5.2. Consecuencias a medio y largo plazo	17	8. Bibliografía	46
3. Rol de las/los profesionales	19		
3.1. Entrevista a la mujer con MGF	22		
3.1.1. ¿Cuándo abordar la MGF?	22		
3.1.2. Planteando el tema	22		
3.1.3. Iniciando el diálogo	23		
3.1.4. El espacio para la reflexión	24		
4. Atención en salud sexual y reproductiva	26		
4.1. Atención durante el proceso de maternidad	26		
4.1.1. Control del embarazo	26		
4.1.2. Asistencia al parto	28		
4.1.3. Control post-parto	32		
4.2. Examen ginecológico	33		



Presentación

Esta guía para profesionales sobre la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) se enmarca dentro del Proyecto IDIL: *Instruments to develop the integrity of lasses* (Instrumentos para proteger la integridad de las niñas) que forma parte del programa DAPHNE 2000-03 de la Dirección General de Justicia y Asuntos Sociales de la Comisión Europea.

La elaboración de este material para profesionales de Italia y España, surge de la necesidad de dar respuesta a una realidad cambiante en los flujos migratorios de ambos países. La presencia de familias africanas procedentes de diversas culturas donde se practica la MGF, ha puesto de relieve la importancia de desarrollar estrategias de actuación para su prevención desde los ámbitos sanitarios, sociales, educativos, jurídicos y de manera más amplia, en aquellos aspectos relacionados con los derechos humanos. Esta es la razón que explica el desarrollo de dos guías, una para cada país, adaptadas a sus respectivas realidades.

En el norte de Europa existe una mayor tradición migratoria y sensibilidad hacia la acogida de refugiados procedentes del África Subsahariana, (principalmente de nacionalidad somalí), que ha promovido en los últimos años, la elaboración de materiales sobre esta temática. La experiencia de estos países ha servido como guía para el diseño de materiales de trabajo para distintos profesionales en Italia y España. Por ello, en este proyecto participan diferentes instituciones y organizaciones de diversos países europeos, como Dinamarca, Holanda y Alemania, y ha estado liderado por el Centro Piamontés de Estudios Africanos de Turín.

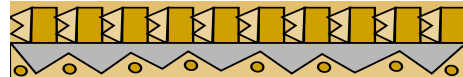
El gran reto es desarrollar estrategias para prevenir la MGF en las comunidades de inmigrantes africanos, tomando como referente la experiencia de los países de la Europa del Norte y adaptándola a la realidad socio-demográfica y cultural del Sur (España e Italia). Para ello, se ha realizado un análisis de la situación en ambos países y se ha construido un mapa con la distribución geográfica de los asentamientos de la inmigración subsahariana procedente de países donde se practica la MGF. Este mapa nos permite conocer la composición demográfica, la procedencia, la tipología de la intervención realizada y la localización territorial, tanto en España como en Italia. En este sentido, la elaboración de la presente guía para diferentes profesionales sobre la MGF, facilitará la formación, la divulgación y la sensibilización dirigida a la población inmigrada, en los enclaves con mayor presencia residencial de estas comunidades.

La Associació Catalana de Llevadores ha sido la organización encargada de elaborar la guía para profesionales en España, en la que han participado profesionales de diferentes disciplinas como la antropología, las ciencias de la salud (matronas, médicos, enfermeras), la pedagogía y el derecho. El trabajo de este grupo interdisciplinar ha permitido un abordaje de la MGF desde diferentes perspectivas, enriqueciendo la comprensión y propuestas de intervención así como la implementación de estrategias para la prevención de dicha práctica.

El objetivo de este material es proporcionar conocimientos antropológicos, sanitarios, sociales y jurídicos sobre la MGF y permitir a los/las profesionales de la salud, de la educación y del campo social, intervenir de manera efectiva, reflexiva y profesional en la prevención de la MGF con la población africana residente en España.

Los contenidos de esta guía son amplios y ayudarán a estos profesionales a mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la presencia de la MGF en nuestro país.

1 Introducción



La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, FNUAP y UNICEF entre otros) y la Unión Europea, se han pronunciado sobre las mutilaciones genitales femeninas (MGF) en diferentes foros, convenciones y declaraciones sobre los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos del niño/a. Estas prácticas ancestrales han sido prohibidas por algunos gobiernos africanos, aunque no existe por el momento una legislación al respecto en todos ellos. Sólo algunos países han aprobado en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas, entre ellos Senegal, Malí, Mauritania o Ghana. Sin embargo, debemos tener en cuenta que aunque éste sea un avance importante, las estrategias planteadas para la erradicación de estas prácticas conllevan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que debe llegar a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo a través de prohibiciones legales o decretos, que difícilmente son respetados, acatados y ejecutados, sobre todo en las zonas rurales, donde reside mayoritariamente la población femenina.

Así, vemos en la tabla nº 1 que, aunque casi la mitad de los países africanos, con distinta prevalencia de MGF, disponen de medidas legislativas al respecto, la práctica sigue produciéndose. El caso de Etiopía, con una prevalencia del 85%, donde la prohibición se expresa desde la misma Constitución, es un claro ejemplo de la necesidad de desarrollar actividades de información y prevención en las comunidades afectadas, al amparo de un marco jurídico adecuado.

La llegada a España, a partir de los años 80, de familias procedentes de países del África Subsahariana, hace que se descubran realidades culturales diferentes y se evidencien prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas.

Los primeros casos detectados han sido en Cataluña, a principios del año 1993 y fueron denunciados por personal sanitario. Las sentencias absolvieron a los padres alegando *“la no intencionalidad de lesionar y error de prohibición”*. Una mediación antropológica permitió una comprensión del ritual y de la ignorancia de los padres frente a la legislación española, pero también consiguió un compromiso con la comunidad africana inmigrada de que no se realizarían estas prácticas aquí, porque la ley lo prohíbe. Desde entonces no se conocen *“iniciaciones”* en España, aunque algunas familias aprovechan los viajes de vacaciones a sus países de origen para realizar la práctica. Sería necesario señalar también, que las niñas nacidas en territorio español NO son españolas, sino que tienen la nacionalidad de sus padres y están sujetas a la situación jurídica del cabeza de familia. Esta precariedad legal es determinante ya que dificulta un proyecto estable en el país de acogida, y los procesos de adaptación e integración social se hacen más complejos y poco sostenibles.

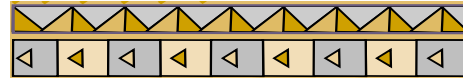
TABLA 1. Prevalencia y legislación de la MGF en África

Pais	Prevalencia (%) (1)	Año de comprobación de prevalencia (1)	Año de Legislación en que se prohíbe la MGF (2)
Benin	50	1996	
Burkina Faso	72	1999	1995
Camerún	20	1998	
República Centro Africana	43	1994	
Chad	60	1996/97	
Costa de Marfil	43	1994	
República Democrática del Congo	5	No conocido	
Djibouti	98	No conocido	1995
Egipto	97	1995-1997	Decreto ministerial
Eritrea	95	1995	
Etiopía	85	1984/1990	Constitución
Gambia	80	1985	
Ghana	30	1998	1994
Guinea	99	1999	1985
Guinea-Bissau	50	1990	
Kenia	38	1998	2001
Liberia	60	1986	
Malí	94	1996	2002
Mauritania	25	1987	2001
Niger	5	1998	2002
Nigeria	40-50	Varios años	
Senegal	20	1999	1999
Sierra Leona	90	1987	1997
Somalia	98-100	1982-1993	
Sudan	89	1990	
Tanzania	18	1996	1998
Togo	12	1996	1998
Uganda	5	1995/96	
Yemen	23	1997	

(1) Fuente: OMS- Enero 2001.

(2) Fuente: Comité Interafricano (IAC)- Junio 2002.

2 Mutilación genital femenina



2.1. Terminología y abordaje conceptual

¿Circuncisión femenina, mutilaciones genitales femeninas, cortes genitales femeninos, *sunna*, cirugía genital femenina, clitoridectomía, operación, práctica tradicional? Los términos utilizados son diversos y aunque se entiende de lo que se trata, sólo un análisis conceptual de los mismos, necesariamente breve, nos dará una idea de los contenidos que cada uno de ellos trata, de quién los trata y desde dónde se tratan.

Durante mucho tiempo, incluso en la actualidad, el uso frecuente para este tipo de intervenciones es el término circuncisión, haciendo referencia también a la de los niños, como rito iniciático a la edad adulta. Es una expresión que no destila violencia o agresión, sino que la equipara a una práctica cultural ejercida sobre ambos sexos.

Desde posiciones relativistas se sigue defendiendo el uso de la palabra circuncisión, junto a otras como operación o prácticas tradicionales. La propia población musulmana que la practica, se refiere a ella como *sunna* o bien remiten al término utilizado en la lengua autóctona: por ejemplo, en mandinga es *ñyaka* y en somalí es *gudniin gadbahaada*, que tiene una carga más simbólica y menos emocional. Otros términos utilizados entre algunas etnias africanas son “abierto” o “cerrado”.

Desde ámbitos académicos, el término que con mayor frecuencia se utiliza ha sido el de Female Genital Cutting (FGC), que podríamos traducir como Cortes Genitales Femeninos. Autoras que provienen de las ciencias sociales, prefieren hablar de FGC como una forma más respetuosa de referirse, no a la intervención, sino a la población que la ejecuta. Contempla los tres tipos de operación descritos mas adelante y evita la estigmatización, barbarización o los juicios morales sobre la práctica. En este mismo sentido se pronuncian algunos profesionales de las ciencias de la salud. En otros contextos sanitarios (como en Egipto), se reivindica el reconocimiento de la intervención, como una práctica médica dentro de la especialidad de Cirugía Genital Femenina.

Desde posiciones más feministas y defensoras de los derechos humanos, se propone el término Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF), que cambia no solo la orientación terminológica sino conceptual. Se entiende que este tipo de prácticas atenta contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas, defendiendo que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. A partir de este momento, en algunos foros internacionales y desde el propio Comité Interafricano, se habla de MGF. En su defecto y por respeto a las culturas afectadas por estas prácticas, se utiliza el término “Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y las niñas”, como concepto que define una acción.

Dentro de esta guía nos referiremos a MGF, por ser el término utilizado en los foros internacionales y porque constituye un tipo de práctica considerada una agresión a la integridad de las mujeres.

2.2. Tipología

La OMS (1998) elabora la siguiente tipología:

Tipo I

Clitoridectomía: eliminación del prepucio del clitoris. En el mundo islámico es lo que se conoce como *sunna* y es equivalente a lo que con frecuencia se llama circuncisión, y que en África equiparan a la circuncisión masculina.



Tipo II

Excisión: ablación del clitoris y de los labios menores, total o parcial, dejando los labios mayores intactos.



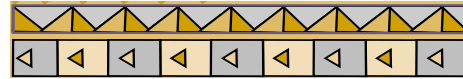
Tipo III

Infibulación: excisión del clitoris, la totalidad de los labios mayores y menores, y la sutura de ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual. En algunas ocasiones, se deja el interior de los genitales intactos, suturando las paredes de la vulva.

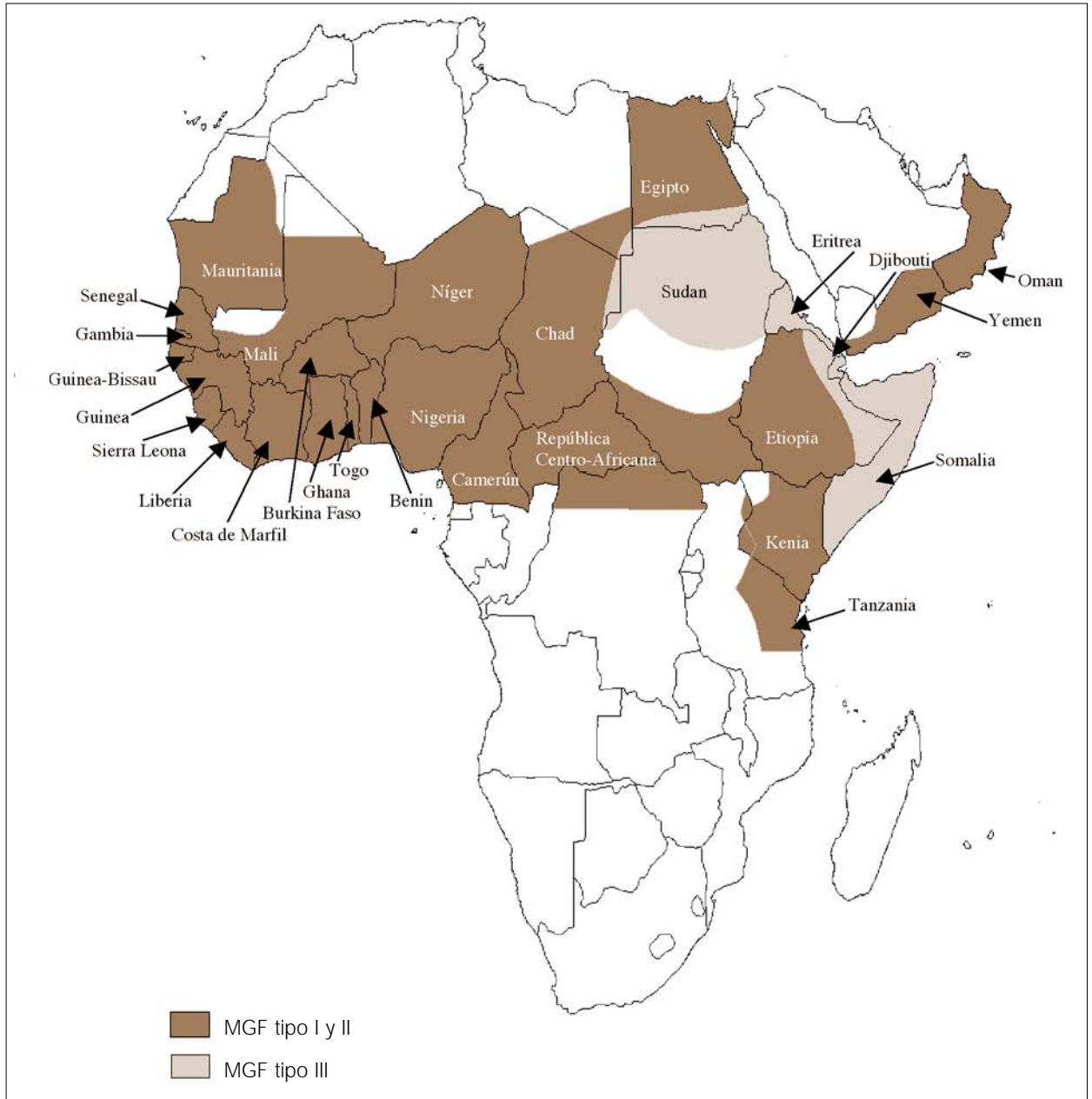


Tipo IV

Otros (piercing, dry sex, etc.)



2.3. Distribución geográfica de las MGF en África



2.4. Marco antropológico

Las MGF, es decir, la clitoridectomía, la ablación/excisión, y la infibulación, son prácticas ancestrales extendidas entre muchos pueblos africanos, aunque no exclusivamente, que tienen profundas raíces sociales y culturales. Una de las razones principales que aducen las mujeres que mantienen, reivindican, defienden y ejecutan esta práctica tiene que ver con una cuestión de higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. A los hombres también se los circuncida por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio. Una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que estas cul-

turas confieren a cada una de ellas. La circuncisión masculina dicen que es una obligación emanada del Corán y por lo tanto tiene carácter preceptivo. Todos los hombres musulmanes están circuncidados, al igual que los judíos, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. La circuncisión femenina es una *sunna*, es decir, forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Es importante resaltar que se trata de una práctica *preislámica* y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella, a diferencia de la Biblia, que sí lo hace para los hombres, en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Éxodo, etc.). Vale la pena indicar que una cosa es la obligatoriedad del Islam y otra, la obligatoriedad social, como por ejemplo la infibulación entre las mujeres judías falashas de Etiopía o entre las cristianas coptas de Egipto.

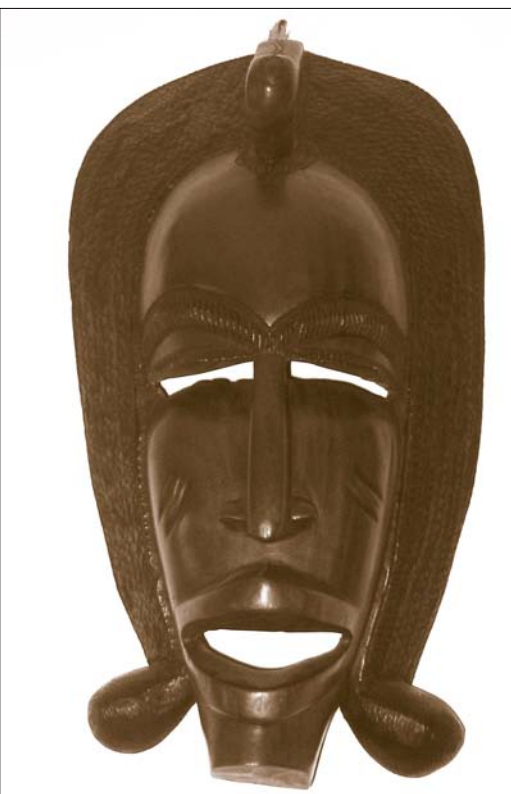
Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof y no la realizan. Sin embargo, en recientes estudios llevados a cabo en Gambia, se ha encontrado que poblaciones que tradicionalmente no practicaban la MGF al entrar en contacto con otros grupos (que si lo hacen) y asentarse territorialmente en sus poblados, han comenzado, como parte de un proceso adaptativo mas amplio, con estas iniciaciones rituales.

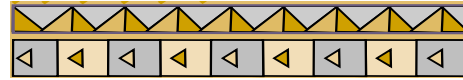
En términos culturales y sociales, la “circuncisión”, tanto femenina como masculina, forma parte del rito de paso a la edad adulta . Esto significa que este ritual es

imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos, independientemente de que se hable de una pubertad social y no fisiológica.

Y, como en muchas culturas, este mundo está claramente definido y diferenciado entre el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una “marca” que llevan de por vida, y simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera.

Por ello, es fundamental enmarcar la significación del ritual de iniciación en su amplio contexto africano. A partir de la descripción etnográfica de sus contenidos, se abordan los aspectos específicos que conciernen a las mujeres.





2.4.1. Contextualización del rito de iniciación

La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos. El *kaseo* (iniciación masculina) y *el ñyaka*¹ (iniciación femenina) significan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta. En ambos casos se dan las tres fases del rito de paso: separación, marginación y agregación.

En la primera fase, de separación, las niñas y los niños son apartados de la comunidad y circuncidados. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte del prepucio o la excisión del clítoris, la sangre y el dolor.

La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los iniciados. En el caso del corte del prepucio del pene suele tratarse de dos a tres semanas, mientras que en la excisión del clítoris y/o infibulación el tiempo se prolonga según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de cuidados y normas estrictas que se concretan en tabúes, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de los iniciados, donde les son transmitidas las enseñanzas sobre el mundo adulto, y que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.

En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta de “graduación” donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales, y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres. Los niños, por su parte, entrarán a formar parte del grupo de los hombres.

Los personajes rituales encargados de llevar a cabo la iniciación tienen el mismo rol y reconocimiento en el caso de las mujeres que en el de los hombres, siempre legitimados por los más ancianos de la aldea. Cada uno recibe un nombre y cumple unas funciones específicas. Se señala y describe aquí el rol de la *Ngnangsimbah*, que significa madre de las iniciadas. Se trata de una anciana que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual; es quien realiza la operación, y quien será responsable del ordenamiento, desarrollo y cumplimiento del ritual. Es una de las personas más respetadas y temidas de la aldea, a quien atribuyen poderes sobrenaturales, es decir, que suele ser *kufanungte*, cabeza grande, aquella que puede captar la presencia de malos espíritus. Las mujeres que ejecutan esta operación han sido instruidas por sus madres y sus abuelas, y pertenecen al estamento social de los herreros. En las zonas rurales, estas mujeres suelen ser también las comadronas tradicionales que atienden los nacimientos y cuidan a las madres y los recién nacidos durante los primeros días posteriores al parto.

Durante la iniciación los niños y niñas deben pasar seleccionadas pruebas y enseñanzas morales y sociales. Se les transmiten, con firmeza y severidad, las normas de comportamiento respecto a los padres, los mayores, los ancianos, y las formas de relación entre los géneros.

(1) Los términos utilizados son en lengua mandinga, mayoritaria en Gambia y ampliamente difundida en Guinea Bissau, Malí (bamba-ra), Sierra Leona (mandé) y en la región de la Casamance, al sur de Senegal.

Aprenden como serenan al prójimo y cuáles serán, a partir del momento en que sean incorporados/as socialmente como individuos adultos, sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad. También se les enseña cuáles deben ser sus relaciones con los demás grupos étnicos, basadas en leyendas que dan cuenta de sus interrelaciones históricas y en el establecimiento de lazos de solidaridad.

Dentro de las enseñanzas hay un importante contenido de lenguaje no verbal que sólo podrá ser interpretado por alguien perteneciente al mismo grupo secreto, como los gestos, el *lenjengo* (las danzas) y el *kijo* (percusión). Es lo que se llama la diferenciación de los saberes.

Los ritos de iniciación, como hemos visto, no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos. En Senegambia, área de procedencia de población migrante africana mayoritaria en España (ver mapa pag. 16), las niñas actualmente son iniciadas cuando tienen entre cuatro y siete años, aunque dependiendo de la etnia, a algunas se las somete al ritual cuando son más pequeñas, pero siempre antes de la primera menstruación.

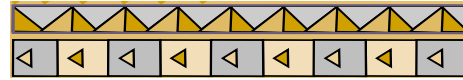
El sentimiento de pertenencia al que estarán ligadas durante el resto de su ciclo vital, otorga unas señas de identidad propias, avaladas por unas huellas físicas imborrables, permanentes e inalterables, que llevarán de por vida, y por unos aprendizajes propios que caracterizan y diferencian a cada uno de los grupos y que constituyen el primer peldaño en la construcción de su identidad étnica y de género.

2.4.2. ¿Qué nos dice la tradición? Razones para el mantenimiento de la MGF

Las razones que aducen las propias mujeres africanas para continuar con su práctica, mayoritariamente la clitoridectomía y la excisión (tipo I y II) y que ellas entienden como “razones prácticas”, son las siguientes: la higiene, la estética, facilitar el parto, promover la cohesión social, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, mantener a la mujer alejada de los hombres, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de niños muertos en las primigestas, ya que creen que, si el niño, al nacer, toca con su cabeza el clítoris, puede morir o padecer algún trastorno mental. En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que proceden directamente a ella. Y en todo caso, cuando se les pregunta, remiten a la tradición, a la religión, aducen razones estéticas (el clítoris puede crecer demasiado), sanitarias (es más limpio) y de protección (de la virginidad).

2.4.3. ¿Qué estrategias se plantean en los países de origen?

Si se conocen las razones que la propia población aduce para el mantenimiento de la MGF, vemos que es posible modificarlas y que es necesario poner énfasis en las consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones conllevan, como la esterilidad, las infecciones y las hemorragias que puede causar la herida. Otra estrategia debe tener como objetivo realizar una labor comunitaria donde los hombres puedan participar, ser informados y tomar conciencia de su responsabilidad ante este tipo de problemas que afectan e inciden directamente en la salud de



sus mujeres y sus hijas, que también repercuten en el bienestar de la comunidad y producen consecuencias socio-económicas y psicológicas para el grupo familiar.

Algunas experiencias recientes en África (Kenia y Tanzania principalmente) están demostrando que es posible mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fase (marginación y agregación), eliminando la parte física, sin necesidad de eliminar completamente el sentido ritual de iniciación, como es el de otorgar una identidad étnica y de género a los miembros de la sociedad. Por otra parte, involucrar a los hombres en la toma de decisión está aportando grandes avances para su erradicación.

2.4.4. La MGF y los conflictos en el proceso de integración social en destino

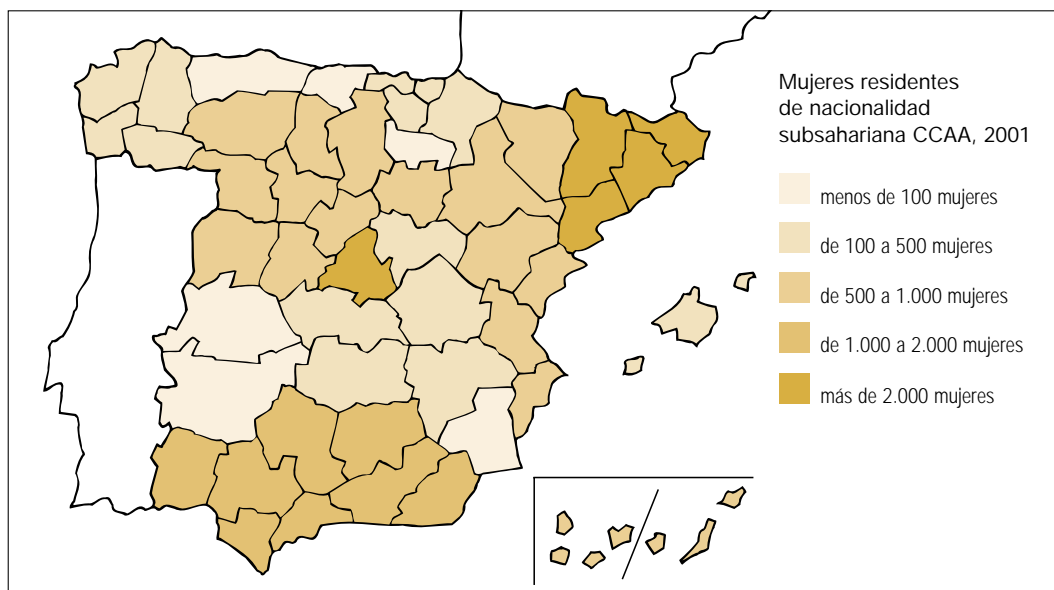
Las intervenciones realizadas principalmente en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tanto en España como en otros países europeos, encuentran conflictos que dificultan la efectividad de la labor realizada:

- Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición.
- La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.
- Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.
- La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras.
- Debate entre estigmatización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas.
- El mito del retorno está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género.

Se hace pues, imprescindible, una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de estas prácticas. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educados y trabajadores sociales.

En el caso de España, existe una realidad étnica (mayoritariamente del África Occidental), una distribución geográfica (básicamente Cataluña, Aragón, Andalucía y Canarias), y un número accesible de población, que deberían permitir una sensibilización privilegiada.

Distribución por CCAA de mujeres de nacionalidades subsaharianas en España

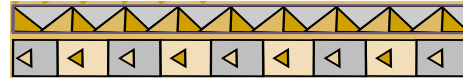


Elaboración: Kaplan,A; Merino, M. y Franch.M (2002 (op.cit))

Fuente: a partir de datos del Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio del Interior, 2001

	Total	%		Total	%
Cataluña	4.723	33,69	Navarra	103	0,73
Madrid	4.012	28,62	Asturias	93	0,66
Andalucía	1.427	10,18	Murcia	84	0,60
Canarias	1.094	7,80	La Rioja	68	0,49
Aragón	743	5,30	Extremadura	64	0,46
Com. Valenciana	589	4,20	Cantabria	55	0,39
Castilla-León	534	3,81	Ceuta	7	0,05
País Vasco	340	2,43	Melilla	5	0,04
Galicia	232	1,65	No consta	8	0,06
Baleares	194	0,93			
Castilla-La Mancha	131	0,93	Total	14.506 mujeres	

Hay que tener en cuenta que no en todos los países del África subsahariana se practican las MGF. Por ello, la Comunidad de Madrid, aunque aparece con una población de mujeres subsaharianas importante, la mayoría de ellas proceden de países donde no se practica la MGF (Guinea Ecuatorial, y Cabo Verde principalmente).



2.5. Consecuencias de la MGF para la salud de la mujer

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

2.5.1. Consecuencias inmediatas

La región vulvar es una zona muy vascularizada e inervada. La ablación del clítoris y de los labios menores ocasiona un intenso *dolor*, que suele acompañarse de sensación de *miedo y angustia*. El dolor, en muchos casos, dificulta la micción produciéndose una retención de orina (*retención urinaria refleja*).

Asimismo, la amputación del clítoris produce una hemorragia, que en algunos casos puede llegar a ser muy *grave*, originando la muerte por *shock hipovolémico*.

La realización de la intervención con material quirúrgico no esterilizado o mal esterilizado, suele asociarse a una *infección local* de la herida que ocasionalmente desemboca en una *septicemia* mortal.

2.5.2. Consecuencias a medio y largo plazo

a) Complicaciones generales

Debido a que la MGF se realiza habitualmente en condiciones higiénicas deficientes, son frecuentes las *infecciones múltiples* vulvares, urinarias o ginecológicas, e incluso *tétanos, hepatitis o infección por HIV*. Las secuelas ginecológicas pueden persistir ocasionando esterilidad o infertilidad.

La hemorragia debida a la mutilación, junto con los problemas de malnutrición y anemias hereditarias, presentes en algunas zonas de África, puede desembocar en una *anemia severa*.

Algunos autores refieren complicaciones psicológicas a medio y largo plazo: sentimientos de humillación, vergüenza o terrores nocturnos. También son posibles trastornos mentales, especialmente la *angustia y la depresión*.

b) Complicaciones obstétricas, sexuales y ginecológicas

Dependiendo del grado de mutilación, las niñas y las mujeres pueden desarrollar problemas genito-urinarios, más o menos intensos, a medio y largo plazo.

b.1. Complicaciones obstétricas

Las complicaciones en un parto vaginal dependen del grado de mutilación. En el caso de la *clitoridectomía (tipo I)* estas complicaciones son menos frecuentes, aunque los desgarros de la cicatriz son posibles.

En el tipo II y III debido a la mayor excisión de tejidos y a la formación de queloides y quistes dermoides, la zona perineal carece de la elasticidad necesaria para dilatarse durante el parto. Incluso practicando una episiotomía, es frecuente que se produzcan *desgarros* perineales.

Puesto que la anatomía se encuentra oculta por cicatrices y quistes, resulta difícil sondear a las pacientes en el parto. Una retención urinaria en el posparto facilita las *infecciones urinarias* y las *hemorragias por atonía uterina*.

b.2. Complicaciones sexuales y ginecológicas

El clítoris es la parte más sensible de los órganos sexuales femeninos. Después de la *ablación parcial o total del mismo* se produce inevitablemente una modificación de la sensibilidad sexual, que puede dificultar el orgasmo e incluso llegar a impedirlo.

Si la uretra queda lesionada se producen retenciones o incontinencias urinarias.

Una mujer sometida a *infibulación rigurosa* debe orinar gota a gota, de forma que llega a tardar 15 minutos en vaciar la vejiga urinaria. Debido a que la micción resulta dolorosa, es posible que la mujer sea reacia a beber líquidos. El resultado *son infecciones frecuentes de las vías urinarias*.

La menstruación puede durar 10 o más días, la clausura de la vulva produce retención de la sangre menstrual (hematocolpos). La menstruación acostumbra a ser dolorosa (dismenorrea), y es habitual el mal olor de esta sangre menstrual. Son frecuentes las *infecciones vaginales y uterinas*.

Mutilaciones genitales femeninas. Consecuencias para la salud

Inmediatas	Medio y largo plazo
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas y urinarias • Infecciones • Dismenorrea • Hematocolpos
Infección local	Esterilidad
Hemorragia	Hepatitis, SIDA
Retención urinaria	Anemia crónica
Septicemia	Complicaciones en el parto. • Desgarros • Fístulas • Sufrimiento fetal
Tétanos	Disminución sensibilidad sexual
Miedo y angustia	Depresión

3 Rol de los/las profesionales



El abordaje y la anamnesis de una mujer inmigrada plantea diversas dificultades:

- La comunicación y comprensión: existe una dificultad importante en el idioma, ya que en la mayoría de las ocasiones ninguna de las dos partes domina lenguas comunes. Además, existe una concepción diferente sobre la salud/enfermedad, así como realidades socioculturales y sanitarias distintas, con ciertos puntos de desencuentro que hacen compleja la intervención y la prevención.
- Las actitudes de las/los profesionales son fundamentales en temas difíciles y privados como son la sexualidad y la MGF. Estas cuestiones pueden suscitar, en el profesional, sentimientos incómodos. Reconocer estos sentimientos puede facilitar la aceptación de la persona e iniciar la comunicación de manera más fluida.
- El rechazo a reconocer la pluralidad y la diversidad cultural, así como la estigmatización del “extranjero”, hacen más difícil el acercamiento a otras culturas, creándose una distancia que impide que la persona sea escuchada, quedando disminuida la relación de ayuda y la posibilidad de crear un clima donde las mujeres africanas encuentren el espacio y el respeto mutuo.
- La aceptación de la pluralidad no implica asumir prácticas, como la MGF, sobre las cuáles no existe justificación desde el punto de vista de los derechos humanos.

Ante las dificultades anteriores, los/las profesionales de la salud, de los servicios sociales y la educación, necesitan ciertas habilidades de escucha activa, de apoyo psicológico y de estrategias de prevención.

- a) Escucha activa: es parte de un proceso que implica escuchar lo que dice la persona y comunicar lo que el/la profesional ha sentido y entendido. Equivale a asumir una postura activa verificando lo que ha expresado la persona y trabajar las preocupaciones más inmediatas.
- b) Mostrar respeto por la persona y por lo que está viviendo, independientemente de si estamos de acuerdo con las opiniones expresadas.
- c) Animar a la persona a expresarse, permitiendo y estimulando formas verbales y no verbales de descarga emocional.
- d) Respetar una rigurosa confidencialidad.
- e) Proporcionar información que pueda ser comprendida.
- f) Mantener una actitud abierta en torno a tradiciones y creencias que difieren de las propias.
- g) Informar y educar, no tanto para que se lleven a cabo comportamientos definidos por el profesional, sino para facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes sobre su propia salud y la de sus hijas.
- h) Implementar estrategias de motivación, basadas en planteamientos positivos y respetuosos. La motivación aumentará si la información que proporciona el/la profesional tiene relación con las creencias, cultura y valo-

res de los/las usuarios, reforzando de esta forma su autoestima y su capacidad para poder cambiar sus ideas sobre la práctica de la MGE.

- i) Proporcionar apoyo emocional: implica reconocer explícita y claramente los sentimientos manifestados, hablar sobre el problema y ofrecer ayuda.

El rol del profesional es un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. Para ello son necesarias actitudes de:

- Congruencia: implica coherencia y autenticidad del profesional.
- Aceptación: consiste en aceptar a la otra persona como es, teniendo en cuenta todos los aspectos de su persona (sociales, culturales, familiares, etc), aunque esto no implica necesariamente aceptar sus comportamientos o maneras de actuar.
- Valoración positiva: consiste en considerar al usuario/a como persona valiosa y con capacidad para actuar de una manera constructiva, otorgarle valor, confiar en él o ella.
- Empatía: capacidad para ponerse en el lugar del otro. Implica disponer de habilidades para reconocer e interpretar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los demás, ser capaces de dar respuestas afectivas a los sentimientos de otra persona y estar en disposición de ayuda.



Se trata de crear un clima de relación “tolerante” más que “defensivo” teniendo actitudes de descripción y orientación más que de juicio y control, de flexibilidad más que de rigidez y de realización y paridad, más que de distancia, superioridad y etnocentrismo.

Para el rol de ayuda son fundamentales dos habilidades: la comunicación y el manejo de conflictos.

Se consideran elementos del proceso de comunicación tanto la creación y transmisión de mensajes como la escucha y recepción de mensajes.

Algunas características de una comunicación interpersonal útil son:

1. Recoger mensajes

- Consciencia de los propios filtros para captar y enviar mensajes.
Ser consciente de que me relaciono desde mi propia visión de la realidad, que no es la suya e interpreto lo que



me dice con “filtros”, tanto socioculturales los valores que mi cultura atribuye a este tema, como personales lo que yo pienso, mi propia experiencia...

- Escucha activa y empática a la otra persona.
Ponerse en su lugar, partir de su punto de vista: no de lo que yo hubiera pensado o hecho ¿qué me quiere decir?, ¿qué significado tiene para ella o él?
Recoger el mensaje completo: lo que dice y su estado de ánimo, lo cognitivo y lo emocional.
Comunicárselo, verbalizar que he comprendido la situación y su carga emotiva: ejemplo: “de lo que dices, entiendo que te sientes confusa y muy preocupada porque no estás segura de cómo ves ahora este tema y qué quieres hacer en realidad... ¿es así?....”
- Preguntas abiertas: “¿Qué ventajas y qué inconvenientes le ves...?”, más que cerradas (¿te parecerá bien...?), cuya respuesta es sí/no, son más directivas y ayudan menos a pensar.

2. Emitir mensajes

- Utilizar mensajes claros, precisos y útiles.
Seleccionar y proporcionar información útil a la situación y necesidades de la persona.
- Comunicar “desde el yo”, y no desde el “tu”.
Se trata de centrar el mensaje en lo que yo creo, pienso... más que en juzgar u opinar sobre lo que la otra persona piensa o siente. Se trata de explicar tu visión profesional sobre el tema, como ayuda y orientación más que como control. Las decisiones son suyas.
Suelen ser mensajes que empiecen por yo: “yo creo...”, “yo opino...”, “me parece que...”
- Aceptar sus argumentos, objeciones, dudas, críticas..., aunque no pensemos lo mismo que la otra persona. Es su opinión, su manera de verlo.

Se debe considerar que la relación de ayuda que el profesional puede establecer en la prevención de la MGF puede producirle un impacto emocional. Manejar las propias emociones y sentimientos permite controlar mejor la situación y desarrollar una intervención más eficaz.

Ayuden a prevenir el desgaste profesional y a continuar con la motivación del profesional en la prevención de la MGE, el reducir o controlar las reacciones asociadas a:

- Escenas que producen temor: miedo a entrar en los sentimientos del usuario/a, temor a ayudar a tomar decisiones difíciles.
- Pensamientos inadecuados: nunca cambiarán, no podemos hacer nada,...
- Sobreimplicación o sobrexigencia, etc.



3.1. Entrevista a la mujer con MGF

3.1.1. ¿Cuándo abordar la MGF?

Puede ser difícil para el/la profesional determinar cuándo y cómo abordar el tema de la MGF, aunque existen algunos aspectos que pueden ayudar a introducirlo:

- Aprovechando un control de embarazo o revisión ginecológica donde se comprueba que la mujer ha sufrido una MGF
- Identificación de un posible riesgo para las niñas.

3.1.2. Planteando el tema

Es mejor acercarse a la cuestión de la MGF por primera vez cuando se conozca un poco más a la mujer y a la familia, ya que normalmente permite construir mejor la relación y desarrollar una mayor empatía.

Se tiene que elegir la persona de la familia con quien queremos plantear el tema. Dependiendo del servicio desde donde se actúe será más fácil un miembro u otro, aunque suele ser la mujer la que en principio puede mostrar una mayor predisposición para abordarlo.



Es importante tener en cuenta que lo que comente la mujer estará relacionado con sus propios sentimientos, su trayectoria y experiencia, por tanto no suele tener mucho que ver con nuestra situación cultural, personal y profesional. En este sentido, el/la profesional tiene que actuar como un catalizador, permitiendo la reflexión a través de la utilización de una comunicación adecuada.

3.1.3. Iniciando el diálogo

Se tiene que construir la relación desde el diálogo y la confianza mutua, intentando no culpabilizar, ni amenazar.

Pueden ayudar preguntas como por ejemplo:

Conozco que la circuncisión femenina (Sunna) se practica en tu país, ¿se te ha realizado a ti?

Debe tenerse en cuenta que las mujeres presentan grandes dificultades para hablar de la MGF y reflexionar sobre ello. Hay quienes se pueden quedar rígidas y con dificultades en la comunicación mientras que otras, tienen reacciones defensivas utilizando expresiones del tipo:

- *Todas las mujeres en nuestra comunidad lo hacen.*
- *Es nuestra tradición.*
- *Lo dice mi religión.*
- *Es difícil que comprendáis nuestra cultura.*
- *No tenéis derecho a decirnos lo que se debe hacer.*

En este caso, el/la profesional tiene que conocer qué creencias tiene la mujer para sustentar la práctica:

- *Es más limpio (una mujer no circuncidada es considerada impura).*
- *Es bueno para la mujer.*
- *La religión nos obliga.*
- *Puedes tener más hijos.*
- *El clítoris puede crecer demasiado.*
- *Las mujeres no circuncidadas pierden el “control”.*
- *Una mujer no circuncidada tiene mayor peligro de perder su virginidad.*

En estos casos el/la profesional debe buscar argumentos que puedan ser comprendidos por la persona y que ayuden a reflexionar sobre el tema:

- Respecto a los argumentos religiosos:
 - El Islam sitúa a la mujer en un lugar muy estimable.
 - El profeta insta a cuidar a las niñas. Si las niñas tienen esta importancia en el Islam, ¿por qué habrían de perjudicarlas los padres realizando un corte en su cuerpo sin una razón sanitaria?
 - Puesto que la circuncisión es un daño infligido a las niñas, se desprende que no es una orden de Alá ni una orden de la religión.

- El Islam prohíbe la tortura. En este sentido, el profeta dice:

“Aquél que hiere a un musulmán, me hiere a mí. Y aquél que me hiere a mí, hiere a Alá”.

- El Corán no contiene ninguna referencia sobre la circuncisión, ni femenina ni masculina (aunque así lo crean).
- No hay nada que convierta la circuncisión femenina en una tradición obligatoria. Existen estados islámicos que respetan rigurosamente la ley islámica y no circuncidan a las niñas (por ejemplo, Arabia Saudí, Irán, Iraq, Siria, Libia o Marruecos, entre otros).

- Respecto a otros argumentos:

- La circuncisión no tiene por qué conservar la castidad. La educación familiar y el ejemplo de los padres con sus hijas es la mejor garantía para conservar la castidad y para desarrollar su conducta moral.
- Mujeres que no han sido circuncidadas no tienen el clítoris más grande.
- La MGF es un tema de derechos humanos, un tema de igualdad de oportunidades y de respeto a la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas.
- Han existido otras prácticas perjudiciales que han sido abandonadas: los cinturones de castidad, vendar los pies a las mujeres en China, los cilicios en España, etc.

3.1.4. El espacio para la reflexión

El abordaje individual con la mujer a la que se le ha practicado una MGF es fundamental ya que significa proporcionar un espacio para hacer frente a los sentimientos que alberga en torno a su propia MGF. Este espacio lo pueden proporcionar los/las profesionales cuando plantean el tema y se adopta una actitud de escucha activa. Esta situación permite ir liberando miedos, dolor, y facilita a la mujer observar y pensar con mayor claridad su propia experiencia, siendo capaz de ver otros puntos de vista y repensar dicha práctica.

Para que la comunicación sea efectiva es necesario:

- *Preparar y cuidar el entorno para que la mujer se sienta cómoda y se mantenga el intercambio de información en un mismo nivel.*
- *Mostrarse afable y hacer preguntas que muestren interés y respeto.*
- *Hacer revelaciones que denoten que se comparten algunos valores y puntos de interés comunes.*
- *Usar verbos y expresiones de sentimientos.*
- *Ser oportuno/a y sensible a las necesidades de los interlocutores.*
- *Garantizar la privacidad y confidencialidad de la comunicación.*
- *Permitir expresar las emociones y preocupaciones personales.*
- *Observar sistemáticamente las emociones y dar señales de que se perciben.*

La creación de dicho entorno puede facilitar un espacio de reflexión para iniciar de manera efectiva la prevención de la MGF.



También las preguntas pueden suscitar procesos de reflexión. En este sentido, se debe preguntar por los valores que orientan dicha práctica y su fundamentación, así como las consecuencias de dichas prácticas: ¿qué pasó, cuándo...?, ¿qué pasaría si...?, ¿cómo te sientes cuándo...?

El/ la profesional se tiene que mantener firme en su posición respecto al tema. Debe escuchar pero también ir repitiendo los hechos de vez en cuando (no es bueno para la salud, va contra los derechos de los niños, es ilegal, etc.).

Debe evitarse la utilización de los menores como intérpretes. Es mejor conseguir la colaboración del marido o de otra mujer capaz de guardar la confidencialidad.

Una mujer que ha comprendido que esta práctica es perjudicial, pero que se siente culpable porque se lo ha hecho a sus hijas, necesita espacio para decir cuánto lo siente.

Las niñas que crecen en nuestro país, suelen situarse entre dos culturas, la de aquí y la del país de origen de sus padres, ambas con valores diferentes. Necesitan hablar con alguien en quien confiar y que pueda proporcionarles información sobre su salud, su sexualidad y sobre la manera de hacer frente a las críticas que recibirá por parte de su propia familia y comunidad.

4 Atención en salud sexual y reproductiva



4.1. Atención durante el proceso de maternidad

4.1.1. Control del embarazo

Una vez fuera de su país, la primera vez que la mujer subsahariana suele tener que afrontar el tema de la MGF es, a menudo, debido a un embarazo.

Es preciso que las matronas y ginecólogos-obstetras adquieran conocimientos sobre las diferentes culturas y la sensibilidad necesaria para garantizar una atención de calidad y respeto a la mujer con MGF.

Empatía, confidencialidad, respeto y naturalidad son habilidades profesionales indispensables para el ejercicio de la profesión en general y para trabajar este tema en particular.

a) Primera visita de embarazo

La primera visita, realizada habitualmente por la matrona, es de vital importancia para poder establecer una relación de confianza entre la mujer y los/las profesionales de la salud.

La sensibilidad y la utilización de una terminología adecuada, son indispensables para garantizar que la mujer continúe realizando regularmente el control de su gestación.

Es importante poder contar con la colaboración del marido o alguna mujer de la familia o de la comunidad para que facilite la tarea de traducción.

Durante el control de embarazo es importante identificar a las mujeres con MGF, especialmente entre las que provienen de países de África donde se realiza, y registrarlo en su historia clínica, pero es preferible plantear por primera vez el tema de la MGF en visitas sucesivas, cuando se haya creado ya cierta relación de confianza y respeto entre el/la profesional y la mujer.

La visita comprenderá como en cualquier otra gestante, la anamnesis, controles de constantes, peso y talla, así como la exploración física (abdomen, extremidades inferiores...) y la exploración de genitales externos para valorar su adecuación para el parto. En caso de MGF se observará tipo y extensión de MGF, presencia de cicatrices rígidas, elasticidad del tejido.

Cualquier exploración debe ser realizada previo consentimiento de la mujer e incluso, a veces, de su pareja.



Los/las profesionales de la salud deberán ser capaces de controlar sus propios sentimientos respecto a la MGF ya que una reacción de shock cuando se realiza una exploración ginecológica (sobre todo en el caso de una infibulación), conlleva que la mujer se sienta demasiado avergonzada y humillada para volver a la consulta.

Hay que tener en cuenta que algunas mujeres africanas consideran que los profesionales masculinos no son los apropiados para realizar exploraciones obstétricas y otros procedimientos. En estos casos debería estar presente una profesional mujer durante la consulta. También debería evitarse la presencia de estudiantes, siempre que sea posible.

b) Visitas sucesivas de control de embarazo

Habitualmente, el escaso conocimiento del idioma local por parte de las mujeres africanas conlleva dificultades de comunicación. En consecuencia, representa todo un reto proporcionar la información y la educación sanitaria adecuada durante las visitas de control de embarazo. Contar con la colaboración profesional de la *media-dora intercultural* será, pues, de vital importancia.

La educación sanitaria incluirá temas habituales como: alimentación, controles, pruebas y cribajes durante el embarazo, cambios durante la gestación, el parto, la anestesia, el puerperio, cuidados del recién nacido, sexualidad y métodos anticonceptivos, etc.

En algunas culturas, existen tabúes alimentarios donde es tradicional eliminar ciertos alimentos de la dieta durante el embarazo, lo que agrava el riesgo de anemias ya prevalentes en estas poblaciones subsaharianas. Hay que tener en cuenta que algunas mujeres reducen la ingesta de alimentos y limitan el aumento de peso durante el embarazo para tener niños pequeños y evitar complicaciones durante el parto.

Para introducir el tema de la MGF en general, se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- Preguntar si tiene problemas para orinar, para la salida de flujo menstrual, infecciones urinarias, dispareunia o dificultades en las relaciones sexuales.
- Se puede indagar sobre la actitud de la mujer y la familia sobre la MGF, si piensan practicarla a la futura hija e introducir el tema de la ilegalidad de la práctica de todos los tipos de MGF en nuestro país, así como de las consecuencias para la salud de la niña.
- Utilizar el contexto de la educación sexual que se realiza durante el control del embarazo. Se informará sobre la función de los genitales externos. Se pueden utilizar láminas de anatomía para hablar del aparato genital femenino con circuncisión y sin circuncisión, así como de las consecuencias médicas (infecciones, transmisión del HIV, hemorragias...), psicológicas y sexuales de la MGF.

En caso de infibulación (poco frecuente en España), se planteará la necesidad de realizar la desinfibulación entre las 20 y las 28 semanas de gestación, utilizando anestesia local o peridural. En el caso de no hacerlo durante el embarazo, debería realizarse durante la segunda fase del parto. Al igual que en otras técnicas, será necesario el consentimiento informado previo.

El profesional tendrá en cuenta las siguientes cuestiones:

- Explicar a la mujer y a su pareja en qué consiste la técnica de la desinfibulación y las ventajas de realizarla (facilitar el parto, evitar infecciones durante el embarazo, evitar complicaciones en el recién nacido, etc...), positivizar los cambios que notará después de la intervención (facilidad de micción, salida de flujo menstrual, cambios en las relaciones sexuales, etc).
- Recordar que NO se podrá reinfibular después del parto, ni siquiera a petición de la mujer. Medicalizar la práctica es una forma de legitimarla.
- Derivar al centro hospitalario con el que exista una adecuada coordinación, adjuntando un informe donde conste el tipo de MGF, extensión de la circuncisión, información a la mujer/pareja sobre la ilegalidad de la reinfibulación, etc.
- Conviene contar con la presencia y la opinión de la pareja al tratar esta cuestión, ya que para ellas es importante que el marido tome parte en todas las decisiones.

Hay que tener en cuenta que los maridos también necesitan información, educación, consejos y apoyo sobre este tema.

4.1.2. Asistencia al parto

La asistencia al parto de las mujeres con MGF tipo I y II será la habitual, aunque teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Utilizar una mediadora intercultural siempre que sea posible.
- Aspectos psicológicos: la mujer con MGF suele tener miedo a la reacción de los profesionales sobre la circuncisión.
- A veces puede asociar el dolor durante el parto con su circuncisión: “tener miedo a volver a sentir el mismo dolor” (revivir el “trauma” de la MGF).
- En el periodo del expulsivo, valorar la elasticidad del tejido cicatricial de la MGF para evitar desgarros. Realizar episiotomía media lateral si es necesaria, pero NO de forma sistemática.

En el caso de una mujer con MGF tipo III o infibulación:

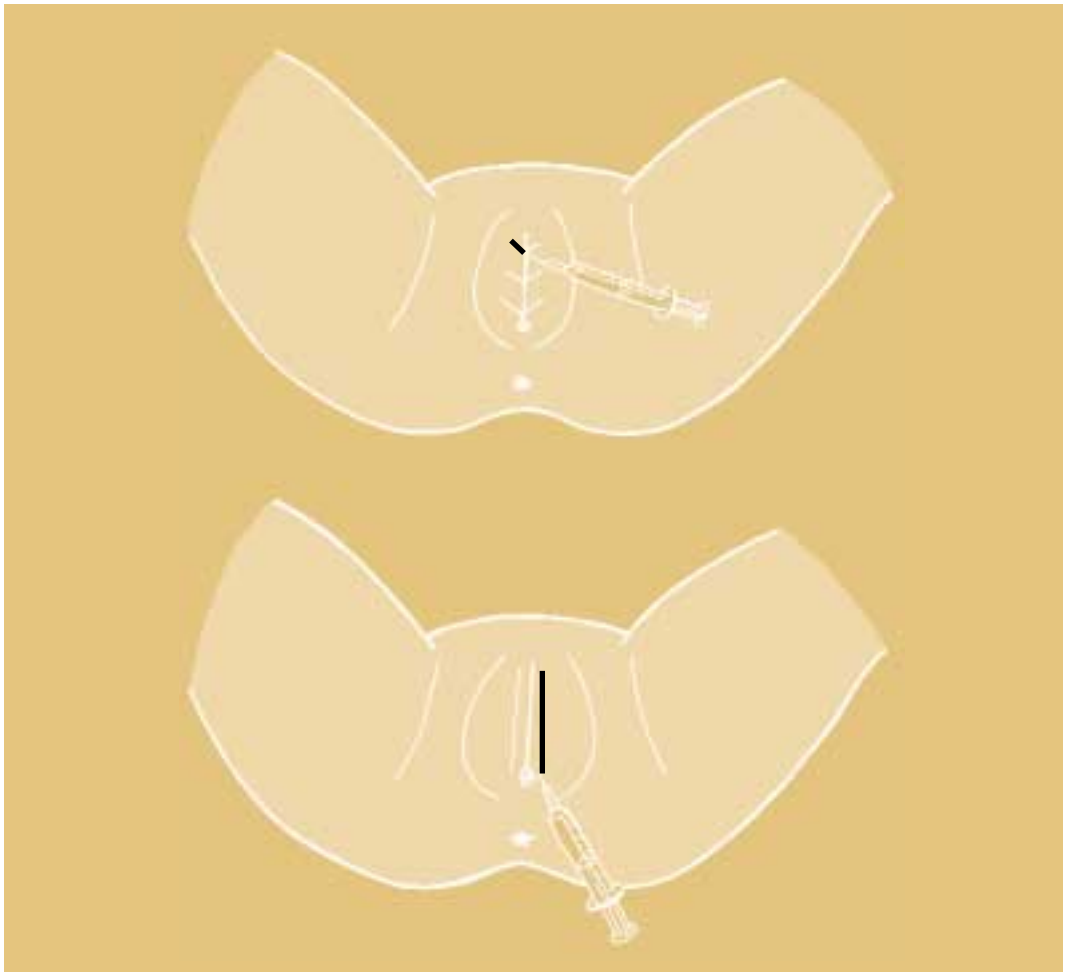
1.- Si la desinfibulación se ha realizado durante el embarazo:

- Manejo habitual del parto.
- Recordar el plan acordado sobre la no reinfibulación después del parto.
- Realizar episiotomía media lateral según indicación habitual (no sistemática).
- Estar muy alerta a las necesidades de analgesia.
- Limitar las exploraciones vaginales al mínimo necesario.

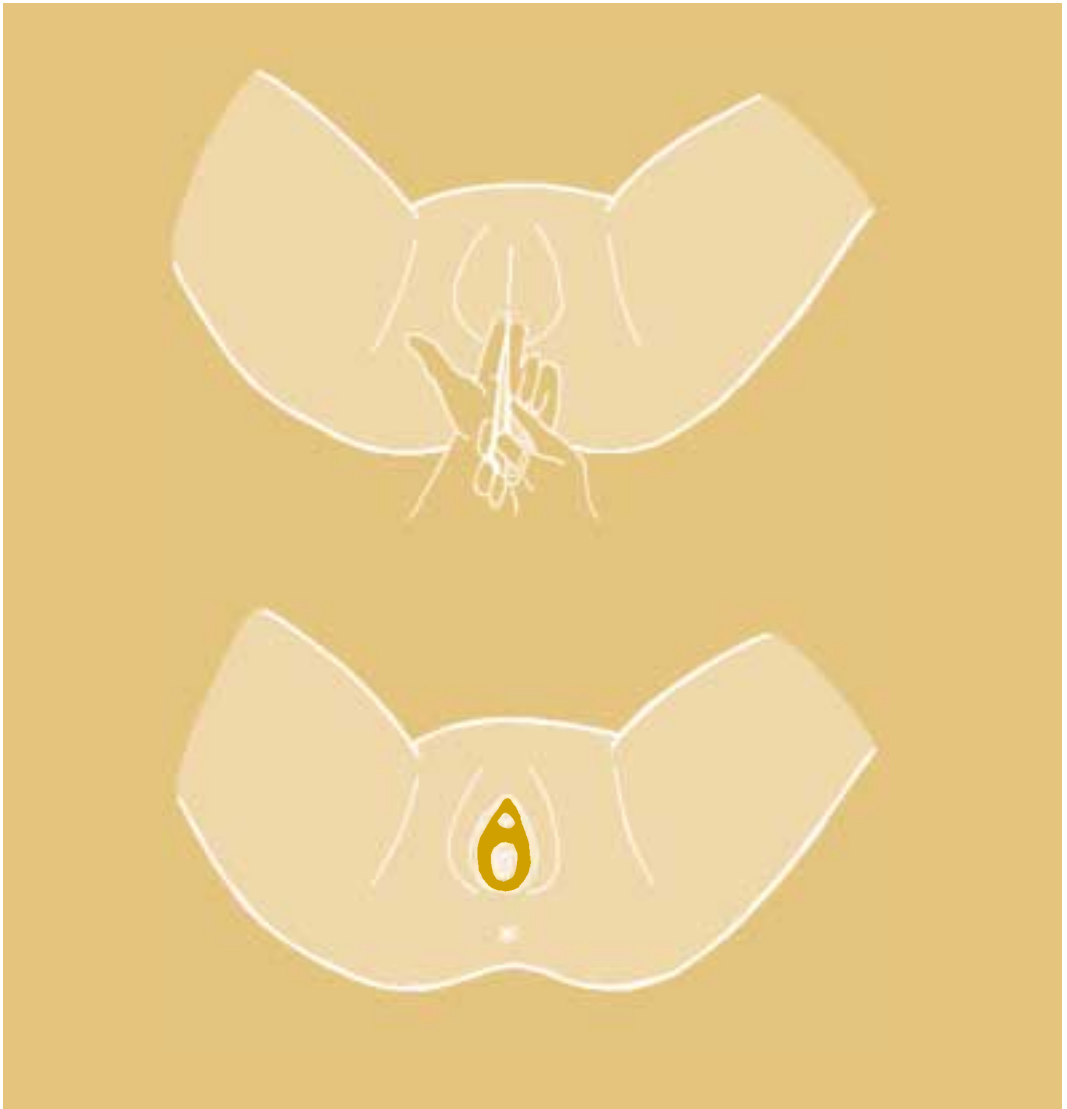


2.- Si la desinfibulación no se ha realizado durante el embarazo:

- La mujer suele tener miedo a que los profesionales de la salud no tengan los conocimientos necesarios sobre MGF y no sepan atenderla adecuadamente (cesáreas innecesarias, etc.).
- Comprobar que se dispone de consentimiento informado para realizar la técnica de desinfibulación.
- El manejo del parto será el habitual durante la primera fase, teniendo en cuenta las necesidades de anestesia y la importancia de limitar las exploraciones.
- En la segunda fase del parto se realizará la técnica de desinfibulación :
 - a. Si no se ha aplicado previamente anestesia peridural, se valorará el tejido de la infibulación para identificar la zona óptima para aplicar la anestesia local. El bloqueo de pudendos puede complementar posteriormente la analgesia.

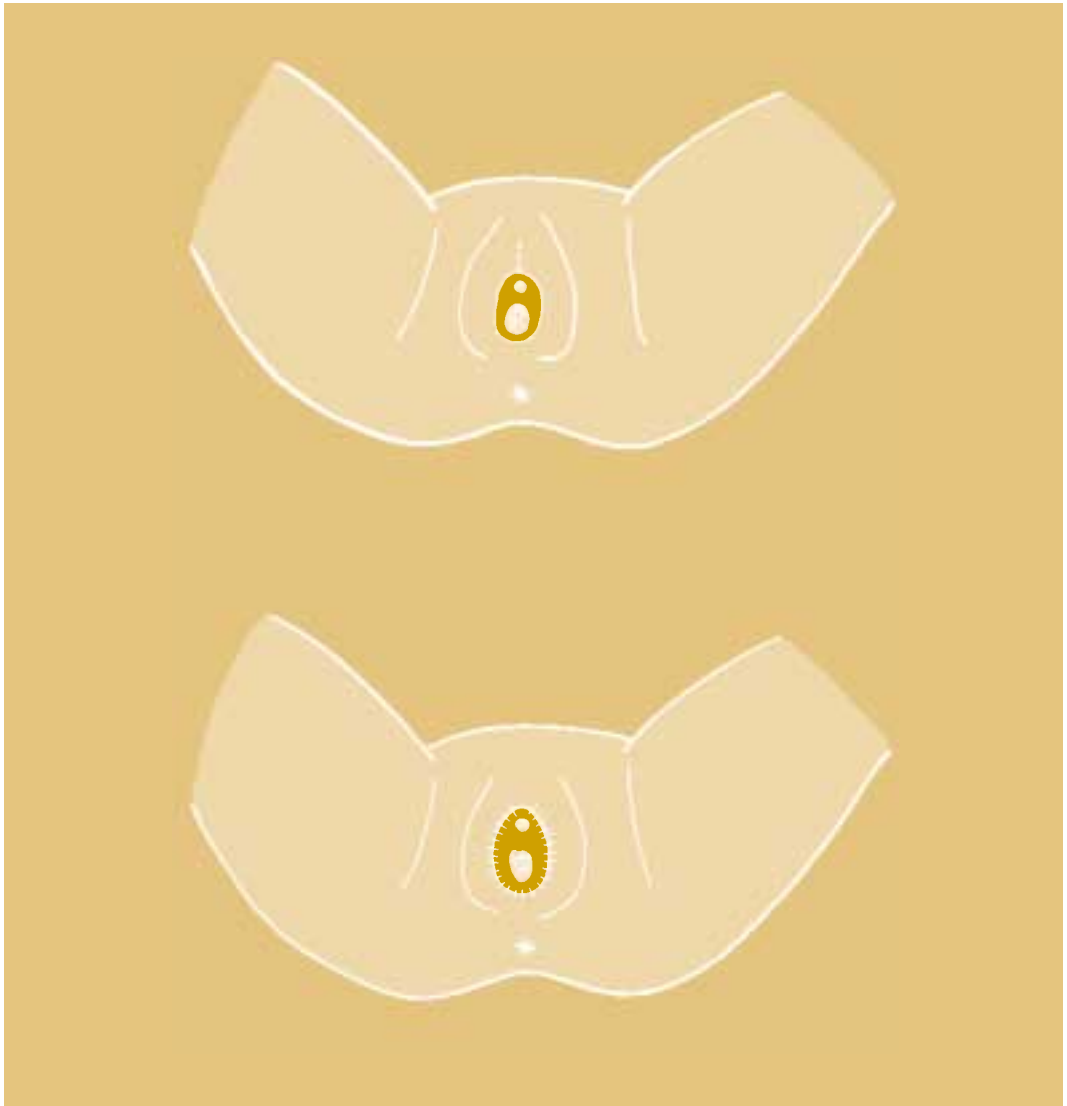


- b. Infiltrar anestesia local con aguja fina a 45°, inyectando pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz de la infibulación en forma de abanico.
- c. Infiltrar, posteriormente, anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal y utilizando aguja IM con una inclinación de 45°.
- d. Para la incisión, insertar el dedo índice (o el índice y el medio) de la mano izquierda a través del introito vaginal en dirección al pubis. Utilizar unas tijeras para cortar a lo largo de la línea media, sobre la cicatriz, hasta que la uretra sea visible. Debe extremarse el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris a estímulos y a que la uretra suele ser prominente y podría lesionarse.





- Durante la fase del expulsivo, realizar episiotomía anterior antes de que el tejido se tense por la presión de la presentación y dejar tiempo para una episiotomía media lateral suplementaria, sólo si es necesaria.
- Una vez finalizado el parto, suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubiertos con piel. Posteriormente, suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los probables desgarros que se hayan producido en los labios. Utilizar suturas finas y atraumáticas como el dexon/vicryl 4.0 ó 3.0.



4.1.3. Control post-parto

Durante el puerperio, se realizarán los controles habituales, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Informar debidamente a los/las profesionales de la sala de puerperio así como a la matrona que realizará el seguimiento del puerperio domiciliario, sobre los posibles cambios anatómicos de la mujer en caso de desinfibulación.
- Realizar las curas necesarias, en caso de desgarros y otras heridas perineales sufridas durante el parto, para evitar la infección. Explicar a la mujer la relación entre los desgarros y las cicatrices ocasionadas en la MGF.
- En caso de desinfibulación, resaltar los aspectos positivos derivados de la nueva situación y dar apoyo psicológico para que pueda afrontar este cambio.
- Enseñar a realizar ejercicios de recuperación perineal.
- Conviene asesorar a la mujer respecto al reinicio de las relaciones sexuales después del parto:
 - a. Intentar no tener relaciones coitales hasta la completa cicatrización de las heridas producidas en el parto.
 - b. Utilización de lubricantes vaginales en las primeras relaciones coitales, si precisa.
 - c. Utilización de métodos anticonceptivos apropiados durante la lactancia.
- En caso de que el recién nacido sea niña, asegurarse de que los padres son conscientes de las consecuencias que conlleva la MGF para la salud de su hija, y recordar que la práctica es ilegal.
- Tener en cuenta que al hablar del tema de la MGF pueden generarse sentimientos de culpabilidad por haber circuncidado a otra hija anteriormente.
- Resaltar las costumbres positivas que a los países europeos nos favorecería aprender de los países del sur como son: la lactancia materna prolongada, el contacto físico constante entre las madres y los lactantes, el apoyo de la familia extensa en el cuidado de los hijos, la seguridad de los niños dentro de la comunidad, el compartir, etc.
- Indagar si la hija se criará en España o en África. Esto conlleva poder comentar las dificultades que supondría la circuncisión para la niña si opta por quedarse en España (el hecho de sentirse diferente de sus amigas, importancia para los niños el ser igual que sus amigos...). Si la niña debe volver a su país, informar de que también allí se están produciendo cambios respecto a esta cuestión.
- Elaborar un informe al equipo de pediatría de referencia para que pueda continuar con las tareas de sensibilización sobre la prevención de la MGF en la niña, y donde consten las actividades realizadas hasta el momento, y la respuesta de los padres ante el abordaje del tema.



4.2. Examen ginecológico

El examen ginecológico de una mujer portadora de una MGF, se planteará como consecuencia de una consulta de embarazo, por patología ginecológica, o bien, en el seno de los programas preventivos de Atención a la Mujer: Orientación y Planificación familiar, Prevención del cáncer ginecológico y de mama.

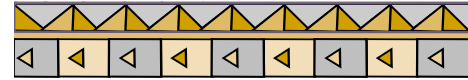
Las mujeres portadoras de algún tipo de mutilación genital pueden reaccionar de forma negativa ante la posibilidad de una exploración ginecológica. Mantener un ambiente de confidencialidad, privacidad y sensibilidad, es importante para todas las mujeres, pero es esencial e imprescindible en estos casos. La mujer debe ser informada y consentir en la realización de la exploración.

Esta misma sensibilidad es necesaria para tratar los temas de contracepción. El valor de la fertilidad se forja en cada uno de los entornos culturales en que las personas son socializadas. La representación de la corporalidad en cada mujer, es resultado de su propia trayectoria cultural y personal. En este sentido, el profesional ha de actuar como un catalizador facilitando la información, pero permitiendo asimismo la reflexión, con una actitud de respeto que facilite una comunicación adecuada.

Al realizar la observación de genitales externos en una exploración obstétrica o ginecológica, es importante fijarse en la integridad del prepucio y del clítoris y anotar en la historia clínica cualquier alteración que se observe.

En mujeres infibuladas debido a que el orificio vaginal es tan pequeño, la exploración ginecológica produce dolor intenso incluso utilizando un espéculum virginal. El tacto vaginal puede ser doloroso y difícil de realizar.

5 Atención en la edad pediátrica



La ONU en la declaración de los derechos del niño dice:

Artículo 19-1:

“Los gobiernos están obligados a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la tutela o custodia de los padres o representante legal u otra persona que lo tenga a su cargo “

Artículo 24-3:

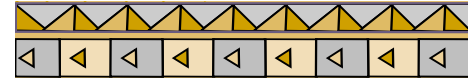
Exige a los gobiernos “adoptar medidas eficaces para la abolición de las practicas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.

Las actividades preventivas del recién nacido se engloban en los Protocolos de medicina preventiva en la edad pediátrica y comprende edades que van desde los 0 meses hasta los 14 años.

Se considera que la infancia es la etapa de la vida donde las actividades preventivas y de promoción de la salud influyen de manera más positiva, perdurando a lo largo de la vida adulta. Por este motivo la prevención de la MGF debe incluirse como parte importante en estos protocolos de prevención en la infancia, teniendo un apartado específico.

Respecto a la atención pediátrica es necesario que el personal sanitario, pediatra y enfermera/o, que trabaje con madres africanas, disponga de mayores conocimientos sobre la MGF (su cultura, su religión, su costumbres y su lengua); y, si fuera necesario, disponer de un intérprete que en ningún caso sea menor de edad.

Es imprescindible la capacitación de los/las profesionales para entender y convivir con las diferentes culturas que llegan, ya que favorecería el entendimiento y el respeto mutuo.



5.1. Primera visita del recién nacido

En la primera visita del RN a consulta, la exploración de una niña africana no tiene por que ser diferente a la de cualquier otra niña. La exploración genital debe ser realizada a todas por igual, pues hay que descartar la existencia de una sinequia vaginal, unión de los labios menores, para así evitar problemas de salud posteriores.

Se insiste en esta cuestión porque hay profesionales de la salud que creen que llevando a cabo este tipo de exploraciones se estigmatizan pacientes de una determinada etnia o procedencia.

La visita constará de anamnesis familiar, anotando nombre de los padres (crea confianza), número de hijos, sexo y edad; lugar de origen, profesión de los padres, estudios y lengua. También se incluirán datos del embarazo, parto y periodo neonatal.

Se realizarán las actividades que estén determinadas en los protocolos de salud respecto a la exploración física, tipo de alimentación, cuidados e higiene del recién nacido y otros apartados que se recojan en dicho protocolo. Se pautarán visitas posteriores, anotando la actuación en la historia.

En la hoja que corresponde a problemas de salud se debe hacer constar FR (factor de riesgo) de MGF, también se deben registrar todas las intervenciones indagatorias o educativas al respecto, haciendo constar la fecha.

Se consideran factores de riesgo para las niñas:

- Pertenecer a una etnia que practica la MGF: la mayoría de las niñas o de las mujeres que han sufrido una MGF proceden, ellas o sus familiares, de algún país donde se practica.
- Pertenecer a una familia donde a la madre y/o a las hermanas mayores se les ha practicado la MGF
- Pertenecer a un grupo familiar donde el mito del retorno al país de origen sigue muy presente.
- Proximidad de un viaje o vacaciones de la familia al país de origen.

También se hace necesario reseñar los países de origen con objeto de conocer la población que atendemos y sus diferentes realidades. Esto se puede hacer desde los registros informáticos, que facilitarán la extracción de datos a la hora de querer saber la procedencia de la población atendida y la problemática de salud que puedan tener.

5.2. Visitas sucesivas del recién nacido

La periodicidad de la exploración genital se llevará a cabo en la primera visita, al año de vida y a los 2-4-6-8 y 10 años, o según la pauta de visitas que se enmarquen dentro del protocolo del niño sano (durante el primer año de vida se ha de hacer por lo menos una intervención educativa y creemos que la visita de los 9 meses puede ser la adecuada).

Si realizan un viaje al país de origen se hace necesaria una exploración antes de éste y una visita posterior de revisión. Se debe informar sobre la ilegalidad de la práctica, aunque ésta haya sido realizada fuera del territorio español.

Es importante tener en cuenta que, si es posible, tanto la intervención educativa como exploratoria sea llevada a cabo por personal sanitario femenino; para ellas, este hecho comporta un significado de respeto hacia la sensibilidad musulmana y sus planteamientos referentes a la diferenciación de la identidad sexual.

En la historia clínica, se ha de identificar la población en riesgo y se anotarán las intervenciones educativas que se han realizado; no sería necesario hacerlo en la primera visita del RN.

En este apartado cabe decir que a la hora de abordar la MGF será diferente hacerlo con una mujer africana que llega a consulta por primera vez, que con la que se tenga un nivel de conocimiento y confianza construido a lo largo del tiempo porque frecuenta nuestra consulta y se visitan otros hijos.

Si acude con su pareja a la consulta y los conocemos, se puede indagar a propósito de su actitud respecto a la MGF: qué piensan acerca de ella, y si la madre está mutilada, dónde se van a criar sus hijas, si piensan volver a su país de origen y si esperan practicarla a su hija. Intentar conseguir el compromiso de los padres de no practicar la MGF a su hija.

Esto se ha de hacer siempre tras la valoración del personal sanitario del nivel de confianza y empatía que existe. La frecuencia del consejo educativo y de indagación se llevará a cabo teniendo en cuenta todo lo anterior, evitando hacerlo durante la primera visita, pues podría ser tomado como una ingerencia en su privacidad y generar conductas de rechazo.

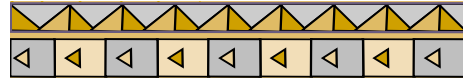
5.3. Estrategias para la integración social y prevención de la MGF

Cualquier acercamiento al tema de la MGF se ha de hacer desde el respeto: el conocimiento de su cultura y de sus costumbres nos permitirá reforzar aspectos muy positivos y valorados por nosotros; por ejemplo, la familia, el cuidado de los hijos, la lactancia materna, etc.

Si se trata de niñas de 4-10 años (franja de edad donde es más frecuente la realización de la MGF) que dejan de acudir a consulta, es necesario mantener contacto con el colegio o captarlas durante las revisiones escolares, estableciendo contactos entre el personal sanitario y los maestros. Esto puede ser muy importante a la hora de saber la posibilidad de viaje al país de origen de los padres por vacaciones, pues es la ocasión para la realización de la MGF.

A los padres es importante hacerles saber que en caso de viaje a África deben consultar su calendario de vacunas (esto también nos permitirá descubrir la proximidad del viaje) pues hay enfermedades como el sida, hepatitis y tétanos que les preocupan.

La existencia de un grupo de contacto, al que podamos acudir en caso de sospecha de MGF, es muy importante y debería estar formado por mujeres de su propia etnia, mediadora cultural o agente de salud, dando cabida a otro tipo de profesionales. De ahí la necesidad de la creación de un grupo multidisciplinar con implicación de diferentes profesionales que sepan como abordar el tema de la MGF.



Aunque algunas de estas niñas se queden en África y no vuelvan a nuestra consulta, **NO** debe cambiar nuestra intervención educativa, dirigida a evitar la MGF. Serviría de gran ayuda conocer la existencia de algún grupo de trabajo u ONG que actúe en el país de origen va y pueda llevar a cabo un seguimiento.

Es útil contar con material visual tipo láminas, folletos, etc. a la hora de hacer intervenciones educativas.

a) Indicios de sospecha de MGF

Existen toda una serie de indicios que pueden hacer pensar que se ha practicado una MGF en una niña:

- **Cambio de comportamiento a la vuelta de vacaciones, retraimiento, tristeza.**
- **Absentismo escolar alegando motivos de salud; por ejemplo, pérdidas sanguíneas o cansancio por anemias postmutilación.**
- **Se descubre tras una exploración sanitaria.**
- **Cuando la niña pertenece a una familia en cuya comunidad se practica.**

b) Detección de casos de MGF

En primer lugar se debe pensar si existen suficientes indicios para creer que se ha realizado una MGF y en segundo lugar, se debe considerar que puede ser percibido como una intromisión en su vida y costumbres y



pueda ser interpretado como un acto racista y visto desde la comunidad a la que pertenece, como un ataque a sus tradiciones.

En los casos que se ha detectado una MGF los profesionales debemos:

- No aislar, culpabilizar ni estigmatizar a las familias.
- Respecto a las sospechas, se han de corroborar.
- Respecto a los profesionales, no se deben sentir aislados y han de contar con el apoyo tanto de su entorno profesional como institucional.
- Consulta, información y solicitud de apoyo, de los servicios sociales.
- Apoyo e información por parte de los servicios sociales.
- Garantizar la protección y confidencialidad de las que la hayan sufrido.
- Realizar campañas educativas e informativas en la comunidad, dentro de programas sociosanitarios más amplios.
- Puede ser positivo la implicación de miembros de la propia comunidad inscritos en el ámbito de sus relaciones, como líderes religiosos y expertos en el tema.
- Siempre se dejarán como último recurso, las acciones legales.

6 El papel de la escuela en la prevención de MGF



El papel de la escuela y de los/las educadores/as en la prevención y sensibilización en casos de MGF es fundamental. La MGF, como se ha comentado a lo largo de todo el texto, es una realidad cultural profundamente ligada a la salud y los derechos humanos de las niñas y mujeres afectadas. ¿Cómo se puede colaborar desde la escuela?

6.1. Información

Cuando en una escuela o clase se encuentran niñas que reúnen las características de riesgo que se apuntan en esta guía, es fundamental informarse acerca de la MGF antes de intervenir de una manera u otra (hablando con la niña, con su familia, con la policía, etc.). Por su naturaleza delicada y porque hay menores implicadas, ante la MGF pueden cometerse muchos errores cuando no se dispone de una orientación adecuada en cuanto a cómo intervenir desde el ámbito educativo.

Así, cuando existe sospecha de MGF en la escuela, el primer paso a dar es familiarizarse con la historia y el contexto cultural de la MGF (países de origen y núcleos poblacionales en la sociedad receptora donde se practica o se ha tenido conocimiento de situaciones). En los centros de salud locales o en los servicios sociales, puede haber profesionales preparados para hacer esta tarea informativa, o bien podrán derivar la demanda a otros profesionales con una mayor experiencia en el tema (antropólogos/as, mediadores/as interculturales, etc.), capaces de ofrecer consejo y orientación en cuanto a aspectos legales, de prevención e intervención.

6.2. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias

Pueden darse dos tipos de situaciones identificables desde la escuela, antes de que se practique la MGF o después. Las familias que tienen decidido circuncidar a sus hijas suelen aprovechar una estancia de vacaciones en el país de origen para llevar a cabo el rito. Los datos de que disponemos informan de que no todas las familias cuyo perfil se ajusta a las características mencionadas, desean “iniciar” a sus hijas.

También se conoce que cada vez hay más familias que tienen dificultades para tomar una decisión definitiva y que se debaten entre transgredir la norma cultural y renunciar a la MGF, o ceder a las presiones de sus mayores en la comunidad de origen y permitir que ésta se lleve a cabo.

Cuando se informa de que una niña estará ausente para realizar un viaje al país de origen africano de su familia, conviene sobre todo ser prudentes y no llegar a conclusiones apresuradas que pueden provocar intervenciones inadecuadas.

Las propias niñas que van a ser iniciadas no suelen saberlo antes de realizar el viaje. Cuando son algo mayores es posible que sí dispongan de alguna información. Es poco probable que lo hablen con personas que no formen parte de su familia o de su comunidad.

Quizás se muestren retraídas, muy calladas y no quieran hablar demasiado de su viaje inminente. Conversar con las niñas sobre las vacaciones que se avecinan es una actividad educativa que facilita un acercamiento y reconocimiento por parte del/la educador/a y alumnos/as a la realidad cultural de estas niñas. Ya sea que se haga en clase o a solas entre educador/a y alumna, puede ser una forma de detectar las actitudes que manifiesta la niña ante el viaje.

Cuando estas actitudes parecen negativas, puede ser una señal de que la niña sabe que está previsto someterla al ritual.

Aquí el apoyo que podrá ofrecer el/la educador/a dependerá mucho de la relación que tenga con la niña. Si la relación es de confianza, podrá aportar información, educación y apoyo psicológico siguiendo las pautas que proponemos en el apartado sobre este tema. Si no es así y la sospecha parece fundada, los educadores deberán ponerse en contacto con los servicios sociales o sanitarios antes del viaje, con tiempo suficiente, si es posible, para permitir una intervención preventiva adecuada.

La denuncia y las acciones legales se deben utilizar como última opción ya que los efectos pueden ser contrarios a lo que se quiere conseguir. Estas acciones podrían dificultar la sensibilización y el apoyo a la familia frente a una decisión que les resulta muy difícil.

Si a pesar de las acciones preventivas al regreso de un viaje por vacaciones se observa un cambio en el comportamiento de las niñas, se puede pensar en que se ha practicado una MGF. En general, hablan menos, se ven más retraídas y suelen mostrarse reacias a las relaciones con los demás.

El hecho de tener un secreto que no pueden compartir con quienes no han sido “iniciadas” les significa una tensión mental muy fuerte. La imagen que tienen de sí mismas, su adaptación e integración con sus compañeras, puede cambiar radicalmente, pues son conscientes de que ahora “son” diferentes y no se sienten parte del grupo.

Por otro lado, cuando se les pide que hablen sobre sus vacaciones o sobre el país de origen de su familia, es probable que o bien no digan nada o que se expresen de manera abiertamente negativa. Difícilmente explicarán el porqué, pero su rechazo será claro en expresiones como “los africanos son muy primitivos, sucios, pobres”, “no quiero volver nunca más”, “no me gusta el país de mis padres”, “yo no soy africana”, etc. Se trata de una negación de su vínculo con África a causa del horror vivido y de la imposibilidad de superarlo si no es con la ayuda de un/a profesional debidamente preparado/a.

Es cierto que en ocasiones los niños en general manifiestan este rechazo hacia el país de sus padres tras una visita, por la enorme diferencia existente entre la vida que llevan ellos aquí y la que se vive allí. Por otro lado, está la distancia entre la imagen idealizada de África que pueden haberles transmitido sus padres y su constatación personal que corrobora la información transmitida a través de los medios de comunicación y los estereotipos que



sobre este continente y sus habitantes se tiene en la sociedad receptora. La diferencia entre esta reacción más o menos normal y la de una niña que ha sufrido la MGF se puede observar en la manifestación de rabia, de indiferencia excesiva, de apatía, en sus pocas ganas de hablar y compartir con los demás su experiencia.

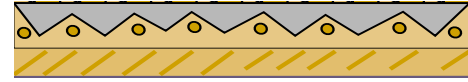
Físicamente, estas niñas no suelen manifestar incomodidades y malestar, pues como hemos dicho anteriormente, los tipos de MGF que suele practicarse en las poblaciones asentadas en España son la clitoridectomía y la excisión, de manera que la cicatrización de la herida resultante de la ablación es relativamente rápida y suelen recuperarse durante las vacaciones. Así, las secuelas más visibles suelen ser psicológicas y emocionales, en la relación con los otros. De nuevo, el apoyo que puede prestarle un/a educador/a dependerá mucho de la relación de confianza y respeto que haya entre ellas.

Conviene, no obstante, tener en cuenta que estas niñas necesitan una ayuda psicológica especializada, que deberá aportarle un terapeuta con los conocimientos adecuados para intervenir en este tipo de situaciones.

Así, recomendamos derivar a estas niñas, a través de los centros de salud locales o de servicios sociales, a profesionales familiarizados con las prácticas tradicionales de la comunidad y preparados para ofrecer una ayuda adecuada a estas niñas y sus familias. Si no los hubiera, sería importante transmitir la necesidad de crear servicios de apoyo adecuados.

7

Marco legal de la MGF



La preocupación existente en torno al tema de la obligación legal y ética del profesional frente al conocimiento de la realización de una MGF o al riesgo de que ésta se produzca, pone de manifiesto la necesidad de un asesoramiento jurídico previo a emprender cualquier acción legal.

En esta guía, se presentan, con carácter orientativo, los aspectos recogidos por la legislación española.

7.1. La MGF en la legislación española

La mutilación genital femenina, cualesquiera sea el tipo practicado, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico en los Artículos 147, 148, 149 Y 150 del Código Penal, siendo el tipo penal básico el artículo 149:

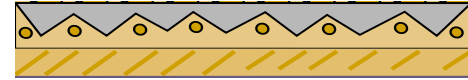
“El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.

La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, publicada en el BOE núm.234 de martes 30 de septiembre de 2003,

Dice:

Seis. Se modifica el artículo 149, que queda redactado como sigue:

1. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.
2. El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuere menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el Juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.”



7.2. Competencia de los tribunales españoles

En los casos que se tenga conocimiento que una menor ha sido objeto de algún tipo de MGF, hay que establecer:

- a) Si la práctica se realizó en España
- b) Si la práctica se realizó en el país de origen de los progenitores o en un tercer país.
- c) Si la persona o personas que llevaron a cabo la MGF son españolas (o han adquirido la nacionalidad española con posterioridad a los hechos)
- d) Si los progenitores actuaron como “promotores” de la MGF

Compete en exclusiva al Juez examinar todas estas cuestiones y tener conocimiento de la denuncia presentada.

Por otro lado, el Juez podrá adoptar “medidas cautelares en favor de la menor”, en aquellos supuestos en los cuales el profesional sanitario, o cualquier ciudadano o ciudadana, denuncie la existencia con toda certeza de actos preparatorios o la voluntad de los progenitores de llevar a cabo dicho acto y dispone de indicios suficientes para concluir que se debe actuar desde el punto de vista de la prevención a fin de evitar que se practique la mutilación.

7.3. ¿Es el derecho penal el mejor instrumento para erradicar la MGF?

El uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el “tratamiento social” de un problema tan complejo. Al menos, para la mayoría de la doctrina legal, respecto al uso del derecho penal, se ha impuesto el principio de “*intervención mínima*”. Por éste se supedita el uso del derecho penal a aquellas cuestiones en donde la protección de los “bienes jurídicos” (p.e. la vida, la integridad física, etc.) no pueda ser garantizada de otra manera por otras ramas del derecho (según Magistrado Lacaba de la Asociación Profesional de la Magistratura). Ya que existen además del derecho penal otros procedimientos aplicables, se pueden adoptar distintas medidas cautelares dirigidas a evitar la comisión del delito, cuyo fundamento jurídico se halla en un apartado del artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y respecto al derecho civil y de familia en los artículos 9.6 y 158 del Código Civil y 134 y 138 del Codi de Família de Catalunya (Llei 9/1998 de 15 de juliol del Parlament de Catalunya).

Las medidas cautelares deberían comenzar con la **información, sensibilización y educación** dirigidas a los progenitores; la **prohibición administrativa de salida de España** (el artículo 28.2 de la Ley orgánica 4/2000 modificada por la Ley orgánica 8/2000 de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, lo autoriza) dirigida a los padres y/o a la menor para impedir que trasladen a ésta fuera de nuestro país (medida siempre de carácter temporal y proporcionada entre el riesgo concreto e inminente de la realización de la mutilación); dicha prohibición también puede ser adoptada por el juez con la advertencia de que en caso contrario podrían incurrir en un delito de desobediencia; (también como lo advierte el Magistrado Lacaba), se puede acordar judicialmente la **presentación periódica** de la menor y la visita de ésta por el médico pediatra.

En el siguiente esquema, puede apreciarse más ampliamente el Marco jurídico respecto a la MGF

TABLA 2. Marco jurídico relativo a la MGF

Normativa Internacional	El Derecho Penal	El Derecho Civil
<ul style="list-style-type: none"> • Convención para la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, 54 periodo de Sesiones ONU (Resolución 54/133) Violencia contra la mujeres. (En el año 2000, eran 165 estados parte). El Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen las leyes para prohibir las Mutilaciones Genitales Femeninas. • Convención ONU sobre los Derechos del Niño. Adoptada el 20 de noviembre de 1989. El artículo 24 obliga a los Estados a: "asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres" y exhorta a los Estados a "Adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños" en referencia explícita a los efectos de la MGF. 	<p>La Mutilación Genital Femenina, cualquiera que sea la clase de mutilación practicada, constituye un DELITO DE LESIONES tipificado en los artículos 147, 148, 149 y 150 del Código Penal:</p> <p>Artículo 149 del Código Penal: "El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años."</p> <p>Bien jurídico protegido, en este tipo penal:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La integridad corporal o física ha constituido el objeto de protección en el que siempre se ha coincidido por doctrina y Jurisprudencia. Por ella puede entenderse el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico/funcional interna y externa. Resultará vulnerada a través de toda pérdida inutilización, menoscabo o desfiguración de cualesquiera órganos, miembros o partes del cuerpo. b) La mención de la integridad corporal y la salud como un bien jurídico protegido en los delitos de lesiones ha merecido una amplia acogida tanto doctrinal como jurisprudencial. c) Integridad y salud personales tanto física como mental del ser humano, según la definición de SALUD de la OMS. <p>El bien jurídico protegido en estas figuras delictivas tiene un directo reconocimiento constitucional en el derecho a la integridad física y moral recogido en el artículo 15 de la Constitución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio de La Haya, sobre "Competencia de las autoridades y ley aplicable en materia de protección de menores" de 5 de octubre de 1961. <p>Artículo 9.6 del Código Civil sobre la competencia de Los Tribunales españoles en materia de Tutela y las medidas de protección del incapaz (menor).</p>

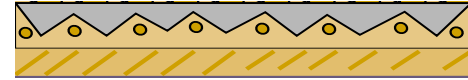


TABLA 2. Medidas cautelares cuya adopción corresponde a las jurisdicción española

Ministerio del Interior / Jurisdicción Penal	Jurisdicción Civil
<p>Ministerio del Interior:</p> <p>Dicta la resolución de Prohibición con información a los ciudadanos de los Recursos Legales contra esta medida.</p> <p>a) Prohibición de salida del territorio español, para evitar que los progenitores trasladen a la menor fuera de España. La medida se dictará ante el riesgo cierto e inminente de la práctica de la MGF: Artículo 28.2 de la Ley 4/2000 modificada por la Ley 8/2000 (Ley Orgánica de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración Social) y artículo 34 Del Reglamento de Ejecución de esta Ley, aprobado por el Real Decreto 864/2001. Razones:</p> <p>b) Motivo: Razones de Salud Pública</p> <p>c) Quien puede solicitarlo: Delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma, Subdelegado del Gobierno en la Provincia; Dirección General de la Policía, Personal Sanitario del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Procedimiento de Jurisdicción Voluntaria</p> <p>Competente: Juzgado de Familia</p> <p>Motivo: Protección de menores</p> <p>Quien puede pedir su iniciación: La Fiscalía de Menores, la menor, cualquier pariente, el Organismo Tutelar de Atención a la Infancia.</p> <p>Medidas: Urgentes de protección de Tutela.</p>
<p>Juzgado de Instrucción Penal:</p> <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 acuerde la prohibición de trasladar a la menor fuera del territorio español, se puede acordar la presentación periódica de la menor.</p>	

8 Bibliografía

Monografías

- **Amnistía Internacional.** La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Amnistía Internacional, 1999.
- **Facchi, A.** Mutilaciones Genitales Femeninas y derecho positivo, en Javier de Lucas: Derechos de las minorías en una sociedad multicultural. Cuadernos de Derecho Judicial. Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial. Madrid; 1998.
- **Franjou, MH.; Gillette, I.** Femmes assises sous le couteau. Paris: Gams; 1995.
- **Generalitat de Catalunya,** Secretaria per a la Immigració. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2002.
- **Inter-African Committee.** Report on follow-up Symposium for Religious Leaders and Traditional Leaders on violence against women with emphasis on FGM. Arusha: Tanzania; 2000.
- **Inter-African Committee.** Report of the Symposium for Religious Leaders and Medical Personnel on FGM as a form of violence. Banjul: The Gambia; 1998.
- **Kaplan, A.; Bedoya, M.H.; Franch, M. y Merino, M.** Avances interdisciplinarios en el conocimiento de los procesos de cambio e integración social: la situación de las mutilaciones genitales femeninas en España, **García Castaño, E.J. y Muriel, C.** La inmigración en España con textos y alternativas. Vol. II Universidad de Granada, 2002.
- **Kaplan, A.** Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género en Javier de Lucas: La Multiculturalidad, Cuadernos de Derecho Judicial. Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial. Madrid; 2001
- **Kaplan, A.** De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social. X Premio Rogeli Duocastella. Barcelona: Fundació "la Caixa"; 1998.
- **Koso-Tomas, O.** The circumcision of women. A strategy for eradication. London: Zed Books; 1987.
- **Lightfoot-klein, H.** Prisoners of ritual: an odyssey into Female Genital Circumcision in Africa. New York: Haworth Press; 1989.

- **National Board of Health Prevention of Female Circumcision.** Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundheds Styrelsens publikationer; 2000.
- **ONU.** Declaración de los derechos del niño.
- **Walker, A.** En posesión del secreto de la alegría. Barcelona: Ed. Plaza y Janés ; 1992.
- **Walker, A. y Palmer, P.** Warrior Marks: FGM and the sexual binding of women. London: Harcourt Brace & Co; 1993.
- **Who Female Genital Mutilation.** A joint Report WHO/Unicef/UNFPA statement. Technical Group. Ginebra; 1997.
- **VVAA.** La mujer en el África Subsahariana. Madrid: Iepala; 1995.
- **Generalitat de Catalunya,** Departament de la Presidència, Secretaria per a la Immigració. Protocol d'actuacions per a prevenir la Mutilació Genital Femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2002.

Publicaciones periódicas

- **Brady, M.** Mutilación de los genitales. Nursing 1999; febrero: 20-21.
- **Sangeeta, D.; Aziz, S.** La atención a los pacientes musulmanes. Siete Días Médicos 2001; nov-dic (4): 42.
- **Moreno, J.; Castany, MJ.** Els Professionals sanitaris davant la Mutilació Genital Femenina. Primaries, 2002: 14-15.
- **Morison, L.; Scherf, C.; Ekpo, G.; Paine, K.; West, B.; Coleman, R.; Walraven, G.** The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. Tropical Medicine and International Health 2001; 6(8): 643-653.
- **Msuya, S.E.; Mbizvo, E.; Hussain, J.; Sam, N.E.; Strady-Pedersen, B.** Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? Tropical Medicine and International Health 2002; 7(2): 159-165.



Adriana Kaplan
adriana.kaplan@uab.es

Cristina Martínez
llevadores@maptel.es

www.eu-idil.org
www.llevadores.org

Con la colaboración de:



PROGRAMA
DAPHNE



Universitat Autònoma de Barcelona
Divisió d'Antropologia Social

