



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de actuación para la prevención y abordaje de la Mutilación Genital Femenina desde las funciones propias de Enfermería.

Autora: Carla Pérez Gil

Tutor: Ángel Gasch Gallén

ÍNDICE

Portada	1
Índice	2
Resumen	3
Introducción	4 – 8
Objetivos	9
Destinatarios	9
Metodología	9 – 10
Desarrollo	11 – 13
Conclusiones	13 – 14
Anexos	15
I	16 – 17
II	18
III	19 – 20
IV	21
V	22 – 32
VI	33 – 34
VII	37 – 47
Bibliografía	48 – 51

RESUMEN

En los últimos años, la Mutilación Genital Femenina (MGF) ha pasado a ser un problema global, lo que conlleva la necesidad de que los profesionales sanitarios residentes en países en donde se realiza esta práctica, adquieran nuevos conocimientos, competencias y actitudes, para poder hacer frente a esta problemática de manera satisfactoria. Con este trabajo, se pretende hacer una revisión bibliográfica del tema y diseñar de un plan de actuación para los profesionales de Enfermería, enfocado en las cuatro funciones propias de la misma, es decir, asistencial, administrativa, docente e investigadora.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas culturales son aceptables moralmente si amplían la libertad y la igualdad de los individuos; por ello, hay que discriminar las que están al servicio de sistemas de dominación y que vulneran los derechos individuales, como la Mutilación Genital Femenina (MGF), que supone el refuerzo en la interiorización de la desigualdad, y sólo puede ser comprendida adecuadamente si se analiza en su contexto sociocultural. Durante años, como otros actos de violencia contra las mujeres, ha permanecido invisible, al considerarse "asunto privado".^{1, 2}

No se disponen de cifras exactas, pero se estima que 145 millones de mujeres en todo el mundo han sufrido la MGF, y 2 millones corren el riesgo de sufrirla anualmente. La gran mayoría vive en 28 países de África, pero también en Oriente Medio y Asia; se han registrado casos en la etnia Emberá-Chamí (Colombia), y en el siglo XIX se practicaba en Europa y Estados Unidos como tratamiento de enfermedades, como la histeria y epilepsia. En total, se calcula que 40 países practican la MGF. Debido a los flujos migratorios, ha adquirido carácter global; los primeros casos en España se detectaron en Cataluña en 1994.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}

ANEXO I

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF...), y la Unión Europea consideran que atenta contra los derechos humanos, de las mujeres y de las niñas; así, la mayoría de países occidentales han desarrollado leyes contra la MGF. Países como Senegal, Mali o Ghana han elaborado leyes sancionadoras específicas, aunque prácticamente no han tenido impacto sobre su prevalencia. En España, constituye un Delito de Lesiones tipificado en el Código Penal; en el año 2005, se estableció el concepto de extraterritorialidad, posibilitando la persecución de la práctica aunque se produjera fuera de España.^{4, 9, 10}

Según la OMS, la MGF comprende todos los procedimientos que, de forma intencionada y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos

genitales femeninos; en 1995, la ONU diferenció cuatro tipos. El tipo I es la eliminación el prepucio del clítoris, con o sin escisión. El tipo II es la ablación del clítoris y de los labios menores (80-85%). El tipo III es la extirpación del clítoris, y labios menores y mayores (15%); se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y menstruación. El tipo IV engloba prácticas de severidad variable sobre el (perforación, raspado... genital). Los tipos I y II son los más practicados en el oeste de África, y el tipo III en el este; el tipo IV está más extendido en las sociedades occidentales, al asociarse con procedimientos estéticos.^{1, 3, 5, 9, 11, 12, 13} **ANEXO II**

Existen diferentes términos para nombrar la MGF, pero no todos tienen las mismas connotaciones; así, el lenguaje utilizado es importante para entender su contexto cultural. El concepto "Mutilación Genital Femenina" se adoptó en la Conferencia Regional del Comité Interafricano (Etiopía, 1990), al afirmarse que el empleo de los términos "ablación" o "circuncisión" minimizan el dolor y el sufrimiento que se inflige a las mujeres, así como sus consecuencias para la salud.^{2, 5, 11}

Es una práctica ancestral que tiene profundas raíces sociales y culturales, y, en ocasiones, forma parte del rito de paso a la edad adulta. No es percibida como maltrato en el ideario de la comunidad, y es parte necesaria en la educación de las niñas y para su elegibilidad en matrimonio; además, las prepara para aceptar el dolor y el sufrimiento como parte inevitable de la vida de una mujer, y como una obligación a cumplir para ser aceptadas en la sociedad. Genera un sentimiento de pertenencia, que les permite construir su identidad étnica y de género.^{3, 5, 14}

En general, las razones que se aducen para realizar la MGF son: higiénicas, estéticas, promover una cohesión social, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, prevenir la promiscuidad, mantener una buena salud, potenciar la fertilidad, facilitar el parto, y prevenir el

nacimiento de niños muertos; también por conformidad y presión social. En lo referente al aspecto religioso, es una práctica preislámica.^{2, 3, 4, 9, 12, 14, 15, 16}

El tipo de mutilación, la edad, la manera de practicarla y su peso varían conforme a diversos factores, como el grupo étnico, la geografía, y el origen socioeconómico. La realiza una anciana, que frecuentemente es también la partera o curandera; es muy respetada en la comunidad, y éste es un servicio bien remunerado y considerado socialmente. El lugar donde se realiza puede ser un bosque (lugar sagrado), o en la casa de la niña o mutiladora. El conocimiento necesario para realizar esta práctica es transmitido de madres a hijas oralmente, y siempre es realizada por mujeres.^{1, 17}

La edad de la niña puede oscilar entre poco después del nacimiento y el primer embarazo, pero normalmente es entre los 4-14 años, antes de la primera menstruación. El grado de conocimiento de las niñas sobre lo que les va a ocurrir varía, y generalmente no se toma ninguna medida anestésica; a veces, después se aplican ungüentos considerados cicatrizantes. En países como Togo, se les atan las piernas para que la herida cicatrice antes.^{1, 15}

Debido a las leyes promovidas para la lucha y erradicación de la MGF, se han dado cambios en la forma en la que se practica, suprimiéndose las celebraciones previas y su realización de forma colectiva; se hace en edades cada vez más tempranas, dejando de ser un ritual de iniciación, y de forma individual y privada.^{1, 2, 3, 15}

La MGF no tiene ningún efecto beneficioso para la salud, deteriorando la calidad de vida e interfiriendo en la función natural del organismo. Es una práctica muy dolorosa que tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo. El hecho de que sea realizada por mujeres de edad avanzada, en ocasiones

con mala visión y pulso, puede causar una lesión aún más severa; esto también es favorecido por los intentos de zafarse de la niña, al no usar anestesia.^{9, 15, 18, 19} **ANEXO III**

En el momento de su realización, pueden darse dolores muy intensos, conmoción, hemorragias, daños en tejidos vecinos, infecciones y sepsis, e incluso la muerte; la frecuencia y gravedad de las complicaciones a largo plazo están relacionadas principalmente con el tipo de mutilación. Se asocia a infertilidad primaria, y se dan más problemas durante el embarazo, mayor necesidad de episiotomías y cesáreas y de reanimación fetal, y mayor número de muertes maternas y fetales. Las mujeres cuya MGF se ha complicado con una fístula vesico o rectovaginal pueden ser marginadas socialmente.^{1, 10, 20, 21, 22}

Aparecen sentimientos de ansiedad y terror, y se asocia a desórdenes mentales y psicosomáticos (alteraciones del apetito y sueño, dificultades para la concentración y el aprendizaje), apareciendo también el "*genitally focused-anxiety-depression syndrome*" (OMS); todo esto contribuye a perfilar un comportamiento tranquilo y dócil, considerado positivo en las sociedades que la practican. Además, las mujeres inmigrantes que han sido mutiladas, al enfrentarse a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición a la MGF en el país de acogida, pueden presentar problemas relacionados con su identidad sexual.^{1, 14, 21, 23}

Las mujeres no mutiladas pueden sufrir problemas psicológicos derivados del rechazo social, y conflictos internos sobre su identidad y lealtad a su cultura. Muchas mujeres mutiladas no se consideran víctimas de la MGF ni la asocian a sus complicaciones sanitarias hasta que llegan a España, lo que les genera mucho conflicto y sufrimiento al desmoronarse todos los tópicos en los que han creído o les han inculcado.^{1, 21}

La protección de las personas que realizan la MGF dificulta la recopilación de datos sobre las complicaciones asociadas. Cuando surgen problemas,

raramente se atribuyen a la persona que la realizó; es más probable que se achaquen a la presunta promiscuidad de la niña o al hecho de que los padres no llevaran a cabo los sacrificios o rituales de forma apropiada.^{1, 24}

Aunque las consecuencias de la MGF para los hombres están menos documentadas, se dan problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor con la penetración, búsqueda de placer fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, y depresión.²¹

Actualmente, y en algunos países, la práctica de la MGF se ha medicalizado, al realizarse en clínicas sanitarias. Aunque puede considerarse algo positivo, ya que evita hemorragias, infecciones o la muerte, no lo es, pues no toma en consideración las graves consecuencias que a largo plazo tiene sobre la mujer, además de que supone la violación de los derechos fundamentales. Organizaciones como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Comunidad Interafricana, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, se han declarado en contra, y han hecho un llamamiento a los profesionales sanitarios de no incluir entre sus labores esta práctica.^{23, 25}

Con este trabajo, se quiere elaborar un plan de actuación que permita a los profesionales sanitarios, especialmente a Enfermería, hacer frente a esta problemática, entendiendo el contexto en el que se mueve la mujer que ha sufrido la MGF.

OBJETIVOS

1. Realizar una actualización sistemática del tema para proporcionar a los profesionales sanitarios los conocimientos y actitudes necesarios para prevenir la MGF en las diferentes situaciones de riesgo, actuar contra la misma, y realizar el seguimiento y evolución de las mujeres y sus familias.
2. Diseñar un plan de actuación según las competencias y funciones de Enfermería, enfocado sobre todo desde Atención Primaria.

DESTINATARIOS

Profesionales sanitarios, especialmente Enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica y actualización sobre la problemática de la MGF, con el objetivo de realizar un plan de actuación para la prevención y actuación contra la MGF, siguiendo las funciones propias de Enfermería (asistencial, administrativa, docente, e investigadora). Como palabras clave, se han utilizado: mutilación genital femenina, female genital mutilation, Enfermería, Atención Primaria, Madeleine Leininger, abordaje transcultural. En la siguiente tabla, se reflejan las bases de datos consultadas, y el número de artículos encontrados y utilizados:

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos utilizados
PubMed	32	7
Cuiden	10	2
Dialnet	55	12
ScienceDirect	56	5
Cochrane Plus	1	1

En PubMed y ScienceDirect, se ha limitado la búsqueda a artículos gratuitos desde el año 2003; también en PubMen, en inglés, francés y español, en niñas y adultas, y con las palabras clave en el título.

Se han consultado libros de la Biblioteca Pública de Aragón, y Protocolos y Guías Clínicas sobre la MGF de la CCAA de Aragón. Además, se ha utilizado información de la Fundación Wassu-UAB, Amnistía Internacional, UNICEF, y OMS.

DESARROLLO

La MGF es un problema global, y conlleva, intrínsecamente, a la necesidad de que los profesionales sanitarios adquieran nuevos conocimientos y actitudes para poder hacer frente a esta práctica; en España, donde se estima que habitan 12.500 mujeres con MGF, se ha constituido el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las MGF. La MGF supone descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales, pues es un problema de salud pública en el que confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso moral de los profesionales de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso hacia las mujeres. Por lo que respecta a Enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras se opone activamente a esta práctica. No se trata de juzgar una cultura, sino de apreciar una costumbre que se contrapone a los derechos de los individuos.^{2, 4, 11, 12, 14, 17, 26, 27, 28}

Según diversos estudios, los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios sobre la MGF son insuficientes, y las expectativas de las mujeres mutiladas que acuden a los servicios de salud de los países de adopción suelen quedar insatisfechas. Es preciso profundizar en la sensibilización, motivación y formación de los profesionales, además de en las competencias culturales y habilidades necesarias para afrontar esta cuestión, para generar un cambio de actitud. Existen diferentes factores que pueden influir en que los profesionales no actúen en un caso de MGF, como falta de capacitación o de habilidades de comunicación.^{16, 20, 23, 28, 29, 30, 31}

Por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, además de por su abordaje longitudinal de los problemas a lo largo del ciclo vital, Atención Primaria (AP) ocupa un lugar clave en la prevención y detección de la MGF. Su abordaje desde los servicios públicos de salud, en general, y la Enfermería en particular, supone un importante y dificultoso reto, debido a las connotaciones culturales tan arraigadas en los países

donde se realiza. Frente a esto, la teoría enfermera más apropiada para conceptualizar esta problemática, es la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, puesto que la competencia transcultural de los profesionales sanitarios garantizará la superación de los límites que supone una visión etnocentrista de los cuidados.^{12, 15, 26, 27, 29, 31, 32} **ANEXOS IV**

Se deben elaborar planes de acción específicos que incluyan protocolos de actuación transversales e integrales que permitan su prevención y su abordaje. En España no existe ningún protocolo de actuación preventivo a nivel estatal, y a nivel autonómico sólo en Aragón y Cataluña^{5, 22, 32}. Con este trabajo se pretende abrir un campo de investigación para diseñar programas de actuación; así, siguiendo las principales funciones o competencias de Enfermería, se ha desarrollado las siguientes medidas:

La **función asistencial** juega un papel fundamental. La prevención será de vital importancia, y se conseguirá en AP tras sucesivas consultas; el acercamiento a las asociaciones de inmigrantes permitirá crear espacios de debate y reflexión, realizando talleres sobre promoción de la salud y derechos de las mujeres, dirigidos a las familias procedentes de los países de riesgo. Se pueden diferenciar tres situaciones en las que actuar: cuando existen factores de riesgo (ser mujer y pertenecer a una etnia en la que la MGF se practica, o ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF; desde la Unidad de Pediatría se informará sobre los riesgos para la salud, y las implicaciones legales que conlleva, se realizarán revisiones continuadas, y se implicará a todo el equipo de AP y a los Servicios Sociales Generales), cuando hay riesgo inminente (viaje inmediato al país de origen, o si existen previsiones familiares de realizar la MGF; se realizará una revisión, se informará sobre la MGF, y se firmará el compromiso preventivo; si hay negativa, se notificará al Servicio Especializado de menores), y si existe MGF practicada, donde se diferencia entre una menor (se remitirá al Juzgado con un Parte de Lesiones, y se comunicará al Servicio Especializado de Menores), y una mujer adulta (se

realizará una intervención individual y familiar para prevenir la MGF, y se abordarán las posibles consecuencias sanitarias). El conocimiento y la no evitación pueden comportar para los profesionales sanitarios un delito de omisión, tipificado en el artículo 450 del Código Penal.¹² **ANEXOS V**

Respecto a la **función docente**, se deberá informar y organizar jornadas de sensibilización a otros profesionales dentro del equipo interdisciplinar, con el objetivo de elaborar pautas de actuación, y de desarrollar las competencias culturales y habilidades profesionales necesarias. Así, se conseguirá la elaboración de Protocolos y Guías, que serán reevaluados cada cierto tiempo. **ANEXO VI**

En relación a la **función administradora**, se promulgará la elaboración de políticas sanitarias y sociales, para lo que es necesario un trabajo en red con otros profesionales y asociaciones. Un aspecto de vital importancia es potenciar la participación de las personas de la propia comunidad como agentes activos. Además, se realizarán registros de los casos. **ANEXO VII**

Por último, se debe potenciar la **función investigadora**, para poder aumentar el conocimiento disponible y desarrollar nuevas intervenciones. Sería esencial que esto sirviera también para involucrar más a los diferentes Estados y Organismos Internacionales en la lucha contra esta práctica.

CONCLUSIONES

La erradicación de la MGF debe presentarse como una cuestión no de eliminación de ritos de paso, sino de redefinición o sustitución, promoviendo los valores tradicionales positivos y eliminando el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos. Aunque la detección de la MGF es habitualmente realizada en un centro sanitario, es necesaria una intervención global, con un enfoque multidisciplinar e interdisciplinar, realizándose un trabajo en red

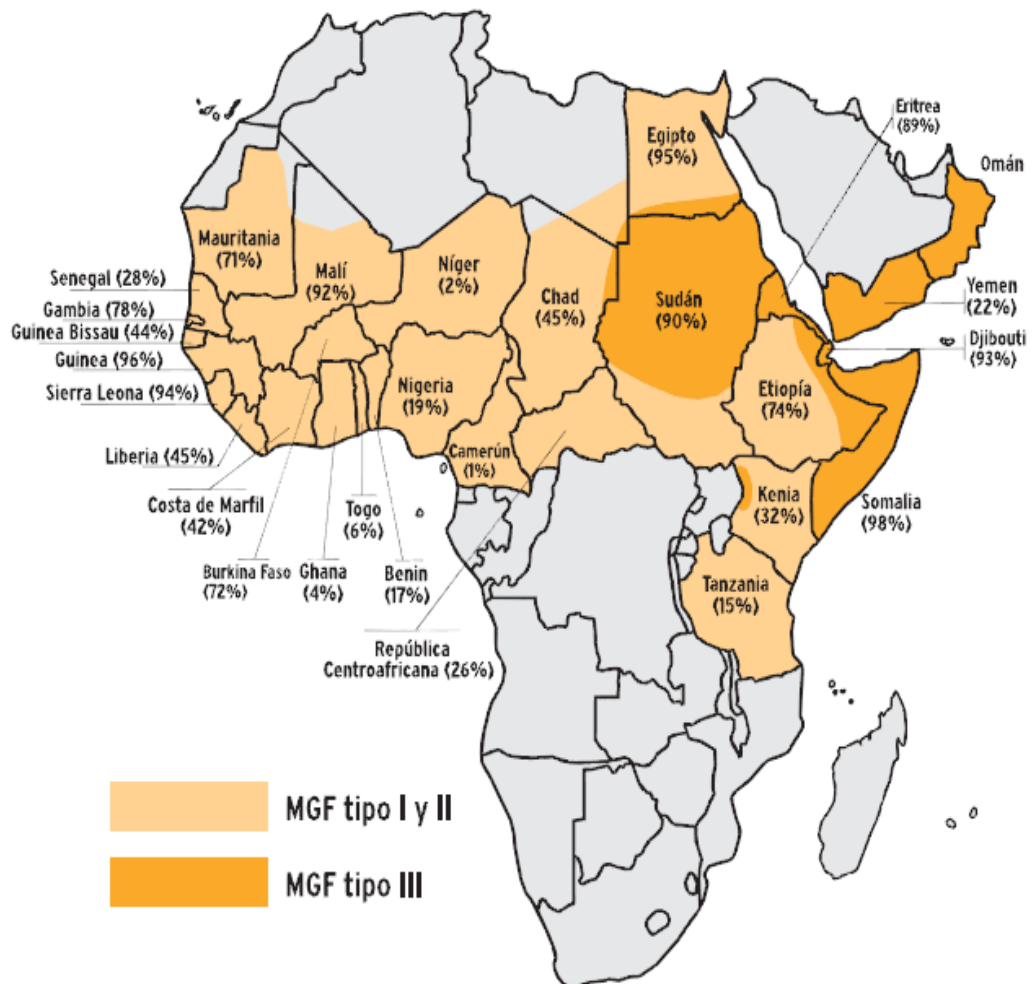
entre los diferentes profesionales (sanitarios, educativos, sociales, legisladores...), considerando la multiplicidad de factores que dan lugar a esta práctica, la complejidad del problema, y el entorno social en el que se desarrolla.

Para combatir esta tradición es imprescindible el trabajo con estas comunidades a partir de la información, formación, y sensibilización, elaborando estrategias para su prevención desde los ámbitos sanitarios, sociales y educativos. Es mejor que una familia abandone la práctica por convencimiento propio que por imposición legal, para lo cual resulta fundamental el diseño de programas de formación continuada. La OMS considera que la erradicación de la MGF depende en buena medida de la implicación de las mujeres de las sociedades donde se realiza; por ello, se deben promover campañas educativas en las poblaciones de riesgo, y todas las acciones realizadas han de contar con el seguimiento de las familias y su posterior evaluación, para introducir mejoras y corregir los aspectos que no han funcionado.

Para que la intervención sanitaria tenga éxito, se debe mantener una comunicación constante con las familias, siendo vital la coordinación entre el equipo interdisciplinar; debido a que se trata de una sociedad patriarcal, esta intervención ha de ir dirigida a todo el núcleo familiar. No se debe condenar la MGF sin tener en consideración el contexto cultural; es necesario un abordaje transcultural, respetuoso con los valores y las culturas de estas comunidades, pudiéndose recurrir a un mediador intercultural si se precisa. Con este trabajo se pretende que las comunidades que lleven a cabo la MGF desarrollen un pensamiento crítico que cuestione esta práctica desde el punto de vista sanitario, social y jurídico, propiciando un cambio de actitud y la erradicación de práctica.

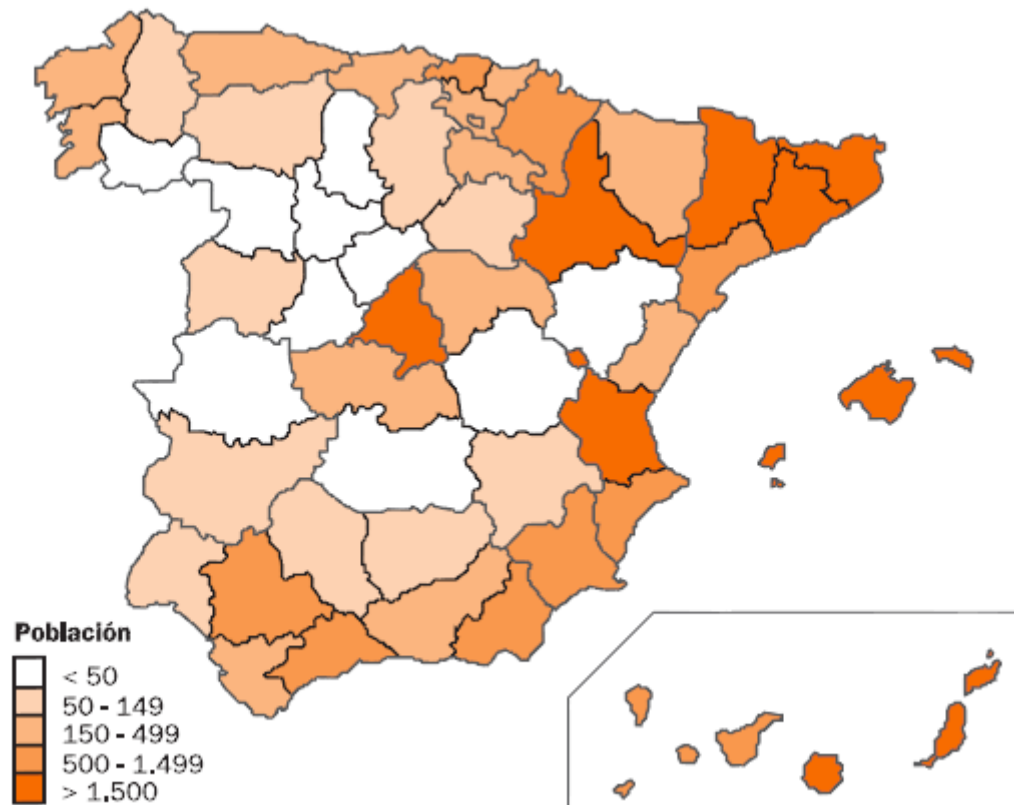
ANEXOS

I. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA, TIPOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LA MGF EN ÁFRICA



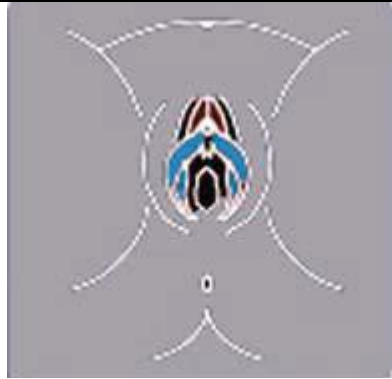

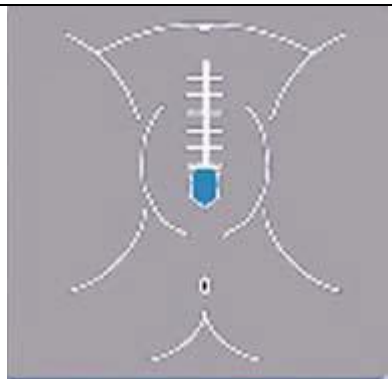
Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellaterra;2010.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL EN ESPAÑA DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE LAS NACIONALIDADES EN LAS QUE SE PRACTICA LA MGF



Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellaterra;2010.

II. TIPOS DE MGF

TIPO	DEFINICIÓN	IMAGEN
I o Circuncisión o Sunna	Escisión del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris.	
II o Escisión	Escisión del clítoris con escisión total o parcial de los labios mayores.	
III o Infibulación	Escisión total o parcial de los genitales externos, y sutura /estrechamiento de la apertura vaginal.	
IV	Otras prácticas sobre los genitales de severidad variable.	

Fuentes:

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

Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellatera;2010.

III. COMPLICACIONES PARA LA SALUD

Según la OMS, las consecuencias para la salud que conlleva la MGF se pueden clasificar en:

Complicaciones inmediatas

Hemorragias	Conmoción/Shock	Tétanos
Trauma de las estructuras adyacentes	Retención urinaria aguda	Infección de la herida, y urinaria
Fiebre y septicemias	Transmisión de VIH	Muerte

2. Complicaciones a medio plazo

Anemias severas	Infección pélvica
Dismenorrea	Formación de cicatrices queloides

3. Complicaciones a largo plazo

Hematocolpos	Infertilidad primaria
Fístulas vesiculo-rectovaginales	Dificultad al orinar; incontinencia
Formación cálculos /piedras en la vagina	Transmisión del VIH
Complicaciones obstétricas	Riesgos fetales y maternas

4. Complicaciones sexuales

Desinfibulación parcial	Dispareunia
Frigidez	Anorgasmia

5. Complicaciones psicológicas

Enfermedades psicosomáticas, depresión, psicosis	Síndrome " <i>genitally focused anxiety-depression</i> "
Sentimientos de ansiedad, humillación, vergüenza, terrores nocturnos	Sentimientos de traición, engaño y decepción por parte de mujeres migrantes

* El síndrome "*genitally focused anxiety-depression*" se caracteriza por una constante preocupación sobre el estado de los genitales y pánico a la infertilidad.

Fuente:

Organización Mundial de la Salud.

Kaplan Marcusán A, Torán Monserrat P, Bermúdez Anderson K, Castany Fábregas MJ. Las mutilaciones genitales en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*. 2006;19:189-217.

IV. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger afirmó que "la cultura son los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica". La cultura caracteriza a cada grupo cultural, y, para respetar y reconocer una cultura, es necesario estudiar y comprender cómo se expresa el cuidado. Esta teoría busca el emerger del cuidado expresado por la gente, por el grupo estudiado; se le llama el cuidado indígena, popular, nativo, o folk.

Por su parte, los cuidados culturales son aquellos que "se refieren a los valores, a las creencias y a los modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que asisten, sostienen, facilitan o habilitan a otros individuos o grupos a conservar el bienestar y la salud con el fin de avanzar en su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, o las incapacidades, o la muerte".

Esta teoría sostiene que las formas, las expresiones, los modelos y los procesos del cuidado humano varían de una cultura a la otra, dependiendo de la dimensión religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente. Los cuidados enfermeros beneficiosos se consiguen únicamente cuando los valores culturales se conocen y se utilizan de manera apropiada; así, las diferencias culturales entre el cuidador y la persona o comunidad a la que cuidan han de ser conocidas y comprendidas para poder ofrecer un cuidado provechoso, satisfactorio y congruente.

Fuente: Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. Cult. cuid. 1998;3:41-45.

V. DIFERENTES INTERVENCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO
<p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ser mujer y pertenecer a una etnia en la que se practica la MGF. - Ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido la MGF. 	<p>Desde la Unidad de Pediatría, dentro del Programa de Salud Infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información sobre los riesgos para la salud, y las implicaciones legales que conlleva en España. 2. Revisiones/citaciones más continuadas. 3. Implicación de todo el equipo de AP y coordinación con Servicios Sociales Generales de la zona.
<p>Riesgo inminente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización inmediata de un viaje al país de origen. - La menor cuenta o informa de las previsiones familiares sobre la práctica inminente de MGF. 	<p>Desde la Unidad de Pediatría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención directa para revisión y, en el caso de posible viaje, información sobre los riesgos para la salud, las implicaciones legales que conlleva en España, y firma del Compromiso Preventivo. 2. Si existe negativa para firmar el Compromiso Preventivo o incumplimiento de asistencia a revisión al retorno del viaje, notificar al Servicio Especializado de Menores (maltrato infantil).

<p>MGF practicada:</p> <p>En el ejercicio profesional, es posible encontrarse con situaciones que se sospechen como posibles supuestos o casos, tanto de mujeres menores como adultas con la MGF ya practicada.</p>	<p>Desde la Unidad de Pediatría, si se detecta que una menor tiene practicada la MGF reciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remisión al Juzgado, a través del parte de Lesiones, y comunicación al Servicio Especializado de Menores. <p>Desde Unidades de Ginecología y Tocología, si es una mujer adulta con MGF practicada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención individual y familiar para prevenir la MGF en otras mujeres del contexto familiar, y para abordar y tratar posibles secuelas y consecuencias de la MGF en la vida de la mujer. 2. Comunicación a la Unidad de Pediatría, en el supuesto de existencia de hijas menores, para abordar el caso según pautas ante la existencia de Factores de Riesgo.
--	---

Fuente: Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Gobierno de Aragón; 2011.

DIFICULTADES EN EL ABORDAJE DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL A UNA MUJER CON MGF

Las dificultades que se pueden presentar en el abordaje de esta práctica se pueden englobar en estos aspectos:

- Comunicación y comprensión: Idioma, concepción diferente de salud/enfermedad, y realidades sanitarias y socioculturales distintas.
- Actitud e los profesionales: Consideran que la MGF no es un tema importante o frecuente, son temas privados y difíciles de abordar, aparición de sentimientos incómodos que invitar a evitar el tema, rechazo a reconocer la pluralidad y diversidad cultural, y la asunción de que prácticas como la MGF son parte de una diversidad cultural en la que el profesional no debe inmiscuirse.
- Dificultades para las mujeres afectadas: Desconocimiento de su propio cuerpo o de los términos médicos utilizados para describirlo, desconocimiento de si tiene realizada o no la MGF, no comprensión de por qué se le da importancia al aspecto de sus genitales ni por qué se le medicaliza algo es que es normal para ella, y la dificultad para hablar de un tema que puede considerar tabú o íntimo y privado.

La ausencia de una lengua común entre el profesional sanitario y la mujer a la que atiende es uno de los obstáculos de comunicación más frecuentes. La utilización de intérpretes es necesaria en muchos casos y, con frecuencia, estos intérpretes proceden de la misma comunidad a la que pertenece la mujer. Esto puede hacer que la mujer no desee hablar de temas que considera privados y pertenecientes a su intimidad ante ellos, por miedo a que sean difundidos en la comunidad.

El profesional sanitario puede considerar la MGF como algo infrecuente y poco importante y, por lo tanto, no tenerla en consideración durante su práctica clínica. El desconocimiento o rechazo del tema y/o de las circunstancias socio-culturales que lo rodean, puede hacer que surjan

sentimientos de confusión, sorpresa y horror cuando se encuentra por primera vez ante una MGF. Estos sentimientos son captados por las mujeres que se sienten humilladas y avergonzadas por ello.

Otro punto a considerar es la falta de tiempo y de espacios que garanticen la confidencialidad adecuada, la asunción de que esta práctica es parte de una diversidad cultural en la que no debe inmiscuirse, la ausencia de guías o protocolos que indiquen al profesional la conducta a seguir y el desconocimiento de la legislación existente con respecto a la MGF. Todo esto puede llevar al profesional a ignorar este hecho o a evitar hablar de ello con la mujer.

Para las mujeres, puede ser difícil comprender por qué se le da tanta importancia al aspecto de sus genitales. Si en su etnia todas las mujeres han sido mutiladas, es posible que nunca hayan tenido la oportunidad de ver unos genitales normales. En otros casos, según encuestas realizadas a estas mujeres en algunos países desarrollados, la relación que mantienen con los sanitarios durante sus visitas no les resulta satisfactoria, ya que les gustaría poder disponer de más tiempo para discutir los posibles problemas que su mutilación les puede ocasionar durante un embarazo y un parto, y sentir más empatía por parte de los profesionales.

Algunas mujeres prefieren que la persona que las atienda sea otra mujer pues, debido a sus tradiciones, les resulta muy vergonzoso e incómodo hablar con un hombre de aspectos relacionados con su sexualidad; pero en general, la mayoría acepta ser atendida por un hombre. Hay mujeres que no desean hablar del tema, mientras que, para otras, el lugar y el tiempo que se dedica al mismo no son apropiados.

Fuente: Caño Aguilar A, Fernández Caballero A, Martínez García E, Ochoa Rodríguez MD, Oliver Reche M, et al. Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención. 1ªed. Granada: Grupo Editorial Universitario;2008.

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE ASISTENCIAL DE UNA MUJER CON MGF

Algunas estrategias que se pueden llevar a cabo son:

- Intérpretes adecuados/mediadores culturales.
- Escucha activa; animar a la expresión.
- Respeto por la persona y sus vivencias; empatía.
- Respetar una rigurosa confidencialidad.
- Proporcionar una información comprensible.
- Mantener una actitud abierta.
- Informar y educar.
- Implementar estrategias de motivación.
- Proporcionar ayuda emocional.

Siempre que sea posible, se recomienda utilizar un intérprete ajeno a la comunidad para hablar de estos temas con la mujer y/o mediadores culturales con conocimientos de sus circunstancias socio- culturales; en todo caso, se debe evitar siempre utilizar a menores de edad o a varones de su comunidad como intérpretes. Si existe en la zona alguna asociación de inmigrantes que esté implicada en la lucha contra la MGF, su asesoramiento puede sernos de mucha utilidad.

Para plantear el tema es importante haber creado previamente un clima de respeto y confidencialidad. El hacerlo en la primera entrevista o de forma brusca puede ser muy negativo. La mujer puede sentirse rechazada o amenazada y, además, difundir estos sentimientos entre la comunidad a la que pertenece. Hablar del tema puede provocarle a la mujer sentimientos de confusión. Para crear un clima de confianza se puede comenzar hablando de otras costumbres tradicionales, como la lactancia prolongada o el contacto físico continuado con el bebé. Se recomienda no utilizar el término "mutilación" para hablar con ellas, sino otros como "corte", "escisión" o "circuncisión" que resultan menos agresivos.

Una vez planteado, se debe permitir que la mujer se exprese manteniendo una escucha activa. El tema de la mutilación con frecuencia es tabú entre algunas etnias, y es muy posible que la mujer nunca haya tenido la oportunidad de hablar de este asunto con otra persona. Su planteamiento puede hacerles revivir la experiencia y/o hacer que afloren sentimientos de confusión que precisen ayuda emocional.

Fuente: Caño Aguilar A, Fernández Caballero A, Martínez García E, Ochoa Rodríguez MD, Oliver Reche M, et al. Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención. 1ªed. Granada: Grupo Editorial Universitario;2008.

COMPROMISO PREVENTIVO DE LA MGF EN ATENCIÓN PRIMARIA

El compromiso preventivo es un documento desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.

No es una finalidad en sí misma, sino que se trata de una herramienta más, al alcance de los profesionales de la Atención Primaria, en el proceso de abordaje de la MGF y de apoyo a los padres que se cuestionan el tema de la MGF. Es propiedad de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer, y como cualquier otro documento, su aceptación ha de ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.

Se le debe dar el mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de documentación que forma parte de la Historia Clínica. La existencia del compromiso preventivo es el registro que demuestra que los profesionales sanitarios, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva, y han informado a los padres de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como en salud.

Algunas de las normas que se han de respetar en su aplicación son:

- La principal situación de riesgo de sufrir una MGF es la proximidad de un viaje inminente al país de origen de la niña.
- La firma del compromiso preventivo ha de ser el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias de las niñas en riesgo; no obstante, deberían existir actuaciones preventivas previas, en las que se les dé información sobre consecuencias sanitarias y legales.
- La obtención de este compromiso será la culminación de un proceso que garantice que los progenitores de las niñas han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación a la MGF con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen.

Básicamente, debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:

- Identificación, por parte de los profesionales de AP, de una situación de riesgo para las niñas de sufrir la MGF (que los padres sean de un país y de una etnia donde se practica la MGF, que la madre la tenga realizada, o que vayan a viajar al país de origen).
- Conocimiento del entorno familiar de las niñas.
- Aproximación a los aspectos culturales.
- Identificación de actitudes del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia la MGF.
- Asegurar una buena comprensión idiomática.
- Información a los padres y/o madres de riesgos y problemas físicos, psico-afectivos y legales asociados a la práctica de la MGF.
- Plan de intervención antes y después del viaje al país de origen:
 - Una copia del compromiso preventivo será incluida en la Historia Clínica. Se pueden registrar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un seguimiento periódico del caso.
 - Se recomienda que la intervención para la oferta del compromiso preventivo la realice el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña, ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia.
 - La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

Fuentes:

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

Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellatera;2010.

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.

Desde el Centro de Salud:

se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAIS AL QUE VIAJA

acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.

- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.

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

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

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

Por todo ello:

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

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

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

Tiene el objetivo de detectar situaciones de maltrato infantil, valorarlas para su tratamiento adecuado, y aplicar medidas adecuadas de protección, además de notificar los casos de maltrato infantil a los organismos oportunos. Es el primer paso para poder intervenir con el menor y la familia a fin de proporcionarles la ayuda necesaria. Se atiende no sólo a aquellas situaciones en donde existe maltrato, sino también las situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse.

Los Centros Municipales de Servicios Sociales son la puerta de entrada de las notificaciones de todos los casos en que se detecte que un menor está siendo maltratado o están siendo vulnerados sus derechos. Estos Servicios Sociales valoran los casos y los remiten, si así lo consideran conveniente, al Servicio Especializado de Menores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

El objetivo de la notificación es garantizar que los derechos del menor se cumplen correctamente. La Administración garantiza que cada notificación recibida es estudiada con profesionalidad y confidencialidad. El cauce normal de notificación es a través de los Centros Municipales de Servicios Sociales. Si la situación del menor es grave y requiere una actuación urgente, puede ser conveniente dirigirse directamente al Servicio Especializado de Menores.

A continuación, se presentan la hoja de notificación del maltrato infantil y el Oficio de remisión al juzgado de guardia que deben cumplimentar los profesionales sanitarios en la CCAA de Aragón.

Fuente: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

HOJA DE NOTIFICACION DE CASOS URGENTES AL SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES

SITUACION URGENTE es aquella en la que existe certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básicas del menor se encuentran o pudieran encontrarse seriamente amenazadas, y además no hay datos de otras fuentes que contradigan la información ni una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.

DATOS DEL NIÑO

Apellidos

Nombre

Fecha de nacimiento o edad

Lugar de nacimiento

DIRECCIÓN HABITUAL

Calle

Nº Piso Teléfono

Municipio Provincia

LOCALIZACIÓN ACTUAL DEL NIÑO

C/ Nº

Piso Tfno. Mpio.

Provincia

Padre/tutor

Madre/tutora

Otros miembros que conviven con el niño:

CENTRO ESCOLAR Curso

Indicadores comportamentales en el niño

.....

.....

.....

.....

.....

Indicadores en padres

.....

.....

.....

Relación del presunto maltratante con el niño

.....

.....

INSTITUCION QUE INFORMA

Institución/Centro

Calle

Nº Piso Teléfono/Fax

Municipio Provincia

Contactar con:

Fecha/...../.....

Hora de la notificación

Firma y sello:

INCIDENTE QUE ORIGINA EL INFORME

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDICADORES EN EL NIÑO

Indicadores físicos en el niño

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitido. Gracias por su colaboración

Gobierno de Aragón
Instituto Aragonés de Servicios Sociales
(I.A.S.S.)
Teléfono de Urgencia 901 111 110

ENVIAR LA NOTIFICACIÓN A:

Subdirección Prov. Menores Zaragoza C/ Supervia, nº 27. ZARAGOZA. C.P. 50071 Fax: 976 715 288
Dirección Prov. Menores Huesca ; Plza. Inmaculada, nº 2, 1º. HUESCA. C.P. 22071 Fax: 974 221 504
Dirección Prov. Menores Teruel. Carretera de Castalvo, nº11. TERUEL. C.P. 44002 Fax: 978 824983

VI. PROPUESTAS DE TRABAJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Avanzar en programas formativos que permitan capacitar a los profesionales en la detección, el reconocimiento y la intervención en familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una MGF.
2. Conocer las niñas en riesgo de la población asignada a nuestro centro de salud. Disponemos de datos censales o padronales que permiten hacer una estimación. Habría que registrar esta situación como un factor de riesgo en la edad pediátrica.
3. Intentar una aproximación a la cuestión de las MGF desde cualquiera de los posibles puntos de contacto de las familias con la atención primaria de salud.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, cuál es la actitud de los padres frente a la mutilación. Transmitir respeto por sus prácticas rituales, pero desaprobación por las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas.
5. Informar y educar siempre sobre la anatomía de los genitales femeninos, sobre las complicaciones físicas y psicológicas que puede presentar la hija si se le realiza la MGF. Informar sobre la legislación vigente, acerca de la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque se realice fuera de España.
6. Reforzar la decisión de no mutilar. Se ha desarrollado un documento a modo de carta-«compromiso preventivo en el que se explican las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a los padres y a la niña en el momento del retorno a España. Dicho documento puede ser esgrimido por los padres frente a su comunidad de origen como elemento de apoyo a la decisión de no mutilar. Por otro lado, es un documento de salvaguarda legal del profesional como prueba de su intervención preventiva.

7. Estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia a África. Frente a esta situación debemos intentar concretar con los padres su decisión (compromiso preventivo o declaración jurada) de no realizar la operación en su país. Transmitir firmeza en nuestra actitud de que, si se lleva a cabo la MGF, estamos obligados a denunciarlo.

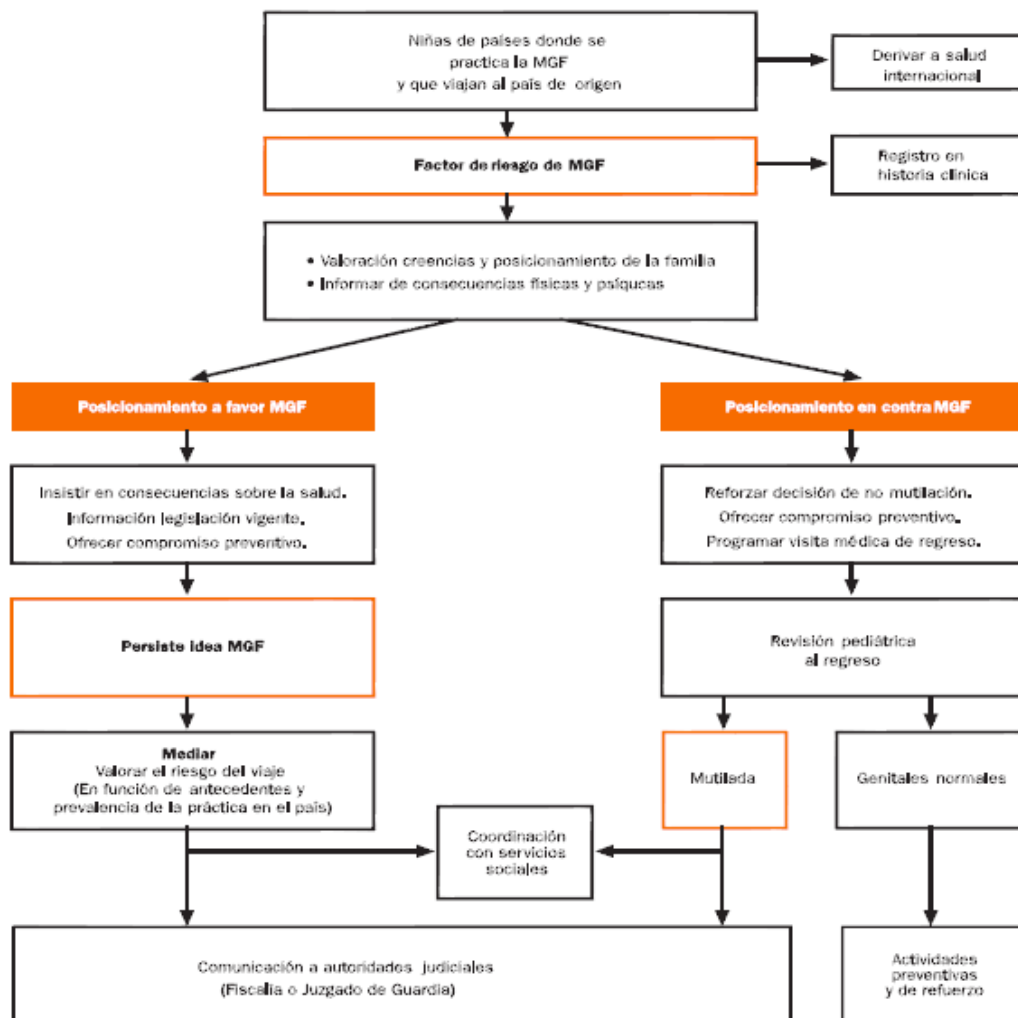
8. Ante la situación de un inminente viaje y el posicionamiento firme de los padres en favor de la MGF, debemos informarles de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Buscar asesoramiento legal y de mediación intercultural.

9. Mantener, en las zonas con numerosa población de inmigrantes subsaharianos, cierta presencia divulgativa del problema permanentemente. Esto puede hacerse mediante carteles, dípticos y hojas de información a las familias sobre el tema. Es importante iniciar el abordaje de la MGF sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata.

10. Intentar coordinar estrategias de abordaje compartido con los diversos servicios y dispositivos de la comunidad: servicios sociales, escuelas, asociaciones de inmigrantes, mediadores culturales, etc.

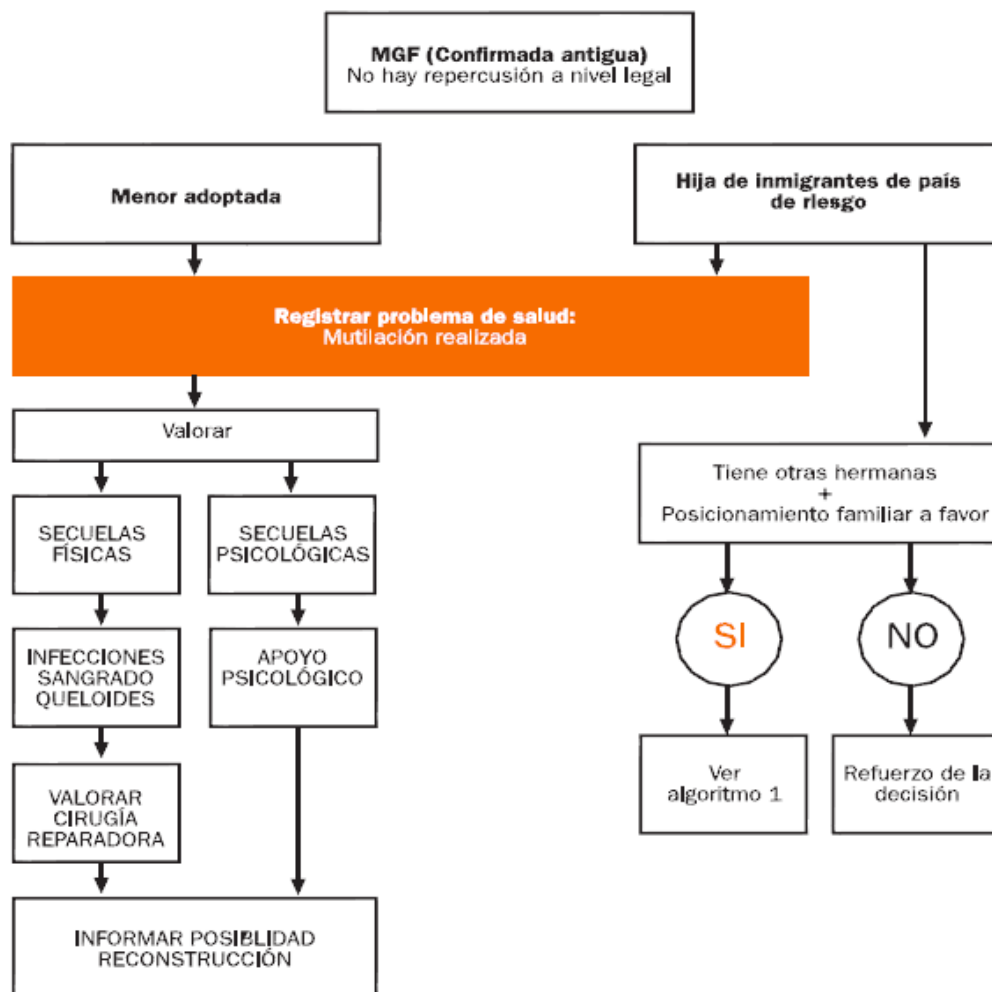
Fuente: Kaplan Marcusán A, Torán Monserrat P, Bedoya Murielc MH, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J, Bolívar Ribas, B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde Atención Primaria. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE VIAJES AL PAÍS DE ORIGEN DE LA FAMILIA



Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellaterra;2010.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE CASOS DE MGF



Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellaterra;2010.

VII. PRIMERAS DECLARACIONES INTERNACIONALES CONTRA LA MGF

- En la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el año 1958, apareció por primera vez la MGF en el plan de trabajo de las Naciones Unidas.

- Un seminario organizado en Sudán en 1979 por la OMS, fijó las pautas de las renovadas iniciativas internacionales en torno a la MGF. En sus recomendaciones se pedía la adopción de políticas nacionales claras, la creación de comisiones para coordinar las actividades de los distintos órganos oficiales, la aprobación de leyes cuando fuera conveniente, y la organización de la educación pública y del trabajo con sectores específicos con la participación de profesionales de la salud y de curanderos tradicionales.

- Durante el Decenio de las Naciones Unidas para las Mujeres (1975-1985), se experimentó un resurgimiento del interés por esta cuestión entre las ONGs. El Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, celebrada en Copenhague en 1980, pidió la adopción de medidas urgentes para combatir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer.

- En 1984, se creó el Grupo de Trabajo de la ONU sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños, y la designación de uno de los miembros como relator especial ante la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías.
 - Establece que la MGF “es una violación de los DDHH y no sólo una cuestión moral. Es una expresión de la subordinación social de la mujer por razón de su género”.
 - Contiene 62 medidas que deben adoptar los gobiernos en el ámbito nacional. Entre ellas, destacan: asumir firmemente el compromiso de poner fin a las prácticas tradicionales, y en particular a la MGF; ratificar y aplicar los instrumentos tradicionales pertinentes; elaborar leyes que prohíban tales

prácticas, y crear órganos y mecanismos que garanticen el cumplimiento de las medidas adoptadas.

- En el ámbito internacional, recomienda la inclusión e integración de la MGF en el trabajo de distintos organismos especializados y otras instancias de la ONU, entre ellos la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer y otros órganos de tratados pertinentes, como el Comité de los Derechos del Niño, además de instar a las ONGs.

- En 1994, se celebró en El Cairo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Uno de sus logros fue poner de manifiesto la estrecha conexión entre la salud de las mujeres y los DDHH. Instaba a los gobiernos a prohibir la MGF y a apoyar a las organizaciones comunitarias y a las instituciones religiosas que trabajan para la eliminación de esta práctica.

- La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, representó un hito histórico de superar la negligencia e indiferencia con que se tratan los derechos de la mujer. La Declaración y la Plataforma de Acción de Pekín destacaron como prioritaria la obligación de los gobiernos de combatir la violencia contra la mujer, incluida la MGF.

- En abril de 1997, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y el Fondo de Población, dieron a conocer un Plan Conjunto para reducir de forma sustancial la MGF en un plazo de diez años y erradicarla por completo al cabo de tres generaciones.

- El plan subraya la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar, así como la importancia del trabajo en equipo, ya sea en el ámbito nacional, regional o mundial. Este trabajo en equipo reunirá a gobiernos, instituciones políticas y religiosas, organizaciones internacionales, y órganos de financiación.
- Consta de tres objetivos: educar a la población y a los legisladores sobre la necesidad de eliminar la MGF, eliminar esta práctica por médicos (considerándola una violación de los DDHH y

un peligro para la salud de la mujer), y trabajar con todo el sistema de la ONU para animar a cada uno de los países africanos a que desarrollen un plan nacional, específico para cada cultura, destinado a erradicar la MGF.

- Representa un paso satisfactorio hacia la mayor integración y coordinación de las actividades de los órganos de la ONU en relación con la MGF. Ahora que se ha reconocido como una cuestión de derechos humanos, el objetivo es garantizar que tales instrumentos se plasman en una acción eficaz en cada uno de los países afectados; esta meta sólo puede alcanzarse en colaboración con las ONGs nacionales e internacionales que durante años han realizado un trabajo pionero de concienciación, captación de apoyos, y otros esfuerzos tendentes a la erradicación de esta práctica.

Fuente: Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. 1ª ed. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI);1998.

DECLARACIÓN DE BARCELONA (2004)

DECLARACION DE BARCELONA SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Pedimos al Fórum Mundial de las Mujeres que incluya en el Documento Final la siguiente declaración del Diálogo "Iniciación sin Mutilación":

- 1.- Damos la bienvenida al apoyo y la implicación del gobierno catalán y español para desarrollar y promover la prevención de la MGF.
- 2.- Manifestamos nuestra preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad.
- 3.- Apoyamos una legislación mas humana que evite la humillación de las comunidades africanas inmigradas.
- 4.- Creemos que la orientación y la formación, la información y la comunicación deberían ser asumidas para implicar de manera efectiva a los/las profesionales sanitarios, del trabajo social, educadores, etc.
- 5.- Ponemos énfasis en la importancia de la investigación en esta área para diseñar intervenciones efectivas a nivel comunitario, religioso y político.
- 6.- Apelamos a la comunidad internacional para que considere el día 6 de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF.

En Barcelona, a 31 de julio de 2004.

Firmado:

- o *Chantal Campaore* – Primera Dama de Burkina Faso
- o *Mariam Lamizana* - Ministra de Acción Social y Solidaridad de Burkina Faso
- o *Berhane Ras-Work* – Presidenta del Comité Interafricano
- o *Fatoumata Sire Diakité* – Presidenta APDF – Mali
- o *Faduma Husein* – Ginecóloga somalí – African Well Being Clinic, Londres
- o *Josephine O’Gorman* – medico homeópata - African Well Being Clinic, Londres
- o *Sheriff Samsidine Aidara* – Jefe religioso – Girona.
- o *Adama Bojang* – Mediadora Intercultural - Asociación Musu Kafo, Catalunya
- o *Adriana Kaplan* – investigadora – Dpto. Antropología Social, Universitat Autònoma de Barcelona. Coordinadora científica del Diálogo "Iniciación sin Mutilación".

* La Declaración de Barcelona sobre la MGF fue firmada el 31 de julio del año 2004.

Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellaterra;2010.

DECLARACIÓN DE BRUFUT (2009)

Declaración de Brufut sobre las Prácticas Tradicionales Perjudiciales

7 de mayo de 2009

Foro Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales

DECLARACIÓN de BRUFUT

Los/las participantes en el Foro Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP) celebrado en Brufut, República de Gambia, del 5 al 7 de mayo de 2009, nos hemos reunido para explorar estrategias y buenas prácticas en los esfuerzos para promover el abandono de las prácticas tradicionales perjudiciales y, en particular, de la mutilación genital femenina (MGF).

Expresamos nuestra sincera y profunda gratitud a Wassu Gambia Kafo y la Universitat Autònoma of Barcelona (UAB) en España por organizar esta conferencia patrocinada por la Obra Social de la Fundación “la Caixa”, y al Gobierno de Gambia, por apoyar esta iniciativa,

Estamos de acuerdo en:

- a) La MGF es una cuestión global y, en consecuencia, el movimiento de varias décadas para terminar con las PTP es ahora cada vez más activo, tanto en África como en la diáspora africana.
- b) Las PTP y, en particular, la MGF, erosionan los derechos humanos y la dignidad de las mujeres y niñas, y afectan de manera adversa las perspectivas de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que requieren estrategias multisectoriales.
- c) La religión suele interpretarse erróneamente para justificar el mantenimiento de las PTP y la MGF.
- d) Las organizaciones y todos los agentes implicados en el trabajo para terminar con la MGF aún tienen muchos desafíos y obstáculos por delante
- e) El conocimiento científico es fundamental para la formulación y aplicación de políticas para el abandono de las PTP y la MGF.

Instamos a:

- a) Los expertos de la religión debidamente informados, a que se impliquen activamente en el movimiento para el abandono de la MGF y otras PTP, desmintiendo los argumentos erróneos sobre los que se fundamentan algunas prácticas de la fe.
- b) Las universidades, a que ejerzan un liderazgo intelectual dirigido a promover la investigación científica en los esfuerzos para terminar con la MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales.
- c) Los/las responsables políticos y las instituciones donantes, a que basen sus decisiones en las conclusiones de un conocimiento científico riguroso y apoyen el fin de la MGF fomentando propuestas y proyectos orientadas al bienestar de las mujeres y niñas, con una mención especial a las PTP y a la MGF.
- d) La sociedad civil y los gobiernos, a que inicien y/o fortalezcan las iniciativas comunitarias con un fundamento educativo y de derechos humanos, en un esfuerzo por explorar alternativas a la MGF

Page 1 of 2

(por ejemplo, la iniciación sin mutilación, donde sea apropiado) y con un compromiso de evitar la estigmatización de las personas no circuncidadas en el seno de sus comunidades, así como de la población inmigrada en general.

- a) Todos los implicados, a que fomenten una cooperación más estrecha entre la diáspora y los países de origen, construyendo redes y coaliciones basadas en un enfoque que huya de la confrontación y se centre en estrategias de prevención para facilitar un compromiso de cambio real, personal y colectivo, evitando así procedimientos que generan dependencia en las personas.

Finalmente, la **Declaración de Brufut**, insiste en que:

- La información es poder, y las personas deben empoderarse proporcionándoles información.
- Los/las profesionales de la salud, la educación, los servicios sociales, así como mediadores y facilitadores comunitarios, tienen un papel fundamental en los esfuerzos por abandonar la MGF y, por ello, deberán formar parte de este proceso.
- Los gobiernos, los socios en proyectos de desarrollo y otras instituciones donantes deben aumentar sus asignaciones presupuestarias y la financiación de los esfuerzos para terminar con la MGF y otras PTP.

Brufut, Gambia, 7 de mayo de 2009

* En el año 2009 se celebró la I Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales (Banjul, Gambia, 5-7 Mayo 2009). Esta conferencia se configura como un hito histórico en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina. Ante más de 200 participantes provenientes de África y Europa, la Vicepresidenta de Gambia, la portavoz del Congreso de los Diputados y el Gran Imam de la Mezquita de Banjul inauguraron este encuentro de estrategias y buenas prácticas en la prevención de la MGF, haciendo así público su compromiso con esta lucha.

Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellatera;2010.

LEGISLACIÓN DE LA MGF EN ÁFRICA

PAÍS	AÑO	TIPO LEGISLACIÓN
Benín	2003	Ley específica
Burkina Faso	1996	Ley específica
Camerún		
República Centroafricana	1996	Ordenanza equivalente a ley nacional
Chad	2002	Ley específica
Costa de Marfil	1998	Ley específica
Djibouti	1995	Artículo específico en Código Penal
República Democrática del Congo		
Egipto	1996	Orden ministerial
Eritrea	2007	
Etiopía	1994	Artículo específico en la Constitución
Gambia		
Ghana	1994	Artículo específico en la Constitución
Guinea	2006	
Guinea Bissau		
Kenia	2001	Artículo específico en la Ley de Protección de la Infancia
Liberia		
Malí	2002	
Mauritania	2005	
Níger	2003	Artículo específico en el Código Penal
Nigeria	2000	No a nivel nacional, pero múltiples Estados han legislado

Senegal	1999	Artículo específico en Código Penal
Sierra Leona		
Somalia		
Sudán (norte)	2003	Artículo específico en el Código Penal
República Unificada de Tanzania	1998	Artículo específico en el Código Penal
Togo	1998	Ley específica
Uganda		
Yemen		

Fuente: Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellatera;2010.

MARCO JURÍDICO DE LA CCAA DE ARAGÓN

La Comunidad Autónoma de Aragón, en distintas normativas y planes desarrollados, contempla el fenómeno de la MGF tanto a nivel de vulneración de derechos fundamentales como a nivel de prevención y sensibilización:

- La Ley 12/2001 de 2 de Julio de la infancia y adolescencia en Aragón, en el artículo 32, relativo a los derechos de los menores, incluye el derecho a la promoción y protección de la salud.
- La Ley 4/2007 de 22 de marzo de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón, en su artículo 2 indica las formas de violencia contra las mujeres y, entre otras, contempla y considera la Mutilación Genital Femenina.
- El II Plan integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón contempla acciones de prevención y sensibilización a profesionales y población en general acerca de la violencia contra la mujer, sus distintas formas y el tratamiento de las mismas. Asimismo, contempla la coordinación entre distintos Departamentos y Organismos del Gobierno de Aragón para el desarrollo de políticas transversales relativas a esta materia.
- El Plan Integral para la Convivencia Intercultural en Aragón 2008-2010, una de las medidas que contempla es: "Actualizar y difundir el programa de detección precoz de riesgo de Mutilación Genital Femenina".

Fuente: Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Gobierno de Aragón; 2011.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. 1ª ed. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI);1998.
2. Marchal Escalona N. Mutilación genital femenina y violencia de género. En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada; Instituto de Migraciones; 20011. p. 2179-90.
3. Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona: Bellatera;2010.
4. Gallego MA, López MI. Mutilación Genital Femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. Cuad Med Forense. 2010;16(3):145-51.
5. Dalal K, Lawoko S, Jansson B. Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt. J Inj Violence Res. 2010;2(1):41-7.
6. Kaplan Marcusán A, López Gay A. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra;2010.
7. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Gobierno de Aragón; 2011.
8. FGM Cost Study Group of the World Health Organization. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. Bull. World Health Organ. 2010;88:281-8.
9. Kaplan A, Merino M, Franch M. Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas. Barcelona;2002.
10. Martinelli M, Ollé-Goig JE. Female genital mutilation in Djibouti. Afr. Health sci. 2012;12(4):412-5
11. Lucas B. Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. En: Seminario "Mutilación Genital

- Femenina: aplicación del derecho y desarrollo de buenas prácticas en su prevención; Valencia;2008.p.1-13.
12. Kaplan Marcusán A, Torán Monserrat P, Bedoya Murielc MH, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J, Bolívar Ribas, B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde Atención Primaria. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6.
 13. STOP Mutilación Genital Femenina; guía de prevención de Aragón. Gobierno de Aragón; 2006.
 14. Kaplan Marcusán A. Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas. Género e inmigración. Bilbao: Harresiak Apurtuz;2006:109-120.
 15. Kaplan Marcusán A, Fernández del Río N, Moreno Navarro J, Castany Fàbregas MJ, Ruiz Nogueras M, Muñoz Ortiz L, et al. Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. BMC Public Health. 2010;10:193.
 16. Fikrie Z. Factors associated with perceived continuation of females' genital mutilation among women in Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2010;20(1):49-53.
 17. Pastor Bravo NM, Almansa Martínez P, Basteller Meseguer C, Pastor Rodríguez JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. Enferm. glob. 2012;25:426-35.
 18. Ali A. Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan. Reprod. Health.2012;9:23.
 19. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2 [consultado el 12 de mayo de 2013]. Balogun O, Hirayama F, Wariki W, Koyanagi A, Mori R. Intervenciones para mejorar los resultados en embarazadas a las que se les ha practicado mutilación genital. Citado en Cochrane Library CD009872; DOI: 10.1002/14651858.CD009872
 20. Mseddi M, Bouassida S, Turki H. La mutilation génital féminine: de la tradition aux complications. Sexologies. 2006;15(4):262-65.
 21. Caño Aguilar A, Fernández Caballero A, Martínez García E, Ochoa Rodríguez MD, Oliver Reche M et al. Mutilación Genital Femenina. Más

- que un problema de salud. 1ª ed. Granada: Grupo Editorial Universitario;2008.
22. Gálvez Toro A. Mutilación genital femenina y episiotomía. Index enferm. [edición digital] 2001 [acceso 12 de mayo de 2013]; 31. Disponible en:
http://www.indexf.com/indexenfermeria/31revista/31_articulo_50.php
23. Onuh S, Igberase G, Umeora J, Okogbenin S, Otoide V, Gharoro E. Female Genital Mutilation: Knowledge, attitude and practice among nurses. J. natl. med. Assoc. 2006;98(3):409-14.
24. La Barbera MC. Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. RDTP. 2010;65(2):465-88.
25. Yirga WS, Kassa NA, Gebremichael MW, Aro AR. Female genital mutilation: prevalence, perceptions and effect on women's health in Kersa district of Ethiopia. Int J Womens Health. 2012;4;45-54.
26. Kaplan Marcusán A, Torán Monserrat P, Moreno Navarro J, Castany Fàbregas MJ, Muñoz-Ortiz L. Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. BMC Health serv. res. 2009;9:11.
27. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM, Pina Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enferm. glob. 2012;28:396-410.
28. Martínez García E, Olvera Porcel MC, Pozo Cano MD, Hernández Benítez MD, Amezcua Prieto C, Olmedo Requena R. Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada; Instituto de Migraciones; 2011. p.2195-99.
29. Caño Aguilar A, Fernández Caballero A, Martínez García E, Ochoa Rodríguez MD, Oliver Reche M, et al. Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención. 1ªed. Granada: Grupo Editorial Universitario;2008.
30. Centro de Investigaciones de UNICEF. Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Innocenti Digest. Italia: Bernad & Co;2005.

31. Kaplan Marcusán A, Torán Monserrat P, Bermúdez Anderson K, Castany Fábregas MJ. Las mutilaciones genitales en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*. 2006;19:189-217.
32. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cult. cuid.* 1998;3:41-5.
33. Grande Gascón ML. Todos contra la mutilación genital femenina. *Index enferm.* [edición digital] 2000 [acceso 12 de mayo de 2013]; 30:7-8. Disponible en:
http://www.index-f.com/indexenfermeria/31revista/31_articulo_7-8.php