

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
DEPARTAMENTO DE DERECHO ADMINISTRATIVO,  
FINANCIERO Y PROCESAL  
DOCTORADO ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE GÉNERO Y  
POLÍTICAS DE IGUALDAD



TESIS DOCTORAL

DERECHO CÍVICO A LA  
PREVENCIÓN SANITARIA DE LA  
MUJER ANTE LA MUTILACIÓN  
GENITAL

MARIA ISABEL ROMO SANZ

2014

## INTRODUCCIÓN AL DERECHO CIVICO

Ríos de tinta se han escrito sobre la violencia ejercida sobre la mujer, y en España especialmente sobre la violencia de género.

Aunque la violencia contra las mujeres no es exclusiva de ningún sistema político o económico; se da en todas las sociedades del mundo y sin distinción de posición económica, raza o cultura. Las estructuras de poder de la sociedad que la perpetúan se caracterizan por su profundo arraigo y su intransigencia. En todo el mundo, la violencia o las amenazas de violencia impiden a las mujeres ejercitar sus derechos humanos y disfrutar de ellos.

Nuestro trabajo pretende dar una visión, abordando un tema más específico sobre la violencia de la mujer sobre las niñas, sobre una población muy específica que ya por los movimientos migratorios no nos es ajena.

La ablación del clítoris, la mutilación genital femenina, es una forma de violencia de la mujer contra la mujer: es perpetrada por mujeres. Se calcula que anualmente se le practica a dos millones de mujeres. La ablación reduce a las mujeres a «una mera función reproductora» anulando su sexualidad<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup><http://esWikipedia.org>. Ablación del clítoris. (131-2010).

El derecho cívico al que se alude en nuestro título de investigación es referido a que todas las mujeres por el mero hecho de ser personas tienen una serie de reconocimientos internacionales a través de la promulgación de derechos humanos y al tal efecto, nos posicionamos con la Declaración Universal que propugna:

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias, considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre.” La asamblea general proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los

pueblos de los estados miembros como entre los de los territorios colocados bajo su Jurisdicción.<sup>2</sup>

Y hay que convenir que si de vulneración de la dignidad se trata, pocos temas sean tan sobresaliente como la Mutilación Genital Femenina, sobre niñas indefensas que no tienen la oportunidad de poder revelarse, de poder decir no, viendo su derecho a gozar de su personalidad integra.

La Declaración de Derechos Universales del Niño, en su preámbulo establece: “Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Considerando que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios

---

<sup>2</sup> Declaración Universal de los derechos Humanos. Fundamento de las normas internacionales.

constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle: La Asamblea General, Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principio.”

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Nuestro tema aborda la vulneración de este principio por cuanto los derechos de los niños afectados como veremos más adelante, tienen su origen en la raza, color, sexo, religión.

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y

dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño<sup>3</sup>.

Este derecho cívico se traduce en que toda niña que pise territorio español, ya sea nacionalizada o inmigrante irregular, goza de una protección que nuestro ordenamiento jurídico, le otorga.

Nos resulta inconcebible que la A/MGF siga siendo una práctica vigente, en diversas formas, en unos cuarenta países. Veintiséis se encuentran en el.

Para poder realizar este trabajo, la autora es consciente de todas las dificultades que se pueden plantear y se plantearán en el futuro, ya que el colectivo con el que se pretende trabajar y el tema en concreto, generan muchos conflictos, y es extremadamente delicado, al tratar temas religiosos- culturales muy arraigados y además es recabado por una mujer.

Tampoco hemos encontrado mucho apoyo entre los/as profesionales sanitarios consultados, a los que el tema, verdaderamente reconocen que nos les ha planteado problemas en su trabajo.

Por ese motivo, la oportunidad del momento, viene dada, por recientes sentencias condenatorias por la complejidad de la materia que nos

---

<sup>3</sup> Declaración de los Derechos del Niño. Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10 y las Organizaciones internacionales. UNICEF and United Nations Children's Fund Staff., 2009. *Estado Mundial De La Infancia: Conmemoración De Los 20 Años De La Convención Sobre Los Derechos Del Niño*. United Nations Children's Fund.

aborda, la falta de conocimientos, el desinterés y las dificultades que encontramos en nuestra investigación.

Para tratar el tema en profundidad, comenzamos por la realización de diversos cursos patrocinados por la Universidad de Salamanca, como RefWorks, Writen, herramienta que han sido de gran ayuda para organizar referencias bibliográficas y además crear, bibliografía de forma normalizada para nuestra investigación, y, para poder llevar a cabo una búsqueda exhaustiva.

Conocimiento doctrinal con los talleres realizados la educación impartida y las encuestas, cursos doctrinales sobre el tema, asistencia a jornadas y cursos científicos realizadas por la Universidad de Salamanca, durante 2011 y 2012, como el curso sobre mujeres inmigrantes realizados e impartido en dicha Universidad y el curso extraordinario cuyo título es ¿Por qué aún no hemos alcanzado la igualdad?, contribuyen a propiciar el material y método del estudio.

Ésta práctica cultural, que se realiza en el espacio de determinadas comunidades del África subsahariana, sobre todo en el área del Sahel, confirma que la mutilación suele producirse en entornos en los que el individuo está supeditado a las decisiones que le plantea su comunidad. Aunque los sujetos que emigran pueden estar en países más desarrollados y con otras costumbres, sus familias les mantienen atados tanto con vinculaciones materiales y emocionales. Los miembros de la familia que se quedan en el país de origen, ejercen una fuerte presión social sobre los que se marchan, que les obligan, generalmente en periodo vacacional, para que cuando vuelvan. Las niñas que no han sido sometidas a éste ritual, corren un grave peligro al volver a su casa.

La sanidad desde el punto de vista de la Atención Primaria, cumple un principio de proximidad fundamental en este problema, no sólo a la hora de informar de los derechos que tienen estas mujeres, de los graves daños y secuelas que se provoquen con la A/MGF, y de las advertencias penales a realizar a sus potenciales infractores; sino desde el punto de vista del análisis e informe médico exhaustivo que permitan cargarse de medios de prueba para castigar a quien cometa este delito<sup>4</sup>. Y desde un punto de vista sanitario, cumple el principio de reparación del daño sufrido con la posible reparación plástica. Nuestra zona de estudio se centra sobre una población muy definida, adscrita principalmente a una Zona Básica de Salud del Área Sanitaria de Salamanca (España), con una dotación de infraestructura de Centro de Salud y un Hospital Universitario de referencia (Nivel IV)<sup>5</sup>.

Para abordar este tema, (A/MGF), la intervención del estudio va dirigido:

- 1: Profesionales Médicos/as: Pediatras, Urólogos/as, Ginecólogos/as, Médicos Especialistas en Medicina de Familia.
- 2: Especialistas en Enfermería Pediátrica, Enfermería Obstetro-Ginecológica, Enfermería Especializada en Atención Primaria, Enfermería que trabaja en otras especialidades.
- 3: Educadores/as, amén de la población migratoria a objeto.

En nuestra ciudad y trabajar a nivel local, no resulta nada fácil, el colectivo Subsahariano, Magredí, Egipcio, etc..., está muy identificado

---

<sup>4</sup> KAPLAN MARCUSÁN A. Manual for health professionals and students on female genital mutilation-cutting. Bellaterra : (spc): Universitat Autònoma de Barcelona, Department of Social Cultural Anthropology,; 2010.

<sup>5</sup> La asistencia especializada en España se halla catalogada en distintos nivel por sus características prestacionales desde nivel I al de máxima complejidad nivel IV



con los ámbitos de la desigualdad y del maltrato social, el delicado tema sobre el que queremos trabajar desde la enseñanza y la salud es un exponente de desigualdad, debiendo abordarlo desde un enfoque de género, sin obviar que estamos ante una conducta delictiva tipificada como delito de lesiones por el Código penal<sup>6</sup>.

Viene siendo complicado entrevistarse con éste colectivo, la desconfianza y la falta de credibilidad hacia nosotros/as, los sanitarios/as, hacen que muchas veces no quieran hablar.

También, hay que reflejar, que el hecho de que la investigadora sea mujer, ha dificultado más el tratar con familias subsaharianas, donde la razón que impera es la del hombre, y la mujer (esposa), no tiene ninguna transcendencia, indicar igualmente, que cuando acuden a la Consulta de Pediatría, donde se captan principalmente. La población del estudio, el que habla y expone las situaciones de los niños, es el padre, la madre, la mujer en general, siempre queda relegada en un segundo plano.

Nos encontramos con un problema social al que tenemos que enfrentarnos, corregir externalidades negativas para ellos, generalmente por sus creencias. Tendrán que entender que sus costumbres y su religión, en su país puede ser una tradición, pero aquí en España, es un delito por lo que las políticas deben ser tratadas desde las Administraciones Públicas, implicando a los profesionales, a la sociedad en su conjunto.

Desde la sanidad, el tema, debe ser tratado con “mimo y respeto” pero también con seriedad y rigurosidad técnica. Tratar de aportar soluciones y aplicar unos métodos, unir el trabajo ya realizado por otras CCAA, actuar y planificar propuestas, que pueden ser desde la elaboración de

---

<sup>6</sup> L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal, ( Título VII )

talleres y charlas educativas, métodos de concienciación social, uniéndonos a recursos sociales, Campañas de Cruz Roja, donde está registrado la mayor parte de éste colectivo, y también, no debemos olvidar que el tema de la A/MGF, hay que tratarlo con información veraz, medios coercitivos, explicar muy claramente, incluso por escrito, aunque sea para ellos una amenaza, como y lo que dice el Derecho Penal y lo que le va a suceder si desde del seguimiento sanitario a la niña, se descubre que ha sido mutilada.

Desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria, nos planteamos un proyecto educativo y formativo para familias inmigrantes que acuden a nuestro centro de trabajo demandando cuidados asistenciales, para poder abordar el tema que nos lleva a este trabajo de prevención y de la lucha contra la A/MGF.

Lo que se pretende, es poder realizar educación sanitario-preventiva, a través de las consultas de refuerzo, comenzar con programas formativos, por ejemplo desde la educación sexual. Si trabajamos sobre este tema, pensamos que habrá un acercamiento más cómodo con éste colectivo de personas inmigrantes que viven en nuestra ciudad. Necesariamente, en nuestras actividades, vamos a estar más relacionados, ya se trate de labores de educación sexual en un centro educativo, sanitario o cultural; de labores de asesoramiento sexológico, o de terapia sexual y de pareja.

Ello implica que deberemos aprender a manejarnos mínimamente con claves interculturales que nos ayuden a aproximarnos a los distintos niveles sociales con los que vamos a tratar. Es decir, prepararnos para acercarnos con curiosidad a la población inmigrante, aprender acerca de sus vivencias, sus circunstancias, sus necesidades y peculiaridades, y por supuesto, sus ideas y creencias sobre la sexualidad.

Por todo ello, nos planteamos averiguar el grado de conocimiento y compromiso de los profesionales sanitarios y docentes que pudiendo verse implicados en la A/MGF, se vieran reflejados a través de contestación de una encuesta ad hoc, por nosotros elaborada (Anexo I) y sobre una muestra reducida pero altamente significativa, apuntando que también a buen seguro será de mucha utilidad a los profesionales, al poner el tema de manera actual.

La metodología empleada por nosotros de acercamiento a los inmigrantes afectados, comienza con los talleres de educación. Se elabora una encuesta de fácil comprensión, sobre el tema de la ablación/mutilación genital femenina y educación sexual, para entregar a distintos ciudadanos/as afectados (AnexoII). Con las encuestas se pretende saber el grado de conocimientos, y unificar criterios que convaliden las distintas actuaciones desde un enfoque multidisciplinar y sobre una realidad puesta de manifiesto a través de las respuestas de los afectados.

La información profesional fue recopilada a través de un cuestionario (Anexo I) que incluyó como variables: sexo, edad, años de experiencia, puesto de trabajo, además preguntas semiabiertas sobre la A/MGF, aplicado a médicos/as de ginecología, urología de atención primaria, médicos/as de otras especialidades, enfermeras/os, enfermeras/os especialistas en ginecología y obstetricia (matronas/os) y educadores/as de colegios.

Lo que se pretende al pasar esta encuesta a los profesionales sanitarios de la ciudad, es constatar el grado de conocimiento sobre el tema de la A/MGF y con los resultados, pudiendo realizar actuaciones conjuntas a

nivel de sanidad pública hospitalaria (Atención Especializada) y de Atención Primaria.

Igualmente se plantea el trabajo investigador de campo sobre el colectivo poblacional afectado por la A/MGF, en la Zona Básica de Salud de estudio (Capuchinos/Vidal de Salamanca (España), en los ámbitos de la sanidad y la educación por considerarse los dos perímetros directamente más relacionados con el objeto de nuestra investigación.

Además se planifica unificar criterios, impartir talleres educativos (Anexo VII) y trabajar con los padres en materia de prevención, desde la consulta sanitaria pública de Enfermería del Centro de Salud ya indicado.

Nos planteamos abordar al colectivo inmigrante a través de la educación sexual, porque creemos nos va a servir de acercamiento para plantear o llegar a emprender el tema; además los talleres y charlas con los inmigrantes, son los formatos preferidos para trabajar, comenzando con ellos, como forma de acercamiento, con talleres de educación sexual, la salud sexual, y dentro de la misma, la prevención de la A/MGF.

Cuando hemos realizado los talleres en la consulta de refuerzo (Anexo VII y VIII) y que ha sido fuera del horario laboral, pero si en el Centro de Salud, ya citado anteriormente, sabemos que parte de la población que atendemos en los programas o servicios de educación sexual es de origen extranjero, y dentro de esta población, también hay un porcentaje de personas de origen subsahariano perteneciente a países y etnias de alto riesgo para la A/MGF.

A la pregunta ¿Por qué trabajar en prevención? Claramente debemos contestar, que por la experiencia habida en otros temas similares, la prevención es el camino más acertado para conseguir mejores resultados, y tratándose de un tema tan especial como la ablación-mutilación genital femenina, precisa de un trabajo multidisciplinar en el que deben implicarse tanto los profesionales como las asociaciones civiles y es justamente la materia preventiva donde su implicación es mayor y tienen perfecta cabida multidisciplinar.

Desde el momento en el que (generalmente en un Centro Sanitario) se detecta la existencia de una posible ablación- mutilación en una mujer y muy especialmente si se dispara la sospecha que sus hijas pueden encontrarse en potencial riesgo de sufrir una A/MGF, se debe trabajar con todos los medios disponibles tanto en el seguimiento de las menores como de la propia mujer, los/as trabajadores/as sociales, profesionales sanitarios, educadores/as, como en el trabajo de sensibilización y formación de la familia y de la comunidad por parte todos los que puedan ser útiles en la prevención, hasta la aplicación de la legislación vigente por parte de la Policía o el Ministerio Fiscal.

De la misma forma, desde el campo de la educación sexual, lo deseable es que no esperemos a que se presente una situación de riesgo para hablar a estas familias sobre prevención de la A/MGF, y sobre sexualidad. Esto quiere decir que, por ejemplo, si trabajamos con una familia con una hija o varias, perteneciente a una etnia o país de riesgo, es mejor no esperar a que dicha familia esté a punto de realizar un viaje a su país de origen para realizar la intervención. Lo ideal es haber comenzado antes, hablando sobre temas diversos relacionados con la salud sexual, ofreciendo información y educación sexual a través de

talleres y charlas, de cursos o entrevistas personales, facilitando información sobre los recursos de salud y también los relacionados con la planificación familiar, la sexualidad... y dentro de este marco, tratar la prevención de la A/MGF como un tema más, aunque no haya ningún viaje previsto en los próximos meses<sup>7</sup>.

La A/MGF es una realidad que no podemos ignorar y que debemos abordar, y desde la educación podemos afrontarla dentro de un trabajo más amplio en lo referente a la sexualidad.

## **HIPOTESIS**

La Ablación - Mutilación Genital Femenina (A/MGF) supone un fenómeno que vulnera gravemente la integridad física y psíquica de las mujeres que la sufre. No sólo se provocan daños físicos y se generan secuelas de importante consideración, sino que se menosprecia el papel femenino en los roles familiares y sociales, postergando a la mujer a una posición de sumisión y castigo.

Esta práctica ancestral, seguida principalmente en África y Oriente Medio, vulnera gran parte de los principios recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las declaraciones de derechos de casi la totalidad de las Constituciones occidentales. Desde el derecho a la igualdad hasta el derecho a la libertad, pasando por el derecho a no ser tratado de manera cruel, inhumana o degradante. La Ablación del clítoris supone al mismo tiempo un gran obstáculo en la integración de estas culturas en nuestros países.

---

<sup>7</sup>RAMIREZ CRESPO. M<sup>a</sup> VICTORIA. LA MGF EN ESPAÑA. Prevención e intervención. Profesionales de UNAF (Unión de Asociaciones Familiares). Autores de los capítulos: "Sobre la mutilación genital femenina" y "Prevención e intervención ante la MGF. Una propuesta desde el ámbito sexológico".Pg. 32- 49.

Sin duda, la educación y la concienciación social son un importante trabajo al respecto, pero el Estado de Derecho tiene que ser contundente ante tan grave ataque a la mujer. Las penas y el Estado Policial deben cumplir su función coercitiva, y sería muy conveniente que se instaurasen campañas informativas acerca de las consecuencias jurídico-penales de aquellos que comenten estos delitos.

La sanidad, desde el punto de vista de la Atención Primaria, cumple un principio de proximidad fundamental en este problema. No solo a la hora de informar de los derechos que tienen estas mujeres, de los graves daños y secuelas que se provocan con la A/MGF, y de las advertencias penales a realizar a sus potenciales infractores; sino desde el punto de vista del análisis e informe médico exhaustivo que permitan cargarse de medios de prueba para castigar-sancionar a quien comenta esta acción.

Importante es también la labor de intervención y reconstrucción que se está llevando a cabo en las víctimas, siendo fundamental en este sentido la elaboración de un plan de actuación rápida que suponga un protocolo conjunto en el que todos los niveles sanitarios traten de evitar mayores daños y secuelas, y traten al mismo tiempo de aliviar y mejorar en todo lo posible la calidad de vida de la paciente.

## **OBJETIVOS**

### ***OBJETIVO PRINCIPAL:***

El objetivo de este trabajo es trabajar sobre distintos recursos sanitarios encaminándolos a la prevención de la ablación o mutilación genital femenina, revisando protocolos de actuación sanitaria ad hoc e intentando establecer unas recomendaciones básicas, útiles y pragmáticas para llevar a cabo acciones preventivas y rehabilitadoras de protección a las menores y de educación sanitaria a las familias.

### ***OBJETIVOS GENERALES:***

1. Establecer un modelo socio-sanitario de intervención para prevenir la práctica de la A/MGF.
2. Detectar el grado de conocimiento básico, potenciar la formación a los profesionales de los distintos sistemas (Sanitario, Social, Educativo), sobre lo que conlleva la práctica de la A/MGF.
3. Proponer la puesta en marcha de mecanismos incardinados con otros programas, para detectar situaciones de riesgo de A/MGF y poder intervenir.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS:***

1. Prevenir la A/MGF, a través de los posibles casos que puedan detectarse en el ámbito de la Zona Básica de Salud, a través de la educación sanitaria.



2. Evaluar los protocolos y registros ya existentes, la metodología de intervención en casos de riesgo, riesgo inminente, así como en aquellos en los que se constata la práctica de la A/MGF.
3. Realizar encuestas a: profesionales sanitarios y educadores, sobre el grado conocimiento del tema en estudio.
4. Seguimiento en consulta ambulatoria de Enfermería e impartir talleres formativos a inmigrantes de riesgo.
5. Establecer mecanismos de seguimiento y evolución, evaluando la eficacia y la eficiencia de las acciones realizadas.

## CAPITULO 1. MARCO JURIDICO NORMATIVO DE PROTECCIÓN A LA A/MGF

---

La Sociedad contemporánea y en particular la comunidad internacional organizada, han reconocido que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que éste, o bien tiene el deber de respetar y garantizar, o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos Derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, son los que hoy conocemos como derechos humanos<sup>8</sup>, derechos que son fuente incuestionable de todas las normas internacionales y por ende del ordenamiento jurídico español.

### 1.1 ÁMBITO INTERNACIONAL

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada y aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su articulado recoge una gran conquista: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”*<sup>9</sup>, estableciendo que *“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*<sup>10</sup>. Y respecto al tema que nos ocupa la A/MGF, la Declaración es tajante *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*, comprobando como la

---

<sup>8</sup> NIKKEN, P “ Sobre el Concepto de Derechos Humanos”, Estudios Básicos de Derechos Humanos (1994), [www.pensamientopenal.com](http://www.pensamientopenal.com) (3/5/2012 )

<sup>9</sup> Art. 1 de la Declaración de Derechos Humanos. ONU, 1998

<sup>10</sup> Art. 2 de la Declaración de Derechos Humanos. ONU, 1948

Asamblea general proclama los Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción<sup>11</sup>.

Otra Declaración Internacional de relevada importancia que complementa a la Declaración de Derechos Humanos es la de los Derechos del Niño de 1959<sup>12</sup>, encabezada su publicación por un frase que reza “*La niñez para hacer que su participación en el cambio sea una participación efectiva, tiene que ser una niñez que conozca siente y valore*”, donde los Estados firmantes se comprometen a velar por la personalidad del menor, fomentar el hogar y la vida pacífica en la familia, garantizando como derechos fundamentales de la infancia: la igualdad, la protección especial, la calidad de vida, la educación. Esta Declaración se ha visto completada por la Declaración de Derechos del niño de 1989<sup>13</sup>

Tomando como fuente la Declaración el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, firmado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 en Nueva York, insta a todos los estados firmantes a respetar y velar por estos derechos, desde el

---

<sup>11</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos. , [www.un.org](http://www.un.org) (3-5-2013)

<sup>12</sup> [www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx) ( 29-4-2013)

<sup>13</sup> Sus 54 artículos recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas. ([www.unicef.es](http://www.unicef.es))

compromiso de garantizar que *“toda persona cuyos derechos y libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados, podrá interponer un recurso efectivo, aun cuando la violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones”*<sup>14</sup>.

## **1. 2. ÁMBITO NACIONAL**

En nuestro derecho interno español, se establece en el ámbito constitucional que *“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”*<sup>15</sup>, si bien la figura del menor de edad y su protección, no es aludida expresa y directamente en la Constitución Española del 78, sin embargo, la menciona reiteradamente bajo otras denominaciones e incluso en ocasiones implícitamente, así leemos ad littere *“Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia”*<sup>16</sup> como límite a la libertad de creación, expresión, información y cátedra.

En este sentido configura el derecho de los padres: *“Los poderes públicos garantizan el derecho que asiste a los padres para que sus hijos reciban la formación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.”*<sup>17</sup>. Igualmente respecto a los poderes públicos

---

<sup>14</sup> Art. 2 a) , Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966.B.O.E núm. 103 de 30 de abril de 1977, pág. 9338

<sup>15</sup> Art. 10.2 de la CE de 1978

<sup>16</sup> Art. 20.4 de la CE de 1978.

<sup>17</sup> Art. 27.3, CE de 1978

para promover la participación “*Los poderes públicos promoverán las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural.*”<sup>18</sup>.

Especialmente importante, es, por lo que aquí interesa, el triple enfoque contenido en el art. 39 de la CE<sup>19</sup>: en primer lugar, el apartado 2 establece como principio rector de la política social y económica, el que “*los poderes públicos aseguran la protección integral de los hijos (...)*”. Esta configuración constitucional general de la protección de los menores (hijos) como un principio rector de la política social y económica, tiene como corolario, art. 53.3 de la CE, que su reconocimiento, respeto y protección, informará la “*(...) legislación positiva, la práctica judicial y la actividad de los poderes públicos (...)*”. A continuación, el art. 39.3 de la CE manifiesta que “*los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos (...) durante su minoría de edad*” y en los demás casos en que legalmente proceda. Lo que significa que uno de los contenidos de la patria potestad (guarda) se eleva a deber de rango constitucional, e incluso se independiza de la propia institución (patria potestad) quedando indisolublemente unido a la condición de progenitor, ya sea titular, o no, de la patria potestad. Además, el art. 39.4 determina que “*los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos*”. Nuestra Constitución Española considera también que la familia es la célula social básica “*Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia*”<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Art. 48, CE de 1978

<sup>19</sup> VIDAL CASERO, M.C. “La evolución legislativa de la protección del menor, la defensa de sus derechos y la atención a su salud” en [www.meubook.com](http://www.meubook.com) (29-4-2013)

<sup>20</sup> Art. 39.1, CE de 1978

## ÁMBITO NACIONAL SANITARIO

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,<sup>21</sup> El modelo sanitario español actual parte de la promulgación de la Constitución Española de 1978 donde fija como principio rector de la política social y económica a través del Art. 43 CE<sup>22</sup>, el derecho de TODOS a la salud, ese “todos” obliga al legislador a promulgar en el año 86, nuestra norma medular para el derecho sanitario español: Ley General de Sanidad aprobándose en ella un nuevo modelo sanitario universal de corte anglosajón llamado Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge, dejando atrás el Sistema de Seguridad Social hasta entonces vigente.

Esta emblemática Ley General de Sanidad constituye un antes de y un después de, al establecer la protección de la salud desde la reorganización estructural de la asistencia sanitaria, tutelando la atención al paciente especializada u hospitalaria y potenciando fuertemente la atención al paciente primaria o extrahospitalaria, creando Centros de Salud o Consultorios con demarcaciones territoriales (ya no es solo la consulta asistencial, sino que se incorpora la educación sanitaria, la prevención y la rehabilitación).

---

<sup>21</sup> Apuntes tomados en el Congreso Internacional de Derecho Médico, Universidad de Salamanca, UNICOC de Colombia, ponente: M<sup>a</sup> Dolores Calvo Sánchez, 18 de mayo de 2013.

<sup>22</sup> Art. 43 CE: “

*1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

*2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

*3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.*

Igualmente el modelo sanitario español apostó por la descentralización de sus servicios por Comunidades Autónomas o Regionales, transfiriendo las competencias de sanidad a las 17 Comunidades que conforman el reino español. Quedándose el Estado con la competencia legisladora básica y transfiriendo la responsabilidad gestora de los servicios de salud (año 2002), garantizando esta Ley General de Sanidad, que los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español<sup>23</sup>. Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en la que se acceda a los mismos<sup>24</sup>.

De igual manera esta Ley General dedica un título a la docencia y al fomento de la Investigación, creando un Instituto Nacional INSCIII. Reconoce el ejercicio libre de la profesiones sanitarias (Se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución), No solo como derecho sino como necesidad complementaria del sector público. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud se integrarán en el Sistema Nacional de Salud, conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la Ley.<sup>25</sup>

## **ÁMBITOS REGIONAL O DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LOCAL**

---

<sup>23</sup> Según lo dispuesto en los artículo 12, siendo su referencia legislativa los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución del 78

<sup>24</sup> Art. 16 de la Ley 14/86:” *Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos (...)*”

<sup>25</sup> Art. 44 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad.

El marco anterior queda complementado con distintas disposiciones elaboradas por las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus respectivos estatutos de autonomía en las que contienen normas de protección de menores y de extranjeros, residentes en sus territorios respectivos.

Existen una serie de aspectos generales en los que coinciden las legislaciones autonómicas sobre protección al menor. Son los siguientes: El niño y la niña son personas y como tales deben ser tratados, es decir, como una persona singular, única, libre, sujeto a derechos propios de su condición humana, con la particularidad de su condición infantil.

Por tanto, no pueden ser considerados como propiedad de sus padres, de su familia o de la Administración, no pueden ser discriminados ni por sexo, edad, condición, idioma, religión, etnia, características socioeconómicas de sus padres o familia, ni por cualquier otra consideración.

El menor debe de gozar de los derechos individuales y colectivos reconocidos por la Constitución, el resto del ordenamiento jurídico y los acuerdos y tratados internacionales.

El interés del menor es prioritario cuando se trate de aplicar medidas que le afecten.

Tanto los padres o tutores como los poderes públicos son responsables del cumplimiento efectivo de estos principios, que deben presidir la interpretación y la aplicación de la normativa referida al menor.

La regulación de la institución del Defensor del Menor ha sido una aspiración de todos los sectores de nuestra sociedad preocupados por dar



una mayor seguridad jurídica al desarrollo de los intereses y participación social de las personas menores de edad.

### **APROXIMACIÓN A LA JURISPRUDENCIA SOBRE LA A/MGF**

Pero el marco normativo legislativo quedaría incompleto sino trajéramos al menos una aproximación al estudio de la Jurisprudencia, es decir, de la interpretación habida de la legislación vigente por Jueces y Tribunales de Justicia del reino de España, sobre la materia de la A/MGF,<sup>26</sup> obteniendo como resultado, un número de sentencias firmes que destacamos:

- ✓ **Derecho de Asilo en Nigeria**, (Audiencia Nacional-Sala de lo Contencioso –Administrativo, Sección 1ª-. Sentencia de 2 de febrero de 2005. Ref. JUR\2005\208981)

Se interpone el presente recurso contencioso-administrativo contra la Resolución del Ministerio del Interior, de 15 de octubre de 2002, que deniega el reconocimiento de la condición de refugiado y derecho de asilo a una ciudadana nacional de Nigeria<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Para ello se ha realizado un barrido en la base de datos informáticos [www.westlaw.es](http://www.westlaw.es) de Aranzadi, poniendo en Texto Mutilación Genital Femenina. (abril 2013).

<sup>27</sup> Antecedente de Hecho, Primero, sentencia opus. Cit. Anterior

## **CAPITULO 2. MARCO CONCEPTUAL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La progresiva llegada a España de personas procedentes del África subsahariana ha evidenciado la práctica de una serie de rituales ancestrales en niñas, perjudiciales para su salud, y que se engloban dentro del concepto de mutilación genital femenina A/MGF).

En nuestro país estas prácticas están tipificadas como delito de lesiones y, por lo tanto, son susceptibles de plantear valoraciones médico legales.

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas y la Unión Europea, se ha pronunciado sobre la mutilación genital femenina (A/MGF) en diversos fórums, convenciones y declaraciones sobre los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de los niños. Se trata de prácticas tradicionales, pero que constituyen una violación de los derechos humanos, en particular por su carácter discriminatorio y violento y por las consecuencias perjudiciales que conllevan para la salud de la mujer.<sup>28</sup>

La violencia contra las mujeres es ejercida de múltiples maneras y una de las expresiones más agudas queda constituida en la práctica de la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF).

### **PRÁCTICA CULTURAL O VIOLENCIA DE GÉNERO**

Aunque la perspectiva actual concibe la A/MGF como una práctica tradicional cruel, que conlleva riesgos para la salud y viola los derechos humanos de las niñas, hasta hace pocos años no se la ha considerado como una forma de violencia que se ejerce contra las mujeres, y varias razones explican este hecho:

---

<sup>28</sup> ADRIANA KAPLÁN MARCUSAN, et al. Rv. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6.Pg:1-3

- Se justifica como una práctica cultural
- El hecho de que las víctimas sean mujeres, a las que tradicionalmente se ha considerado como inferiores, cuyo cuerpo y sexualidad deben de ser controlados, y cuyas necesidades eran ignoradas, ha facilitado el “olvido” y la inmunidad a los perpetradores de dichas violencias contra las mujeres.

## **TERMINOLOGIA Y ABORDAJE CONCEPTUAL**

¿Circuncisión femenina? ¿Mutilaciones genitales femeninas? ¿Cortes genitales femeninos? ¿Sunna? ¿Cirugía genital femenina? ¿Clitoridectomía? ¿Operación? ¿Práctica tradicional? Como vemos, los términos utilizados son diversos y aunque podemos entender de lo que se trata, sólo un análisis conceptual de los mismos, 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 y desde las mismas culturas que la practican, se sigue defendiendo el uso de la palabra circuncisión, junto a otras como operación o prácticas tradicionales. La propia población musulmana que la práctica, por ejemplo en Sudán o Etiopía, se refiere a ella como sunna o bien remiten al término utilizado en la lengua autóctona: por ejemplo, en mandinga es ñyakaa o 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”.<sup>29</sup>

Desde ámbitos académicos, el término que con mayor frecuencia encontramos, es el de Female Genital Cutting (FGC), que podríamos traducir como Cortes Genitales Femeninos. Autoras que provienen de las ciencias sociales, como María de Bruyn (1998), antropóloga o Dara Carr (1997), demógrafa, prefieren hablar de FGC como una forma más respetuosa de referirse, no a la intervención, sino a la población que la ejecuta, y que contempla los tres tipos de operación descritos, evitando la estigmatización, la barbarización o los juicios morales sobre la práctica. En este mismo sentido se pronuncian algunos profesionales de las ciencias de la salud, como Morison (2001) o Walraven (2001). Sin embargo, desde otros ámbitos sanitarios se alude al ejercicio médico y, en la reivindicación de este derecho, a la praxis médica, como en Egipto, donde se ha llegado a clasificar, hasta muy recientemente, como una especialidad de Cirugía Genital Femenina.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> KAPLAN, A. (2003) "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas" en *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, nº 4, Madrid, pp.1-5.

<sup>30</sup> Opus cit ant.

<b>TIPO I</b>	Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía). Es el tipo de intervención que en el mundo islámico equipara a la circuncisión masculina.
<b>TIPO II</b>	Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores (excisión).
<b>TIPO III</b>	Estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris (Infibulación).
<b>TIPO IV</b>	Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Las consecuencias de la A/MGF sobre la salud de las niñas y las mujeres varían en función del tipo de mutilación y las condiciones en las que se lleva a cabo.

<b>Complicaciones agudas con posible riesgo vital</b>	<b>Complicaciones subagudas</b>
<b>Hemorragia</b>	Anemia
<b>Dolor intenso</b>	Contagio hepatitis B y C
<b>Infección de la herida</b>	Contagio VIH
<b>Sepsis, gangrena, Tétanos</b>	Infecciones urinarias de repetición
<b>Shock</b>	Retraso del crecimiento en niñas con un déficit nutricional de base
<b>Retención urinaria</b>	Abcesos, úlceras, escarificaciones
<b>Estrés traumático</b>	Retraso en la cicatrización de la herida
	Miedo, angustia, estrés

### **CAPITULO 3. HISTORIA Y SITUACIÓN EN LOS PAISES DE ORIGEN**

---

#### **¿CUÁL FUE EL ORIGEN DE ESTAS PRÁCTICAS?**

“No hay forma de conocer el origen de la mutilación genital femenina. Se trata de un fenómeno que aparece en varias culturas diferentes, desde las tribus aborígenes australianas hasta las sociedades sudafricanas”, declaró a Discovery Noticias David Gollaher, presidente y director general del Instituto de Salud de California (CHI) y autor del libro “Circuncisión”.<sup>31</sup>

Podría tratarse de una práctica milenaria surgida en el Antiguo Egipto, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia.

Esto explicaría que la practiquen los cristianos coptos de Egipto y de Sudán, los judíos falaixa de Etiopía y las tribus africanas de culto animista.<sup>32</sup>

A pesar de encontrar comunidades musulmanas que la practican, podemos afirmar que no es un precepto islámico, ni de ninguna de las principales religiones; existen zonas de influencia islámica, como pueden ser Marruecos, Argelia y Túnez que no han estado nunca vinculadas a dicha práctica. En África subsahariana, la mutilación genital femenina (MGF) se practica en toda la franja del Sahel, perdiendo fuerza a medida que nos vamos acercando a la zona ecuatorial.

---

<sup>31</sup> Publicado en Discovery Noticias. Análisis de [Rossella Lorenzi](#). 1 de enero de 2013.

<sup>32</sup> Comisión de trabajo sobre la violencia doméstica de Cataluña. *Protocolo de prevención sobre la mutilación genital femenina*. Generalitat de Cataluña 2004.

A partir de este punto, deja de practicarse salvo en los países de la zona de los Grandes Lagos: Kenia, Uganda, Ruanda, Burundi, Tanzania y Malawi.<sup>33</sup>

Utilizada para controlar la sexualidad femenina, esta práctica incluye la extirpación total o parcial de los genitales externos. En su forma más severa, denominada infibulación, se sutura también la apertura de la vagina, dejando apenas una mínima abertura para la liberación de la orina y el sangrado menstrual.<sup>34</sup>

A pesar de encontrar comunidades musulmanas que la practican, podemos afirmar que no es un precepto islámico, ni de ninguna de las principales religiones; existen zonas de influencia islámica, como pueden ser Marruecos, Argelia y Túnez que no han estado nunca vinculadas a dicha práctica. En África subsahariana, la mutilación genital femenina (A/MGF) se practica en toda la franja del Sahel, perdiendo fuerza a medida que nos vamos acercando a la zona ecuatorial. A partir de este punto, deja de practicarse salvo en los países de la zona de los Grandes Lagos: Kenia, Uganda, Ruanda, Burundi, Tanzania y Malawi.

Estas prácticas ancestrales han sido prohibidas por algunos gobiernos africanos, pero todavía no existe legislación al respecto. Sólo algunos países han publicado leyes sancionadoras específicas en el parlamento, como Senegal, Ghana, Mali o Mauritania. Si bien una prohibición legal es imprescindible para castigar y prevenir estas prácticas tanto en los países de origen como en los de destino de estas personas, no es

---

<sup>33</sup> GALLEGO M.I. Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. Médico forense. Instituto de Medicina legal de Cataluña. Pg 1-5

<sup>34</sup> FLOPY75. Revista Insólito, Publicado el 03 enero 2013 por. PG: 1-5



suficiente si no se acompaña de otras estrategias para su prevención que puedan llegar a producir una transformación social religiosa y cultural muy amplia, dado que nos encontramos ante cuestiones de profundas diferencias culturales: diferencias entre nuestras creencias y principios básicos reconocidos en los derechos humanos universales y las creencias y tradiciones de los pueblos que la practican.

### ***ACTUALIDAD***

En la actualidad la mutilación genital femenina es una práctica ancestral de diversos grupos étnicos de más de 28 países del África Subsahariana y algunos de Oriente Medio. Consiste en la extirpación de parte del aparato genital femenino o la provocación de heridas en los genitales de la mujer por motivos culturales y no terapéuticos. Es, pues, una práctica cultural que se justifica por creencias erróneas, como el control de la sexualidad y el fomento de la castidad, razones de higiene, la costumbre, la tradición, razones reproductivas, estéticas o por motivos religiosos.

En España está tipificada como delito en el Código Penal desde 1995 y a partir de 2005 la jurisdicción española se declaró competente para su persecución extraterritorial.<sup>35</sup>

### **COMPLICADA ERRADICACIÓN**

Los distintos trabajos de campo realizados en los cinco países no aportan una respuesta única respecto a los avances en la erradicación de la práctica, dada la importancia del contexto socio-cultural de cada país, e incluso de cada comunidad en un mismo estado.

---

<sup>35</sup> AGUIRREGOMEZKORTA R.B, et al. La Ablación o Mutilación Genital Femenina. Guía Práctica. (CEIM) Pg 1-6

No obstante, se detectaron elementos comunes que contribuyen a la erradicación de la práctica, o como mínimo al incipiente rechazo social. “Estos elementos no son suficientes por si mismos para instigar el cambio pero juntos pueden llevar a procesos de transformación”, aclara el informe.

Algunos de ellos son: la decisión depende de muchos actores, y no sólo de los progenitores, que toman muy en cuenta la opinión de los líderes locales, políticos o religiosos; las comunidades deben sentir que el cambio es en su propio interés y estar convencidas de ello sin interferencia de extranjeros.<sup>36</sup>

## **LA A/MGF Y LOS CAMBIOS A LO LARGO DEL TIEMPO**

La A/MGF es una práctica en evolución, y sus características y distribución han cambiado a lo largo de los años. En Yemen, por ejemplo, la práctica sólo aparece en el siglo XX como consecuencia de los contactos con comunidades que lo practican en el Cuerno de África.<sup>37</sup>

## **POBLACION DE RIESGO**

Aunque la A/MGF, puede ser realizada a mujeres adultas o adolescentes, su mayor prevalencia se presenta en niñas vulnerables que dependen del cuidado de sus padres y no son capaces de ejercer opciones intelectuales o sociales. Más allá de la violación de los tratados generales de derechos humanos, este hecho viola varias disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño que refuerzan las prohibiciones de los tratados

---

<sup>36</sup> UNICEF. Informe, Estudio en varios países del continente. Publicado por el periódico el Mundo, viernes 11 de noviembre 2010.

<sup>37</sup>JIMÉNEZ RUIZ I.; ALMANSA MARTÍNEZ P.; PASTOR BRAVO,M.M.; PINA ROCHE ,F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enferm. glob. vol.11 no.28 Murcia oct. 2012,Pg:1-2

generales y demuestran el carácter agravado de las violaciones a los derechos de niños indefensos. Una violación de derechos es especialmente grave cuando es perpetrada por aquellos en quienes los niños dependen para efectos de protección y quienes deben adoptar juicios prudentes para defender sus intereses y su integridad física. El hecho de que los padres crean que la AGF favorece los intereses inmediatos y de largo plazo de sus hijas ilustra el sometimiento parental a costumbres dañinas que pueden llegar a atentar contra la vida y que carecen de fundamento religioso pero representan la aceptación durante generaciones de la discriminación sexual como normal o incluso como deseable.<sup>38</sup>

## **LA A/MGF EN ESPAÑA**

En España, al igual que en Europa, la evolución de la A/MGF debe ser entendida en el contexto de la creciente presencia de mujeres inmigrantes originarias de zonas y etnias que la practican.

Los primeros casos detectados se localizaron en Cataluña en 1993, comunidad en la población inmigrante procedente de las regiones que practican la A/MGF. Este hecho explica en gran medida, que sea esta comunidad la que ha prestado más atención a esta problemática y donde se han desarrollado más acciones en la lucha contra la A/MGF en España y seguida muy de cerca por Andalucía. La Universidad Autónoma de Cataluña ha elaborado un mapeo de la A/MGF en España con el cual

---

<sup>38</sup> PROYECTO EMBERA WERA:Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina y la promoción de los derechos de mujeres Embera de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico del departamento de Risaralda;2010

pretenden cubrir el vacío existente sobre la situación y probabilidad de riesgo en nuestro país<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> KAPLAN, A, y LÓPEZ, A:” Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España, 2009”. UAB, 2010. pg. 33

## **CAPÍTULO IV: IMPACTO EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

---

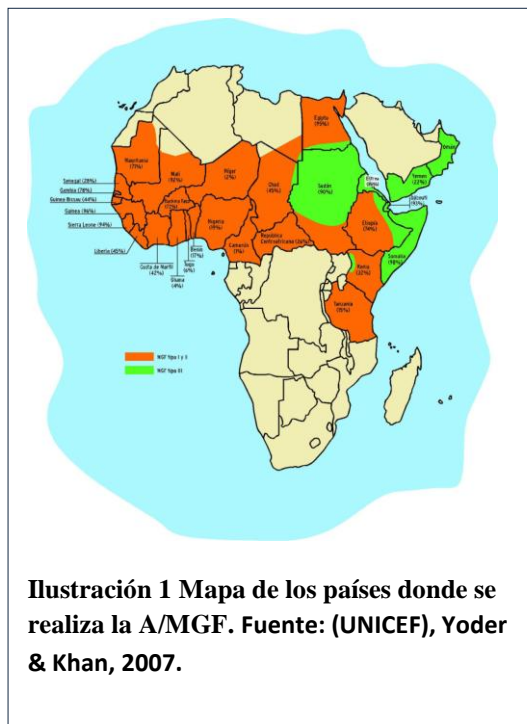
Centra también nuestro interés el grado de impacto del tema sobre los medios de comunicación en España

Han sido muchas las noticias que han aparecido en torno a la ablación-mutilación genital femenina, sería imposible abordar este capítulo si quisiéramos poner todas las notas en prensa aparecidas sobre este tema.

Entrándonos en lo publicado en nuestro país, y después de revisar y leer las noticias sobre el cuestión, debemos destacar los periódicos con más tirada nacional como “el País” y “el Mundo” que han sido hasta la fecha, los que más atención han prestado, por el número de publicaciones del tema en los últimos años. Estos son algunos de los artículos publicados más notorios y por orden cronológico de los años 2006 a 2013, sirvan de ejemplo y por todos.

## CAPÍTULO V: TRABAJO DE CAMPO

Como venimos argumentando los datos de la máxima organización mundial de la salud (OMS) revelan que la A/MGF es una práctica extendida en 28 países africanos, (según argumenta dicha organización), otras fuentes, como Amnistía Internacional citan 26 países, en Oriente Medio y en algunos países asiáticos (Indonesia, Malasia y países limítrofes). Según la misma organización, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas en el mundo han sufrido dicha práctica, y se



estima que 4 millones corren el riesgo de sufrirla anualmente. Se mutilan 4 niñas cada minuto. Esta práctica no sólo afecta a las niñas de África y Oriente Medio, sino que también está presente en la vida de mujeres y niñas que viven en comunidades emigrantes en los países industrializados. La comunidad internacional, a través de diferentes agencias de Naciones Unidas, se ha pronunciado contra las A/MGF, que son consideradas prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas<sup>40</sup>.

La OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF) y otras organizaciones (Amnistía Internacional, ONG'S...) utilizan los

<sup>40</sup> UNICEF and United Nations Children's Fund Staff., 2009. *Estado Mundial De La Infancia: Conmemoración De Los 20 Años De La Convención Sobre Los Derechos Del Niño*. United Nations Children's Fund UNICEF: Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina 2005.

términos de «mutilación genital femenina», «ablación», «circuncisión femenina» y «exéresis genital femenina», coincidiendo en que este tipo de prácticas atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas, dado que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino.

Para realizar el trabajo de campo investigador al tema, nos planteamos abordarlo desde el ámbito de una consulta de Enfermería de Atención Primaria, en un Centro de Salud de la red pública de la Zona Básica de Salud de Capuchinos, perteneciente al Área de Salud de Salamanca-España.

Se partía de plantearse la viabilidad de incorporar protocolos específicos, sumar esta materia a protocolos ya establecidos o guías de actuación, desde la prevención a una población diana susceptible, niñas del colectivo subsahariano prioritariamente que acuden por nuestras consultas sanitarias del Sistema Público de salud, o la actuación en el caso de sospecha o ya ante una A/MGF instaurada.

Como guía general son recomendables la prudencia y la verdad en las respuestas, así como los valores de igualdad, responsabilidad y respeto. Y, muy especialmente, tener siempre en cuenta la salud emocional y la edad de quien pregunta. La sexualidad es parte vital de cualquier persona, aprender a vivirla con amor y respeto será el reto de todo educador.<sup>41</sup>

Creemos que dar un enfoque en el que se puedan abrir preguntas y entablar después un dialogo abierto, para pasar en la segunda hora de la tarde a tratar el tema de la A/MGF. En el anexo IV quedan reflejadas

---

<sup>41</sup> Opus cit Ant

estas líneas a través del contenido de las diapositivas que se exponen en los Talleres.

## METODOLOGIA EMPLEADA EN LOS TALLERES Y CHARLAS

Al comienzo de las sesiones o charlas sobre la mutilación genital, les pasamos un cuestionario y dependiendo de las respuestas, la forma de introducirnos en el tema será diferente. Valga como ejemplo:

- “Sé que otras personas de tu país suelen hacer el corte a sus hijas. ¿En tu comunidad también tenéis esta costumbre? ¿Tú tienes realizado el corte? ¿Has pensado realizarlo a tu hija? ¿Te gustaría que tu hija lo tuviera realizado? ¿Por qué creéis que es importante realizar el corte a vuestras hijas? ¿En que se benefician?...” ver en el anexo II encuesta de opinión.<sup>42</sup>

Se realiza talleres o charlas cuyo contenido principal es tratar la A/MGF, desde una perspectiva de las directrices que describe y marca la OMS. En las primeras diapositivas se detalla la definición de la A/MGF diciendo, según definición de Amnistía Internacional, que es una práctica consistente en la extirpación total o parcial de los genitales externos de las niñas, así mismo se describirán los problemas y los países donde se realiza dicha práctica.<sup>43</sup>

## TRABAJO DE ENCUESTA A LOS PROFESIONALES

Las encuestas de conocimiento sobre la A/MGF pasadas a profesionales sanitarios y de educación fueron en número de 300 (Anexo I),

---

<sup>42</sup> PROTOCOLO PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN FEMENINA . Gobierno de Aragón. 2013;Pg 18.

<sup>43</sup>GARCÍA, E.M., et al Educación Sanitaria Sobre Mutilación Genital Femenina Para Profesionales De La salud, Pg 33-35.

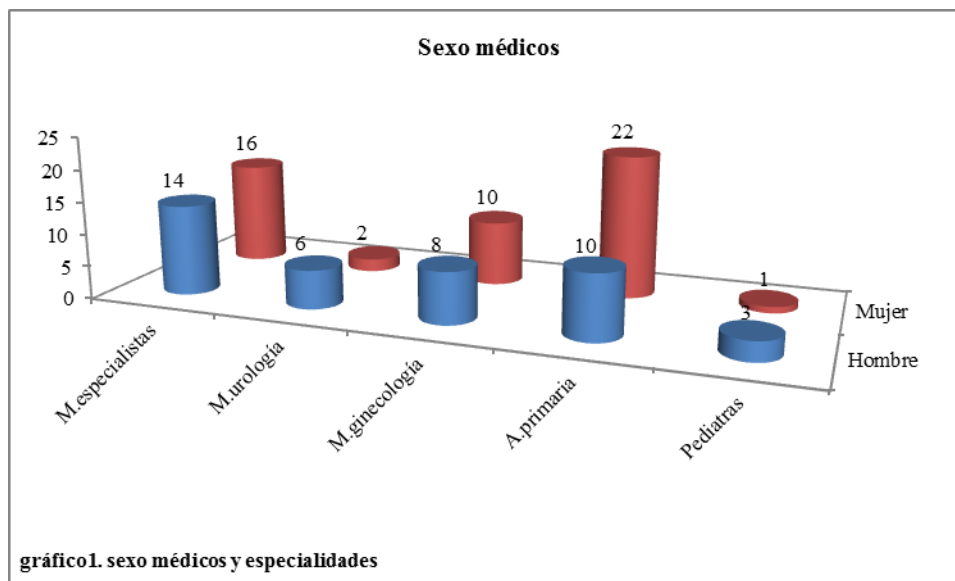


contestando en un número total de 167 encuestas distribuidas de forma aleatoria:

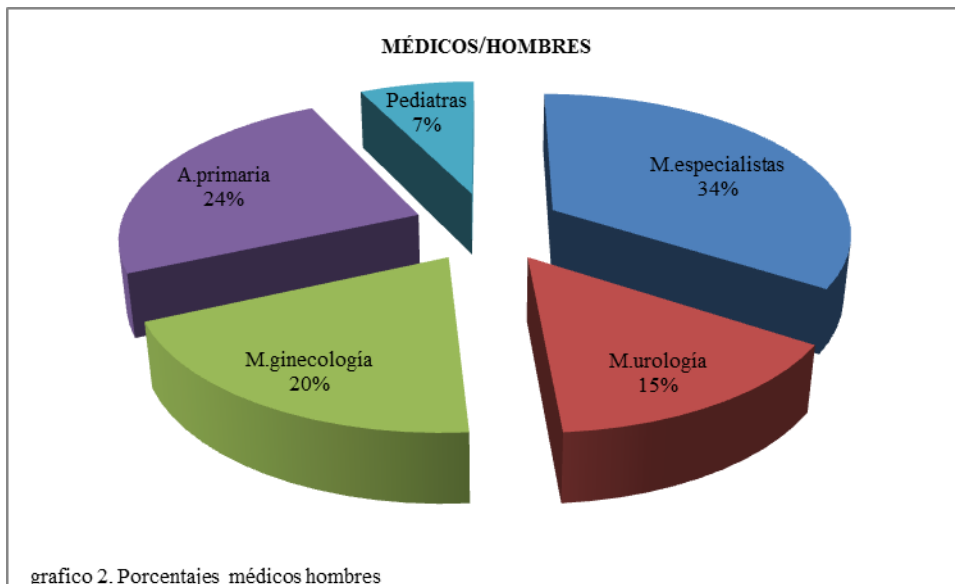
- ✓ 92 facultativos de Medicina (sobre 150)
- ✓ 63 facultativos de Enfermería (sobre 100)
- ✓ 42 Profesores-educadores/as (sobre 50)

### FACULTATIVOS MÉDICOS/as

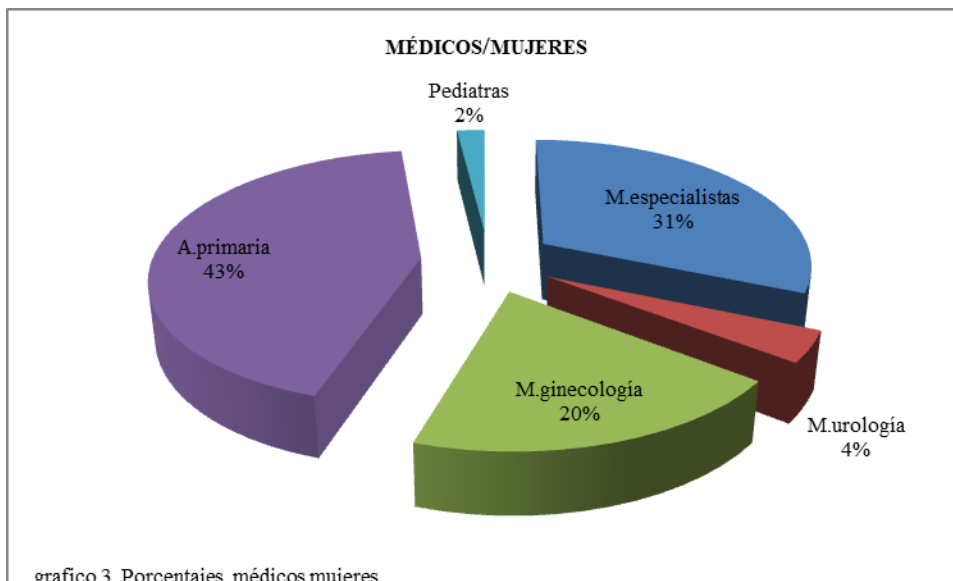
Dentro de este grupo sobre las 150 encuestas pasadas, respondieron : 8 especialistas en Urología, 18 especialistas en Ginecología y Obstetricia, 30 especialistas en medicina de variadas especialidades que trabajan en Atención Especializada, 32 Médicos de Familia que trabajan en Atención Primaria, 4 Médicos/as con la especialidad en Pediatría. La segregación por género es de 41 (45%) son hombres y 51 (55%) son mujeres.(gráfico 1)



El porcentaje de médicos varones, entrevistados es de un 34% Médicos/as especialistas de atención especializada; un 20% Médicos/as Ginecólogos/as; un 24% corresponde a los Médicos/as de atención primaria que contestaron a la encuesta; un 15% especialistas Urologos/as y 7% corresponde a los especialistas Pediatras. (gráfico 2)



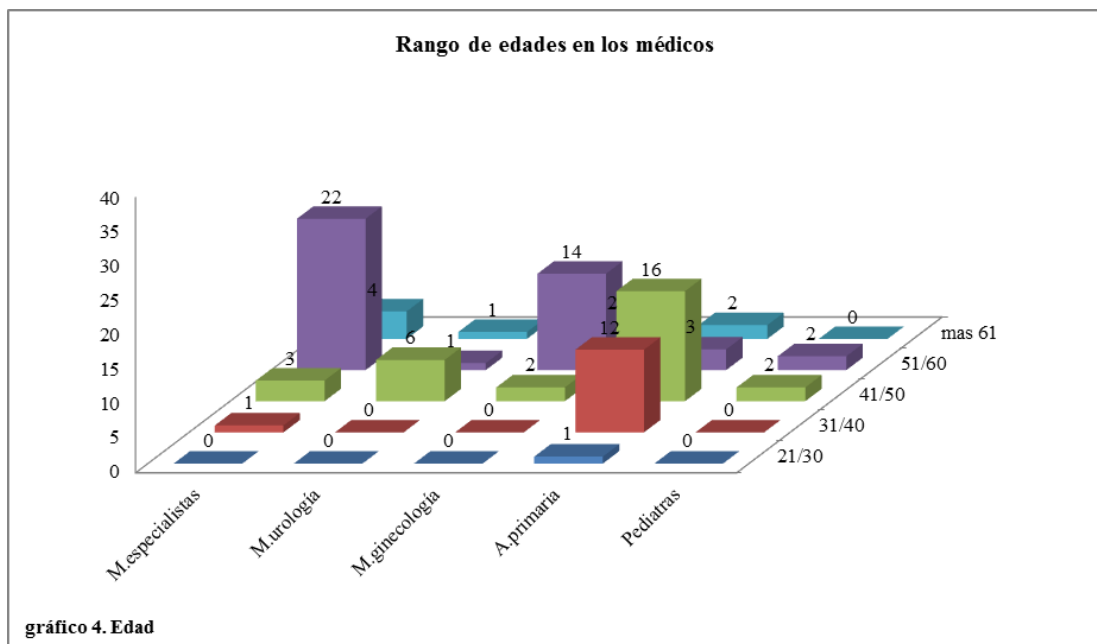
El mayor porcentaje de contestación a la encuesta de conocimiento sobre A/MGF lo representan las mujeres Médicas de atención primaria con un 43%, el 31 % corresponde a Medicas especialistas del hospital; 20% Médicas Ginecólogas; 4% de Médicas Urologas y 2% especialistas Pediatras. (gráfico 3)



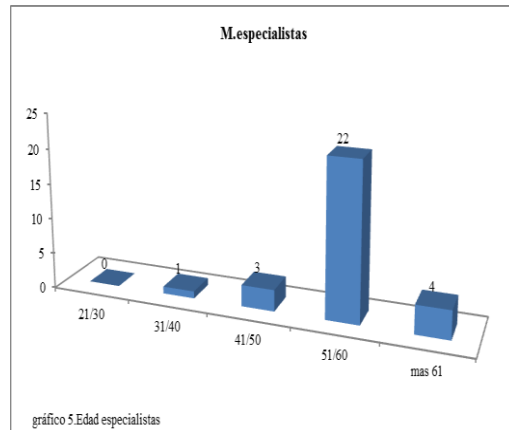
La muestra recogida es representativa por género y edad, rango de edades entre los médicos oscila entre los 25 y 64 años. En los médicos 7as especialistas preguntados la edad oscila, 31-40 (1); 41-50 (3); 51-60 (22); más de 61 (4). Los urologos (6) tenían una edad entre 41-50 años; 51-60 años (1); y más de 61 años (1). Los ginecólogos la edad oscila en 41-50 años (2); 51-60 años (14); más de 61 (2). Los médicos de Atención Primaria, las edades oscilan entre, 21-30 (1); 31-40 (12); entre 41-50 años (16); entre 51-60 años (3); la edad de los pediatras es (2) entre 41-50 y más de 61 años (2). la edad en casi todos los grupos preguntados los años de carrera profesional pasaba de 10 años. La edad media de los encuestados es de 40,2 con una desviación típica de 11,4 años. Los intervalos de edad con mayores frecuencias son los comprendidos entre 25-30 años y 50-55 años y los intervalos menos frecuentes fueron los más jóvenes y los más mayores. También se registró la ocupación del encuestado. Para el análisis la edad se ha categorizado en 41-50 años, 36-50 años y

mayores de 50 años. La experiencia laboral se dividió en las siguientes categorías: No trabaja, 1-10; 11-30 y más de 30 años.

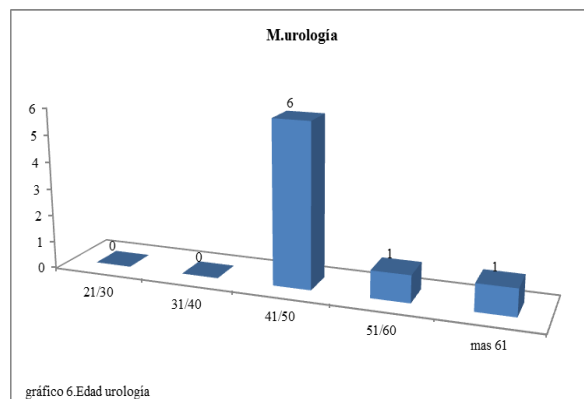
Se calcularon los porcentajes para las respuestas de los ítems. El estudio de la asociación entre la respuesta a los ítems y las variables sociodemográficas registradas se ha analizado con el test Chi-cuadrado para tablas de contingencia (gráfico 4)



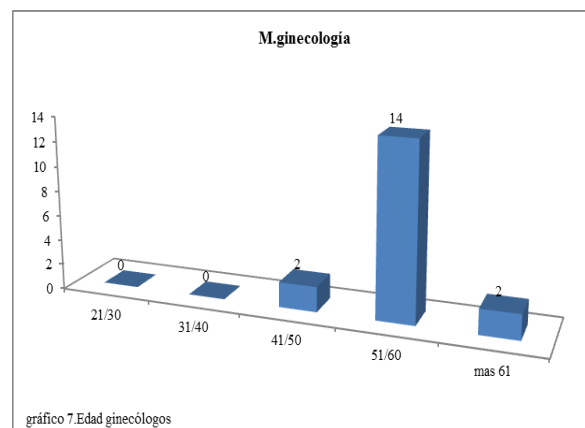
Los niveles de significación fijados son los habituales del 5% y 1%.en los gráficos 5, 6, 7, y 8, se reflejó más gráficamente lo expresado con anterioridad siendo las edades más significativas entre 51-60 años entre los especialistas, (gráfico 5)



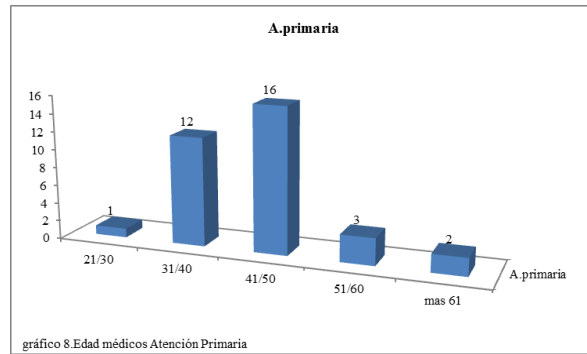
De 41-50 años entre los Médicos Urólogos/as (gráfico 6)



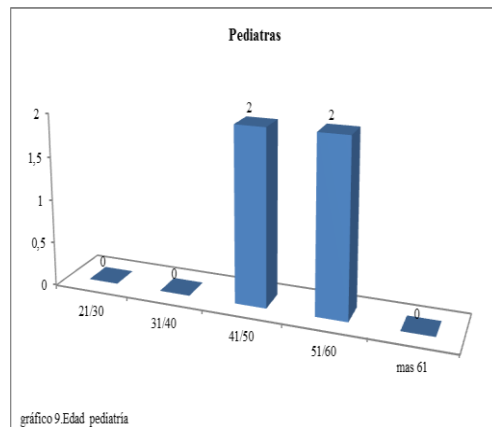
Los Ginecólogos/as oscilan entre 51-60 años (gráfico 7)



La edad de los Médicos/as de atención primaria, los porcentajes más elevados están entre 30 a 50 años (gráfico 8)

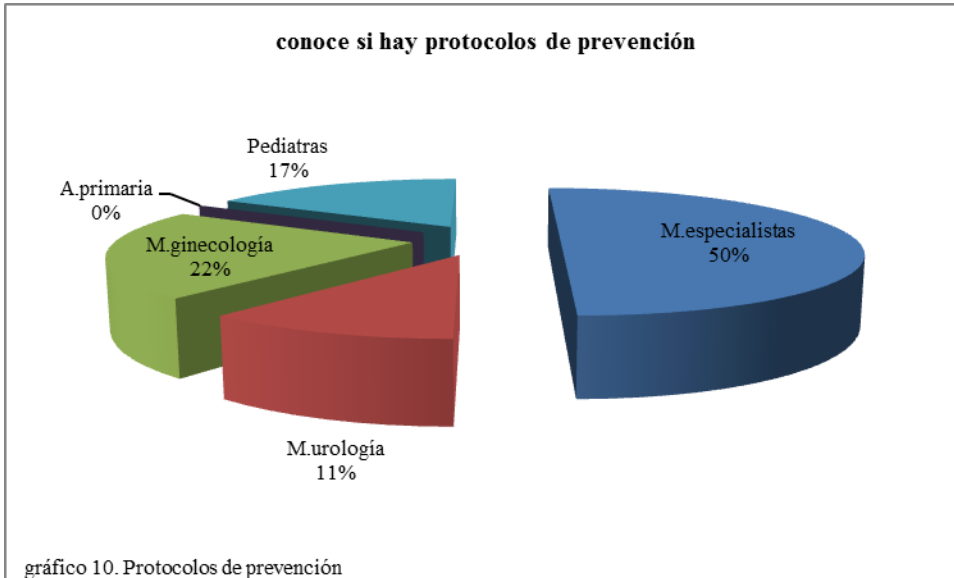


El resultado de la edad de los Médicos/as Peditras, estando de igual forma su rango de edad entre 41-50 y 51-60 años (gráfico 9)

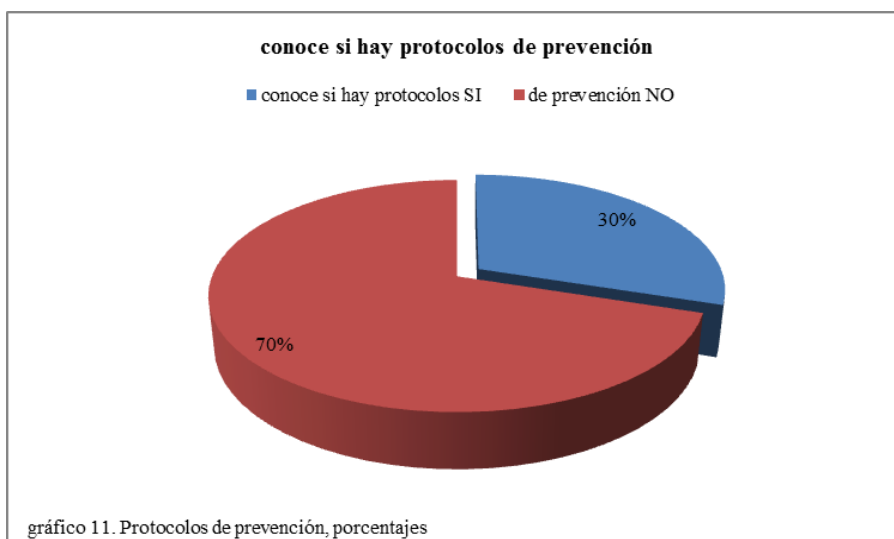


De las 92 encuestas pasadas y contestadas a los médicos, el 100% de los participantes, reconoce tener conocimientos sobre la mutilación genital femenina.

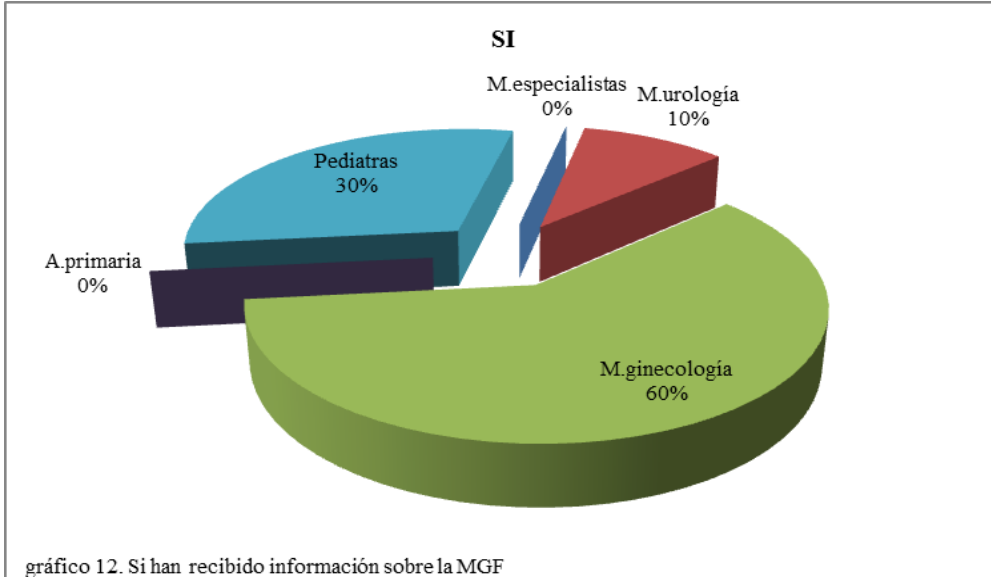
A la pregunta, si conoce que haya protocolos preventivos de la A/MGF, responden afirmativamente que haya protocolos de prevención el 50% de los encuestados del grupo de Médicos/as especialistas; el 22% Médicos/as Ginecólogos/as; el 11% de los Médicos/as Urólogos/as y el 17% de los Médicos/as Peditras; 0% de los Médicos/as de atención primaria (ninguno/a de los encuestados que trabaja en atención primaria dice conocer que haya protocolos) (gráfico 10)



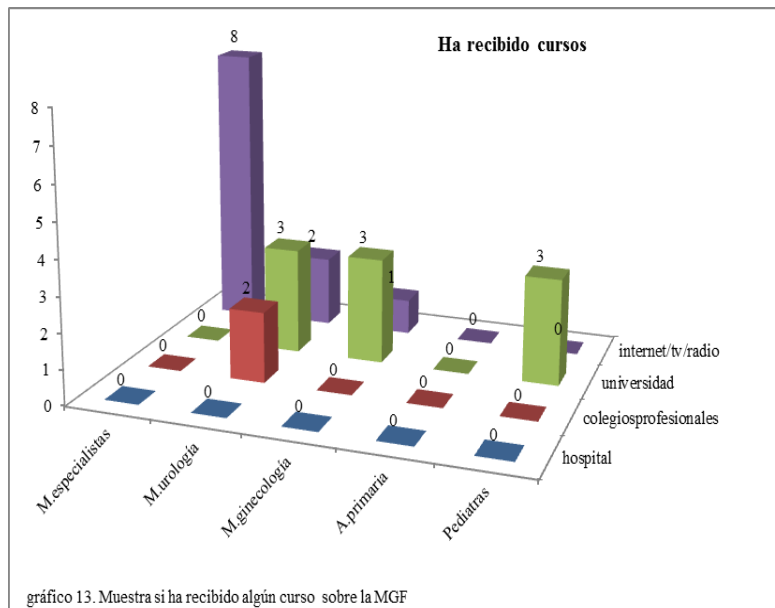
Queda mucho más claro reflejado el porcentaje que dice no conocer protocolos preventivos, al menos los encuestados en la provincia de Salamanca de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, afirman el 30% que cree que hay protocolos, y el 70% reconoce no saber si en ésta comunidad autónoma hay protocolos preventivos, lo cual deja de manifiesto, que las grandes campañas que se han hecho en todas las CCAA, para la violencia de género y sin embargo, se olvidaran de la mutilación genital femenina, que es otra manifestación más indigna de violencia contra las mujeres (gráfico 11)



A la pregunta si han recibido alguna información sobre el tema, los Médico/as Ginecolos/as y Peditras son los especialistas mas informados (gráfico 12)

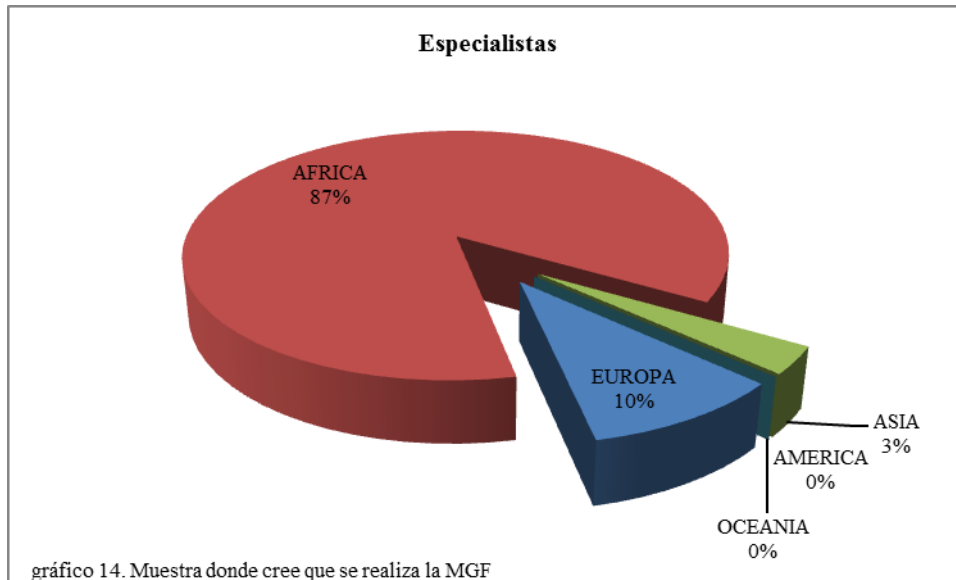


Y respecto al datos de donde proviene el origen de la información, destacar que el grupo de otros especialistas significamente apuntan los medios informaticos y audiovisuales, siendo la universidad para el resto de grupos estudiados (gráfico 13)

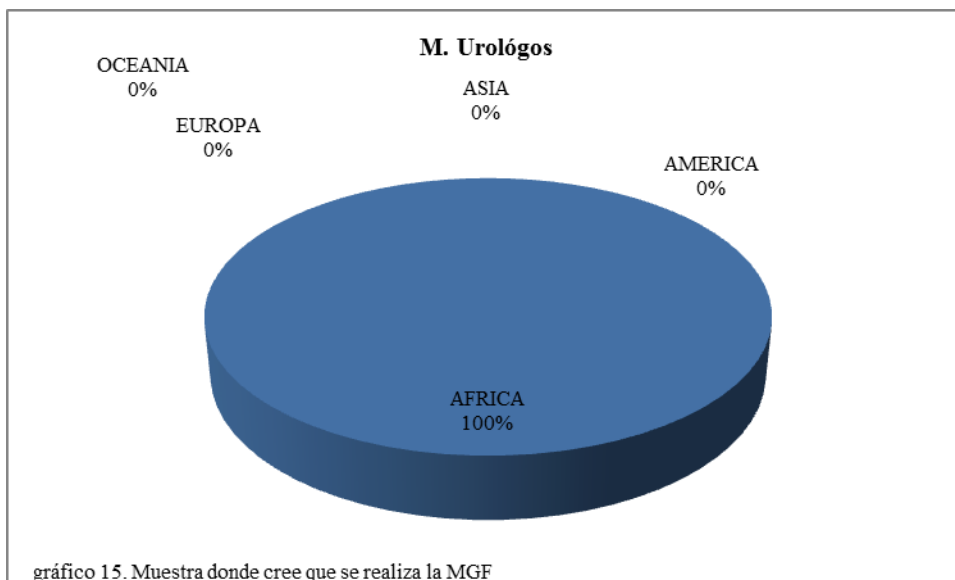




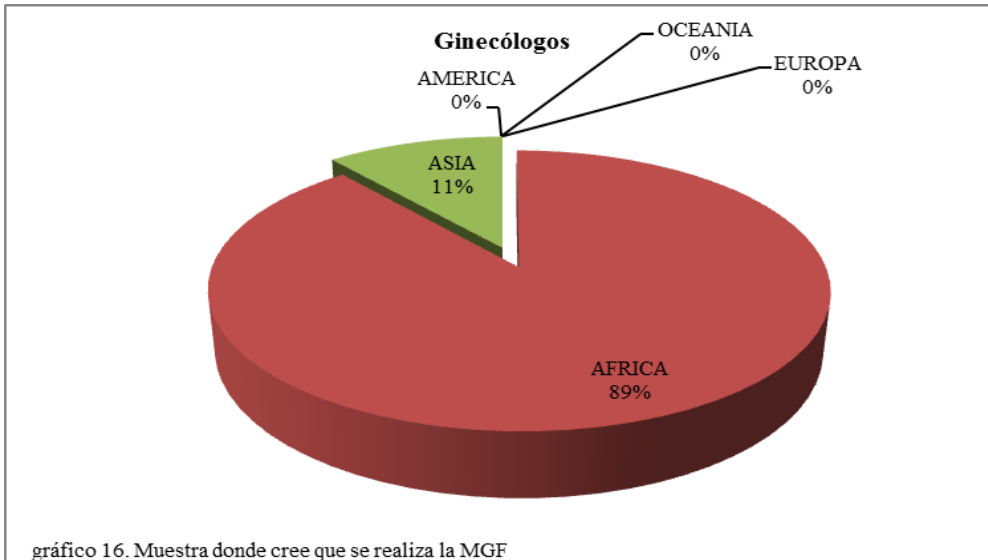
Respecto al porcentaje general de los Médicos/as que contesta a la pregunta de ¿Dónde cree que se realiza la MGF? Los Médicos/as especialistas responden 87% en África, en Asia 3%; en Europa 10%; América y Oceanía 0% (gráfico 14)



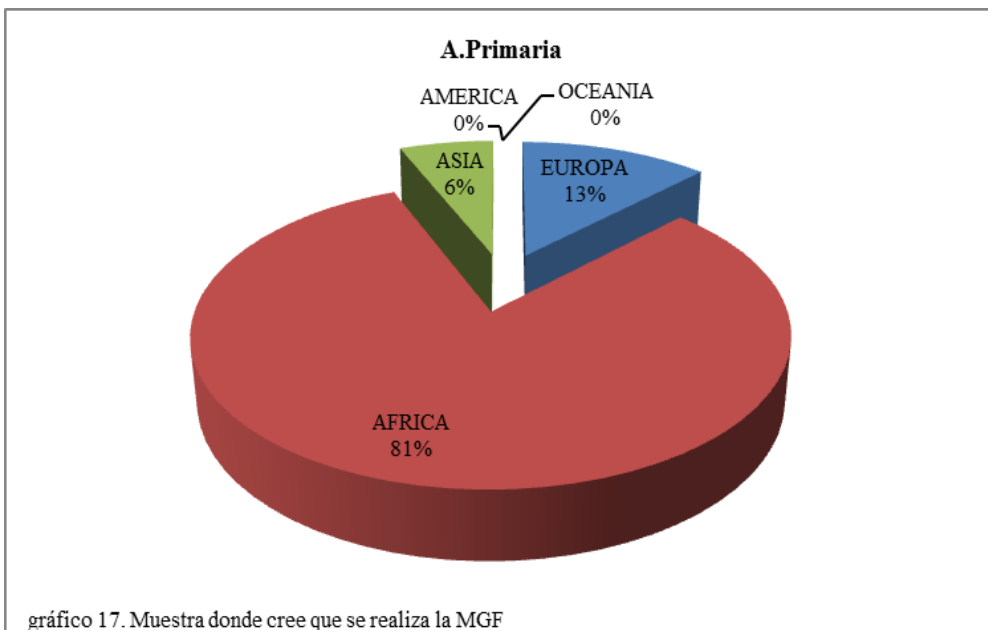
Destacar que los/as especialistas en Urología el 100% contestan que se realiza en África, (gráfico15).



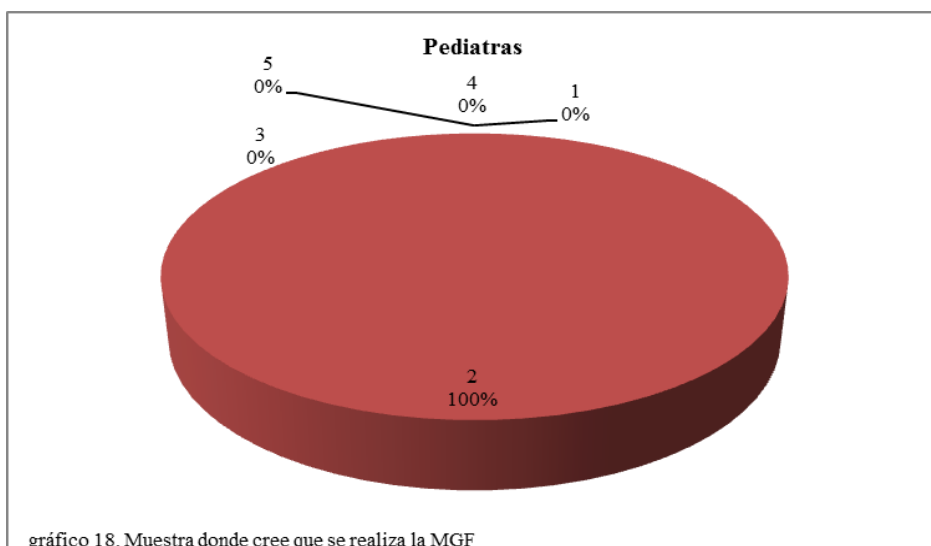
Respecto a los Médicos/as Ginecólogos/as, el 89% responden que la MGF se realiza en Africa; en Asia 11% y responden un 0% en otros continentes. (gráfico 16)



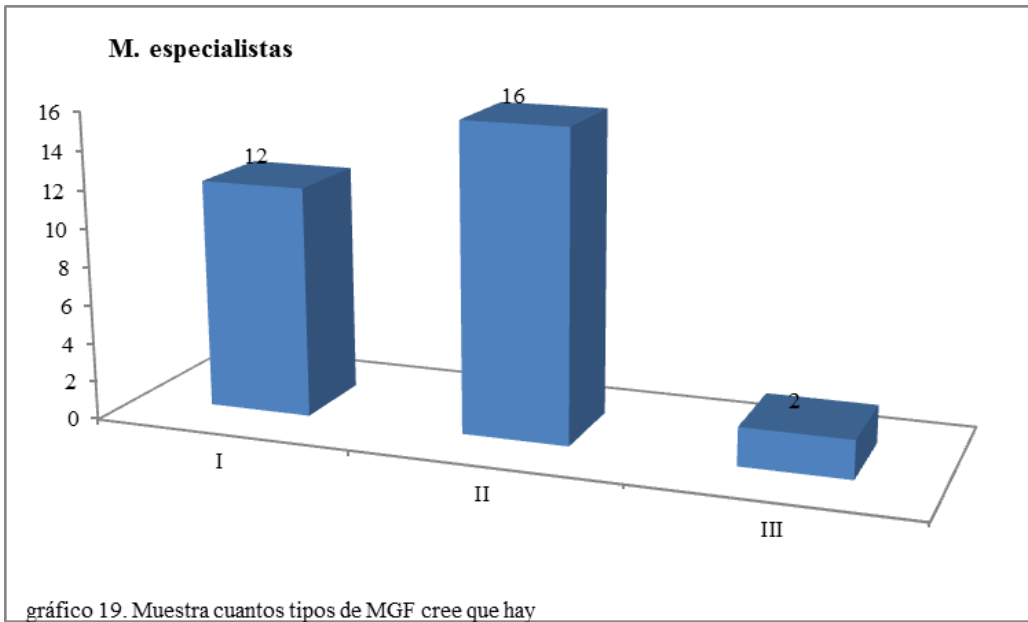
Los facultativos médicos de Familia de Atención Primaria responden que un 81% se realizan en África, un 13% en Europa, un 6% en Asia y ninguno/a en América y Oceanía. (gráfico 17)



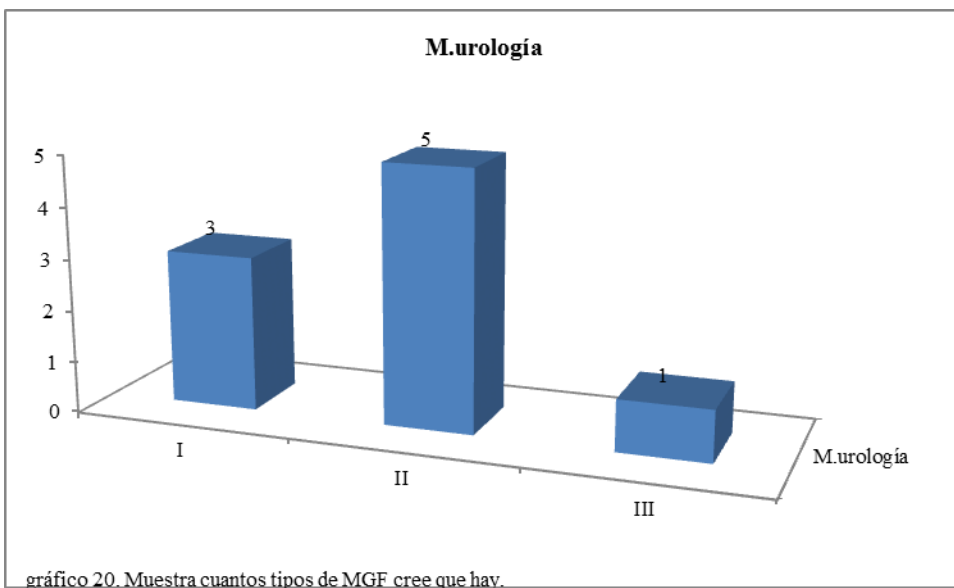
La respuesta de los Médicos/as Peditras fue unanime, todos responden que la MGF se realiza en África, (gráfico 18).



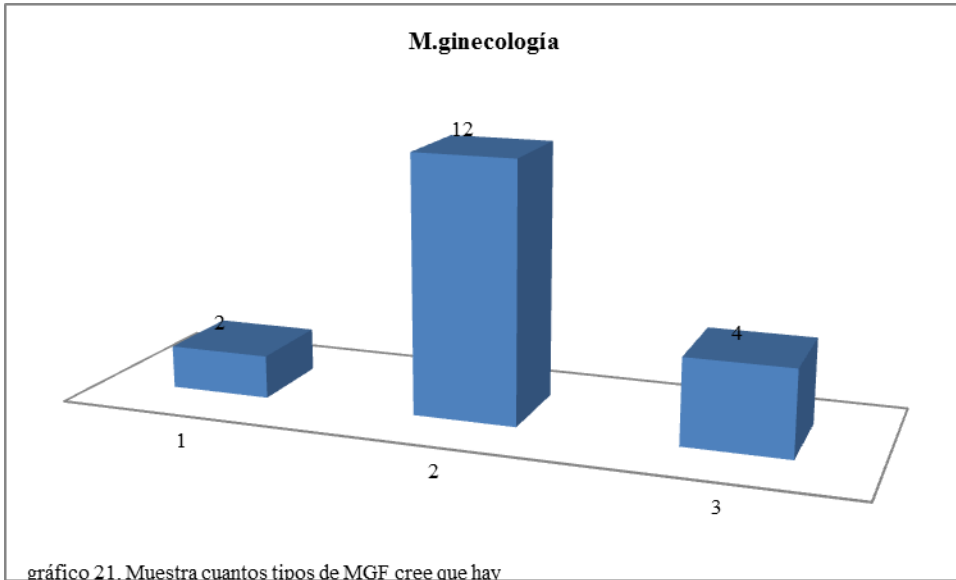
Otro ítems del cuestionario pregunta sobre si sabe que esta práctica (A/MGF) provoca problemas de salud. Obteniendo un resultado afirmativo del 100% de los encuestados. Determinando que el Tipo II (escisión y cosido de los labios menores y/o mayores produciéndose una estenosis en el orificio vaginal) conlleva más riesgo, para los Médicos/as especialistas (gráfico 19)



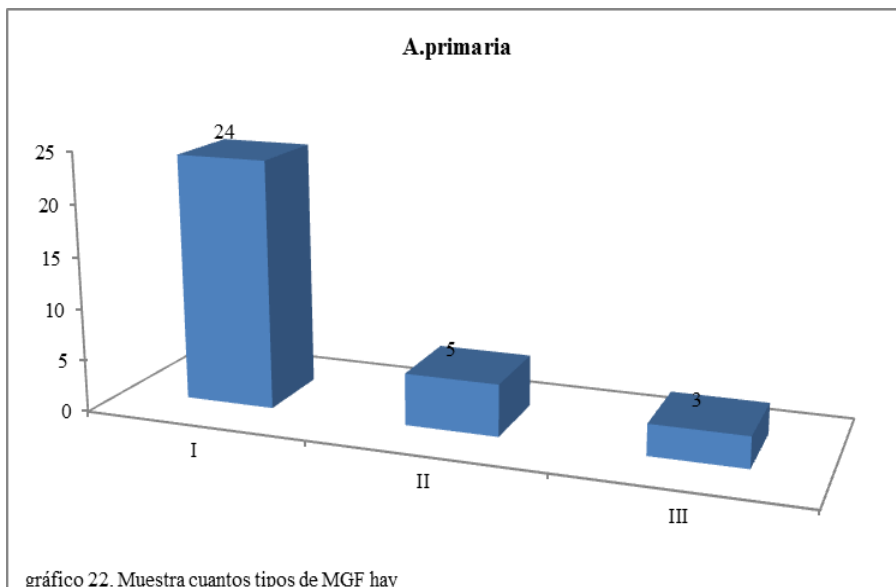
Resultados analógicos nos encontramos en la respuesta de los especialistas en Urología (gráfico 20)



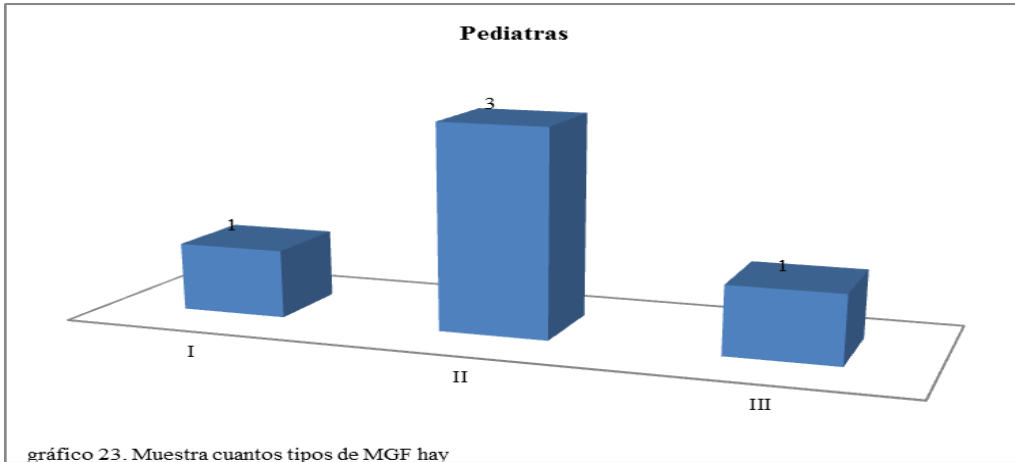
Con mayor intensidad se decantan por el Tipo II los/as Obstetras Ginecólogos/as (gráfico 21)



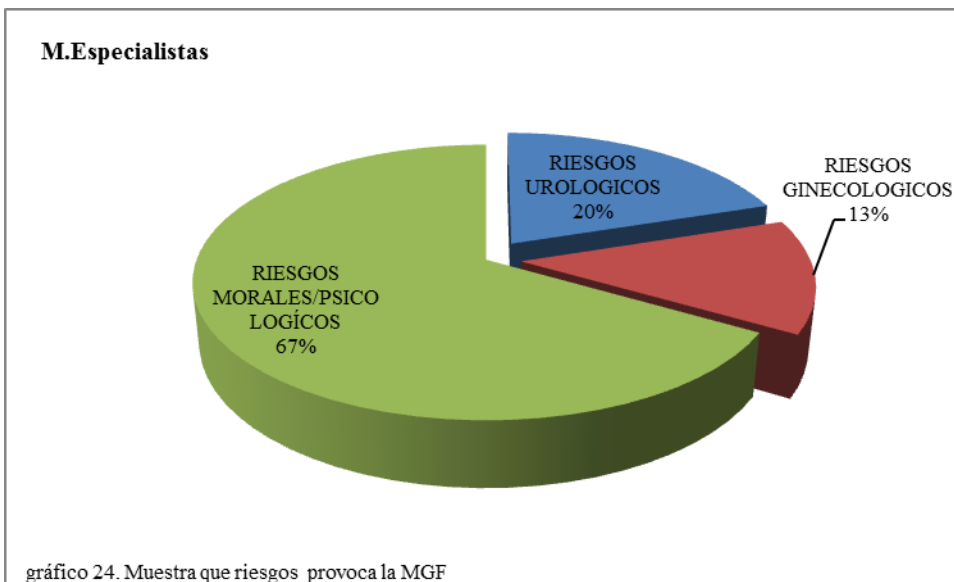
A la misma pregunta, los Médicos/as de atención primaria: 24 contestan que del Tipo I; 6 del Tipo II y 3 del Tipo III. Datos concuerdan con el nivel de conocimientos sobre el tema y con los cursos cursos que han podido recibir durante su carrera profesional (gráfico 22)



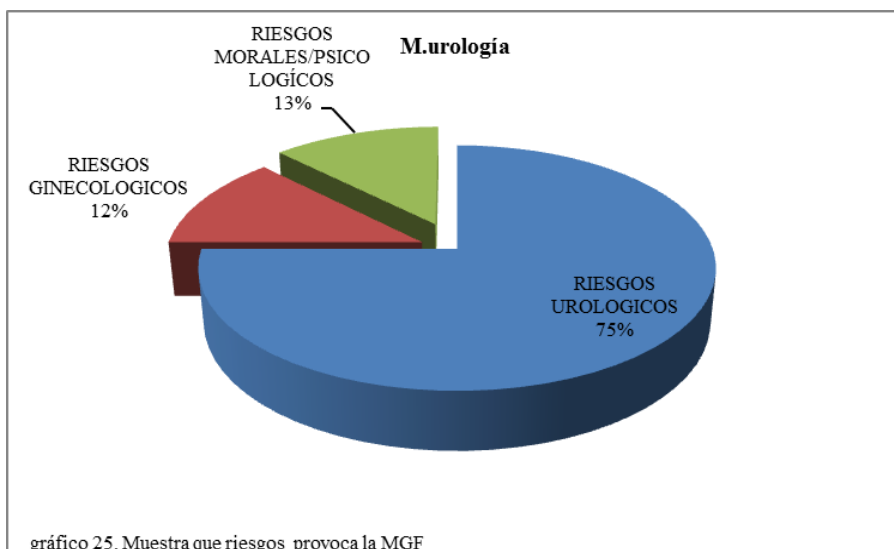
La respuesta correspondiente a los Médicos especialistas Pediatras, son coincidentes con los compañeros/as Ginecologos/as al responder que el Tipo II es el que mas riesgos producir ( gráfico 23)



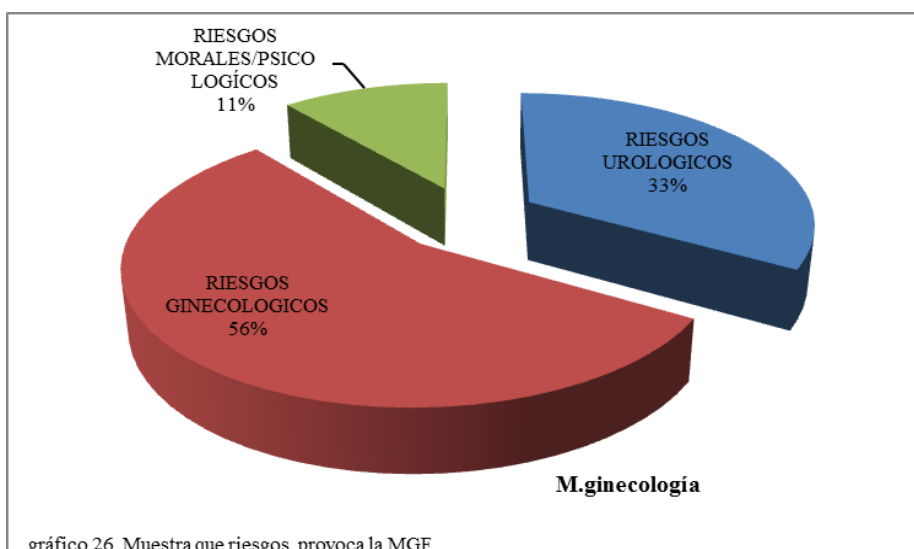
Preguntados sobre la clase de complicación más relevantes que puede producir la A/MGF en las mujeres-niñas, responden el grupo de Especialistas que principalmente riesgos morales/psicológicos, después los urológicos y finalmente los ginecológicos (gráfico 24)



Las respuestas de los/as Urólogos/as consideran que un 13% son riesgos morales- psicológicos; 75% complicaciones urológicas como y un 12% serían complicaciones ginecológicas (gráfico 25)



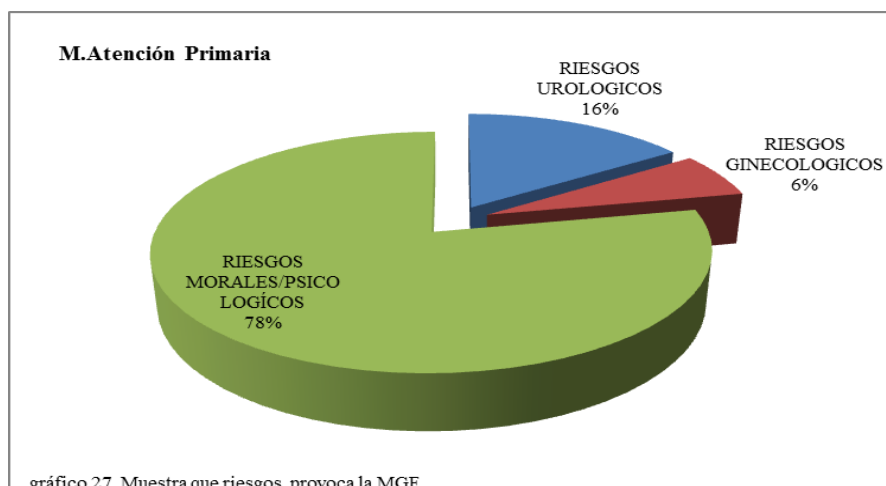
Las respuestas que los especialistas en Ginecología y Obstetricia, acerca de las complicaciones que sufren las mujeres que han sido mutiladas, un 56% dice lo más patente son los riesgos ginecológicos; un 33% complicaciones urológicas y solo el 11% piensa que arrastraran problemas morales y psicológicos durante toda su vida (gráfico 26)



Fuera de encuesta hemos de decir que entrevistamos algunos Médicos Residentes de Ginecología, y Enfermeros Residentes en Obtericia y Ginecología todos/as mostraron gran sensibilidad por el tema destacando como complicaciones más frecuentes, distocias un desgarros,

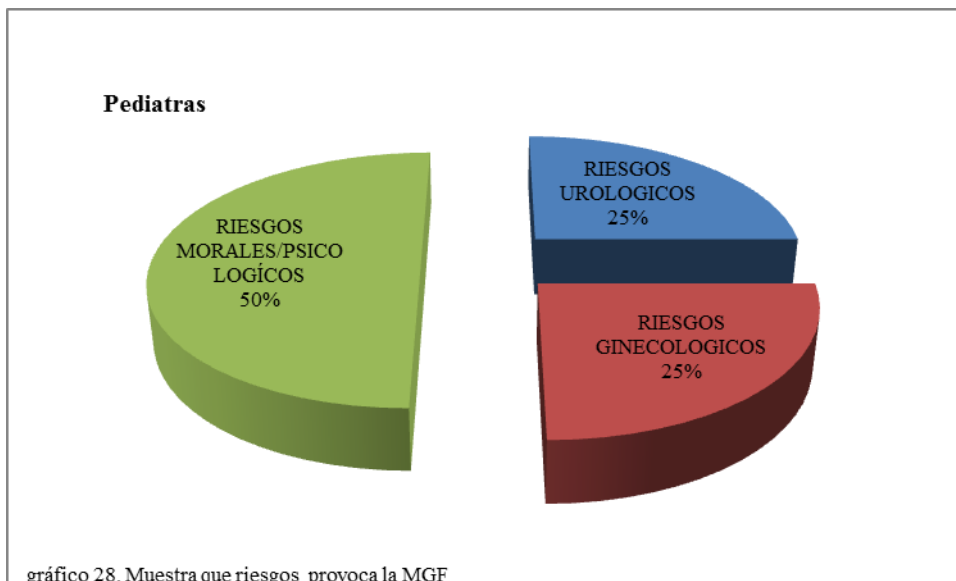
infecciones, complicaciones en el parto, También refieren como muy corriente las infecciones pélvicas abscesos o fístulas vesico-rectovaginales, con problemas de incontinencia urinaria y /o fecal, quistes dermoides, cicatrices queloideas y enfermedades de transmisión sexual y sanguínea como (VHB;VHC;VIH; tétanos), además de dolores menstruales hematocolpos y otros trastornos. Mostrándonos claramente el conocimiento sobre el tema y un futuro más comprometido.

La opinión de los Médicos/as de Atención Primaria estiman que un 78% los problemas morales o psicológicos son los mas comunes; un 16% reconocen los riesgos urológicos y un 6% que arrastrarán problemas ginecológicos. (gráfico 27)



Los especialistas en Pediatras responden a la pregunta de las complicaciones, con un 50% que prevalecen los problemas morales y psicológicos en las niñas; un 25% piensan que tendrán complicaciones urológicas y un 25% serán transtornos ginecológicos.(gráfico 28)





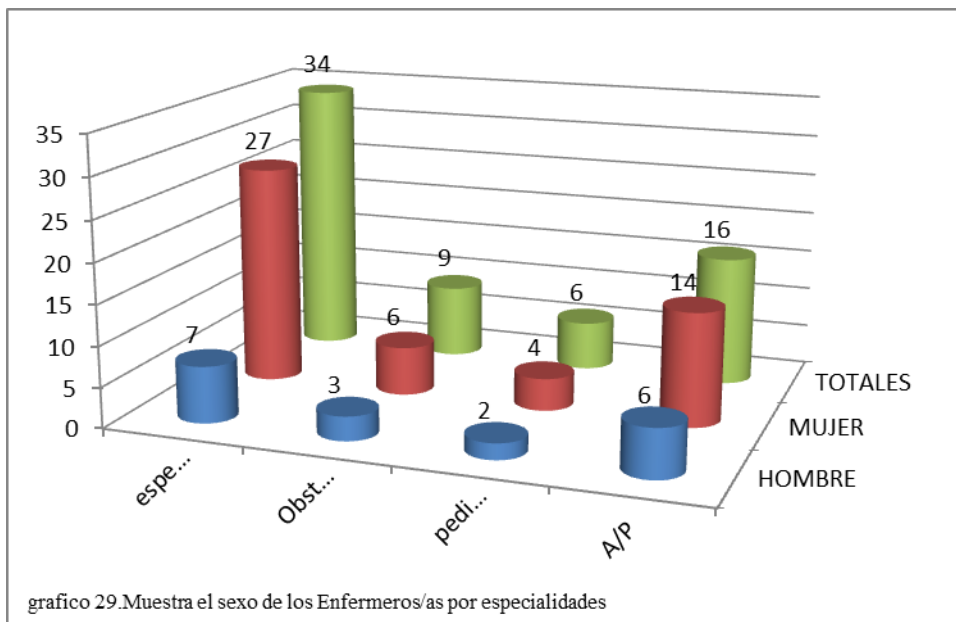
A la pregunta, ¿conoce o cree que puede haber algún caso en su ciudad? El 100% de los encuestados responde no conocer ningún caso y nuevamente el 100% tampoco le parece que pueda haber casos en ésta ciudad donde realizan sus funciones profesionales.

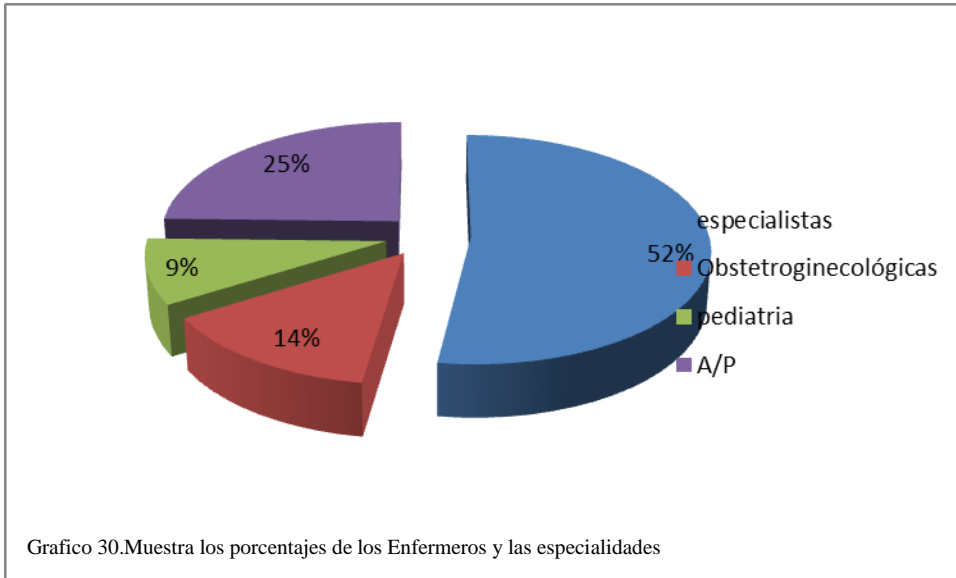
Parce bueno apuntar que la mayor parte de los Médicos/as consultados responden por criterios de amistad y afinidad hacia la entrevistadora, dejando también patente , que si saben que hay aberraciones de otros tipos, como puede ser la escisión y cosido de los labios menores y/o mayores, produciendo una estenosis del orificio vaginal, con o sin eliminación del clítoris, como es la infibulación, también dicen conocer, por haber visto u oído otras prácticas como puede ser la cauterización del clítoris y tejidos que lo rodean, introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina para provocar sangrado.

### **5.2.2 FACULTATIVOS ENFERMEROS/as**

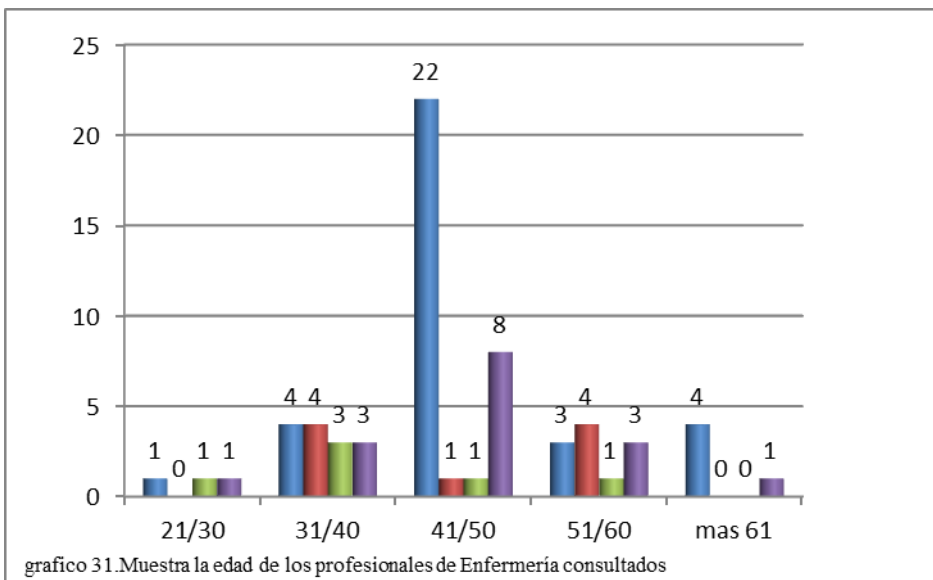
Los/as enfermeros/as entrevistados resultaron un total de 65, de los cuales 18 son hombres y 51 mujeres. Los Enfermeros/as Especialistas

corresponden por género, 7 hombres y 27 mujeres, entre Enfermería Obstetroginecológica, se entrevistaron a 3 hombres y 6 mujeres, correspondiendo un total de 9, entre la Enfermería que trabaja en pediatría han sido 2 hombres y 4 mujeres, resultando un total de 6 encuestados, entre los enfermeros/as que trabajan en Atención Primaria, contestaron a la encuesta 6 hombres y 14 mujeres, siendo un total de 16 (gráfico 29).



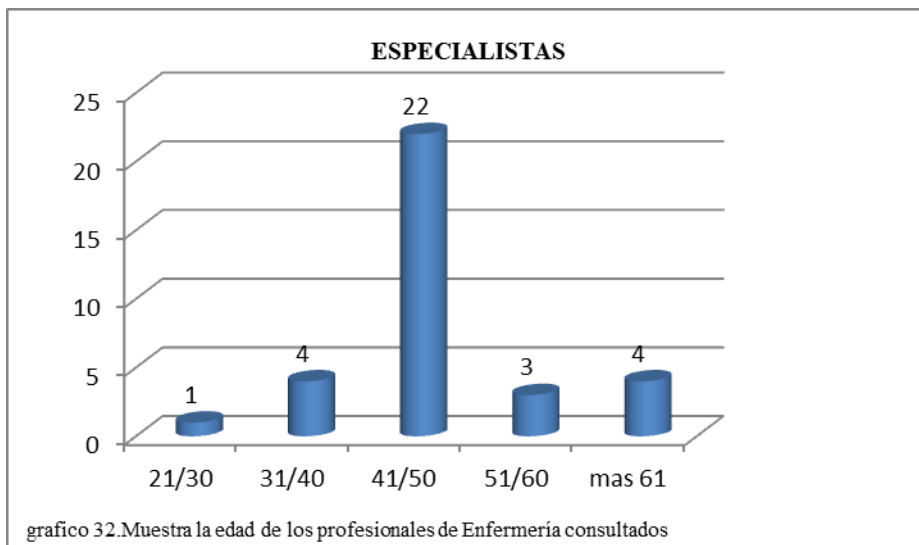


El porcentaje de Enfermeros entrevistados son un 52% Especialistas, en Ostetro-Ginecología 14%, Enfermeros/as que trabajan en Atención Primaria un 25%, y Enfermeros/as especialistas en Pediatría 9%, como se muestra en el (gráfico 30), teniendo un importante sesgo en la respuesta la Enfermería cualificada por estudios de especialidad.

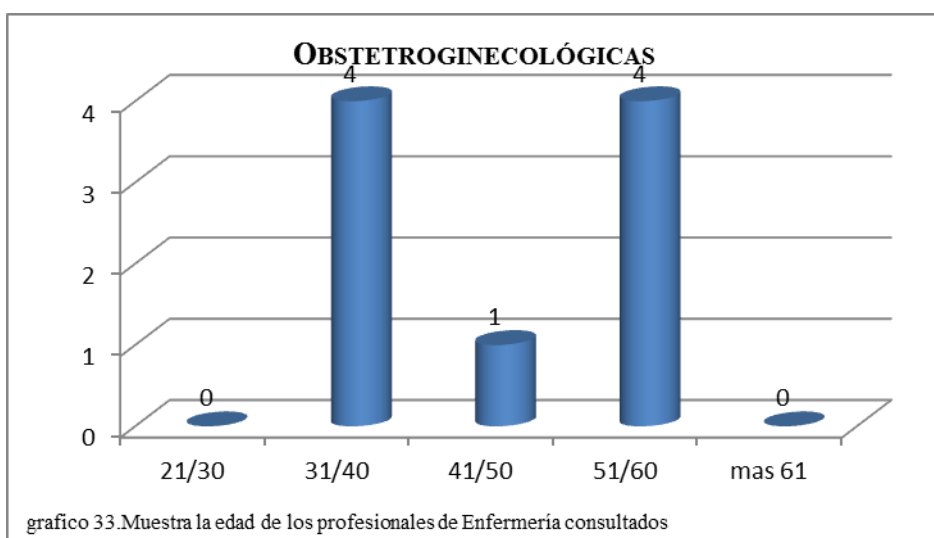


En el gráfico 31, se muestra la edad del grupo de los enfermeros consultados, La edad en Enfermería oscila: entre 21-30, 1 persona en cada grupo consultado, entre 31-40 estan entre 4 y 3 personas, donde

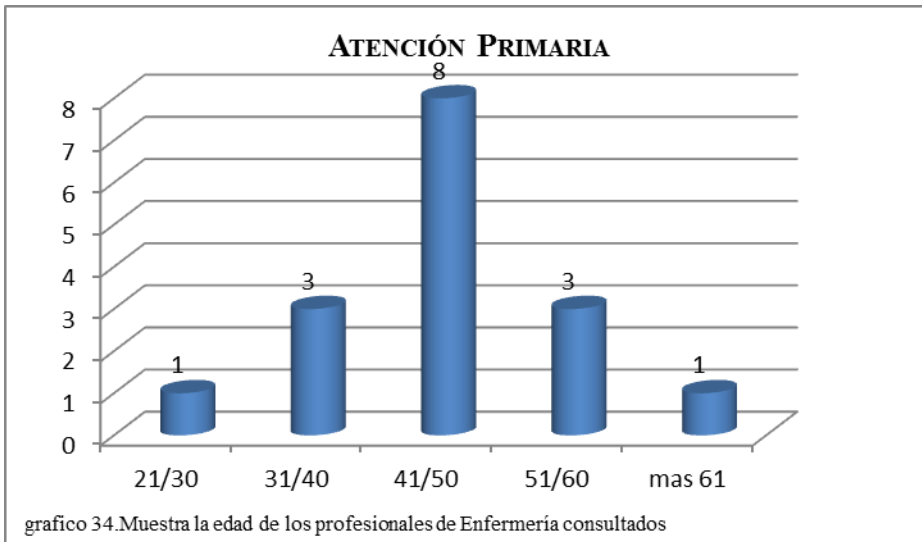
despunta la gráfica es en las edades de 41-50, donde sobresale un porcentaje de 22 personas, el resto de franjas de edades de 51-60, también están muy igualados entre 4 y 3 personas, y en el grupo de más de 61 años, sólo hay 5 personas.



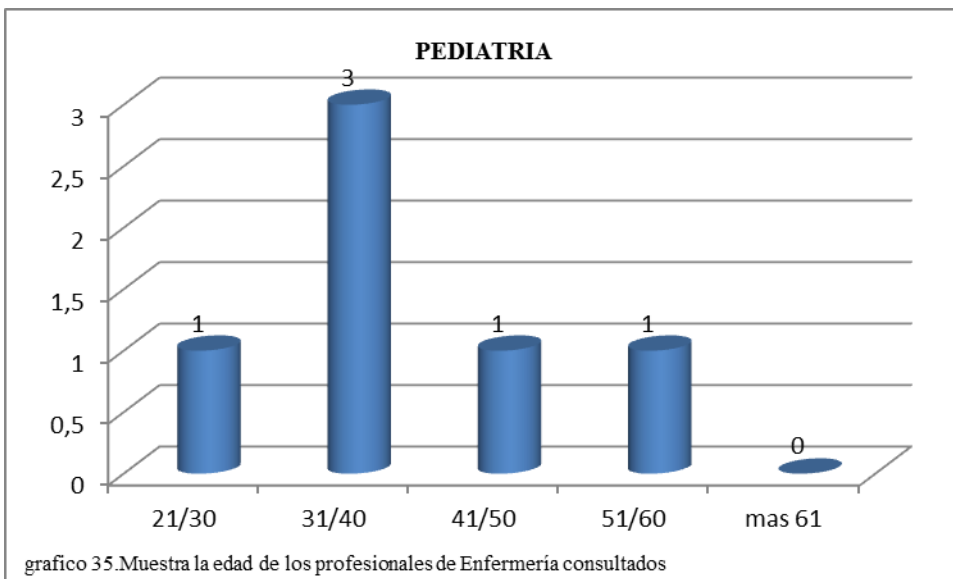
En el gráfico 32 se muestra el rango de edad entre las/s Enfermeras Especialistas, entre 21-30, (1), 31-40 años (4), entre 41-50 años (22), de 51-60 años (10), mas de 61 años (4) personas.



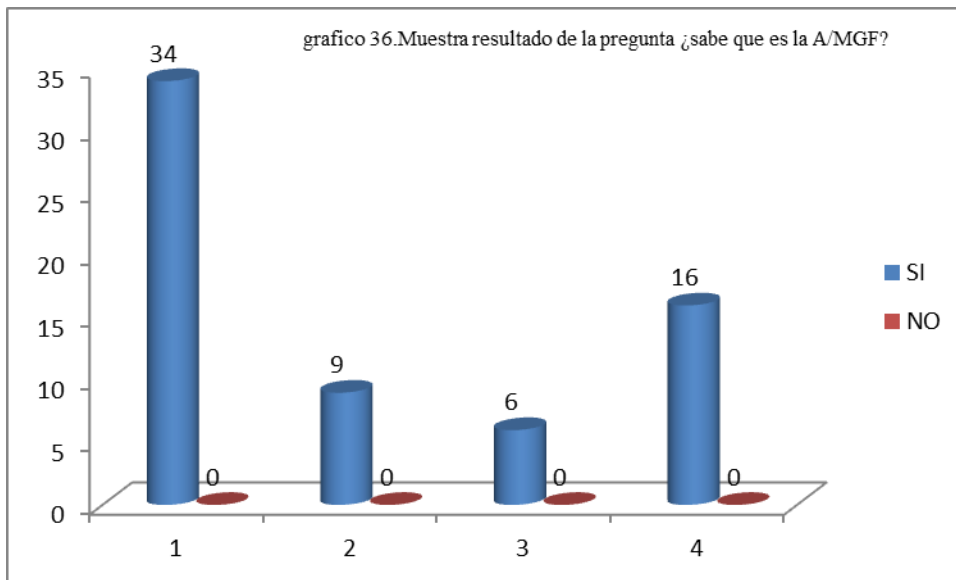
En el gráfico 33 se muestra el rango de edad entre las/s enfermeras Obstetro-ginecológicas, entre 21-30, (0), 31-40 años (4), entre 41-50años (1), de 51-60 años (4), mas de 61 años (0) personas.



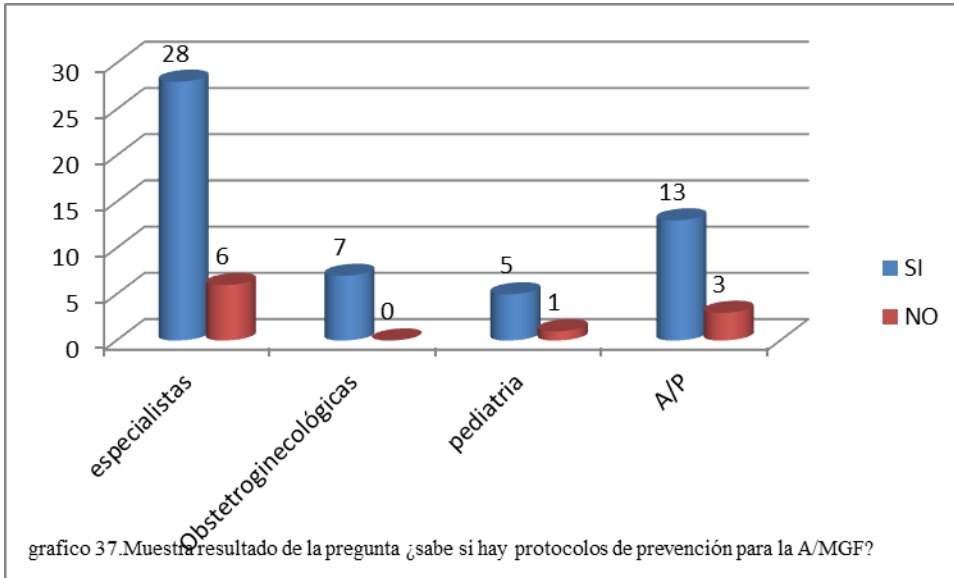
En el gráfico 34 se muestra el rango de edad entre las/s enfermeras de Atención Primaria, entre 21-30, (1), 31-40 años (3), entre 41-50años (8), de 51-60 años (3), mas de 61 años (1) personas.



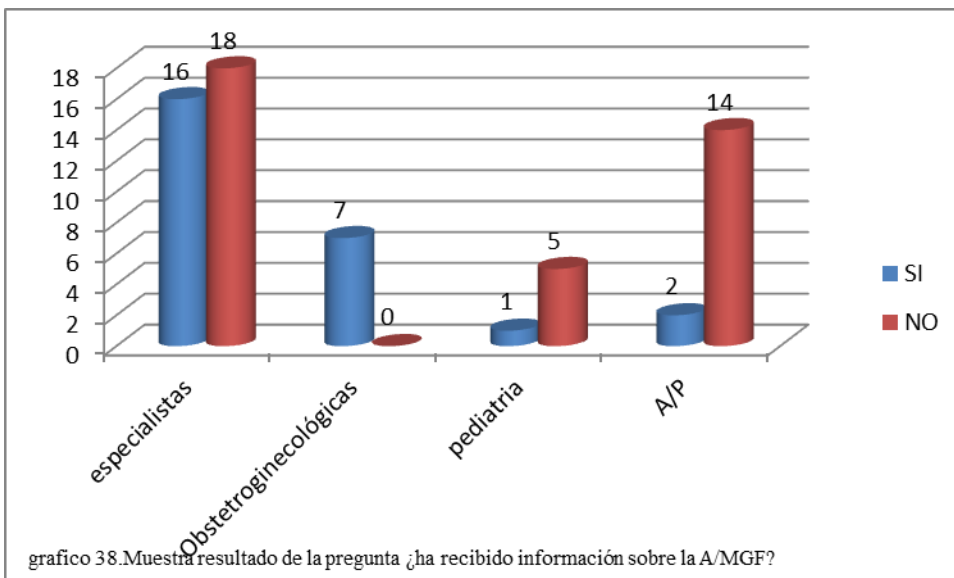
En el gráfico 35 se muestra el rango de edad entre las/s enfermeras Pediatría, entre 21-30, (1), 31-40 años (3), entre 41-50 años (1), de 51-60 años (1), mas de 61 años (0) personas.



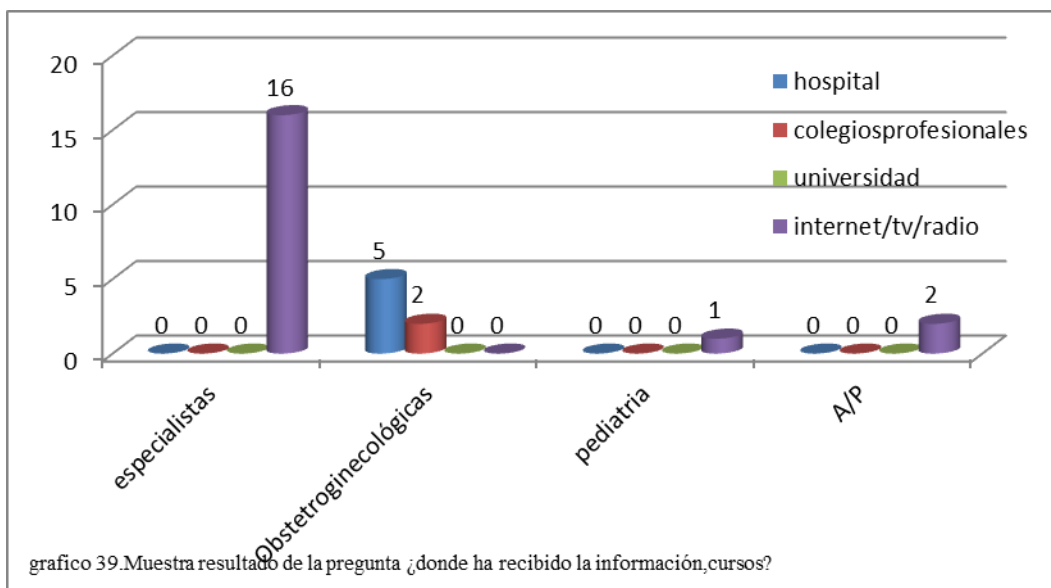
A la pregunta sobre si sabe lo que es la A/MGF?, los/as Enfermeros especialistas dicen, 34 SI conocer que es la A/MGF, la Enfermería Obstetroginecológica dicen SI 9, Enfermería pediátrica, dice SI, 6, y la Enfermería que trabaja en Atención Primaria, por lo que conocen dichas practicas, los 16 entrevistados.(gráfico 36).



El gráfico 37 muestra que a la pregunta si sabe existan protocolos de prevención contra la A/MGF, los especialistas responden 28 que si y 6 dicen no conocer los protocolos, la enfermería Obstetriginecológica, 7 dicen si conocer los protocolos, la enfermería de pediatria 5 dicen si y 1 dice no conocerlos, en cuanto a los/as Enfermería de Atención Primaria 13 dicen si saber que haya protocolos preventivos y 3 dicen que no.



El gráfico 38 nos está mostrando si en el colectivo de Enfermeros/as estudiados, ha recibido algún tipo de información sobre la A/MGF entre las/os Enfermeros Especialistas (18) NO ha recibido ningún tipo de información, (16) responden SI, las/os Enfermeros Obstetroginecológicos, 7 responden SI, y (0) NO, entre la Enfermería Pediátrica (5) responden No y (1) dice haber recibido algún tipo de información, entre las/os Enfermeros de atención Primaria (14) dicen NO y (2) contestan SI.



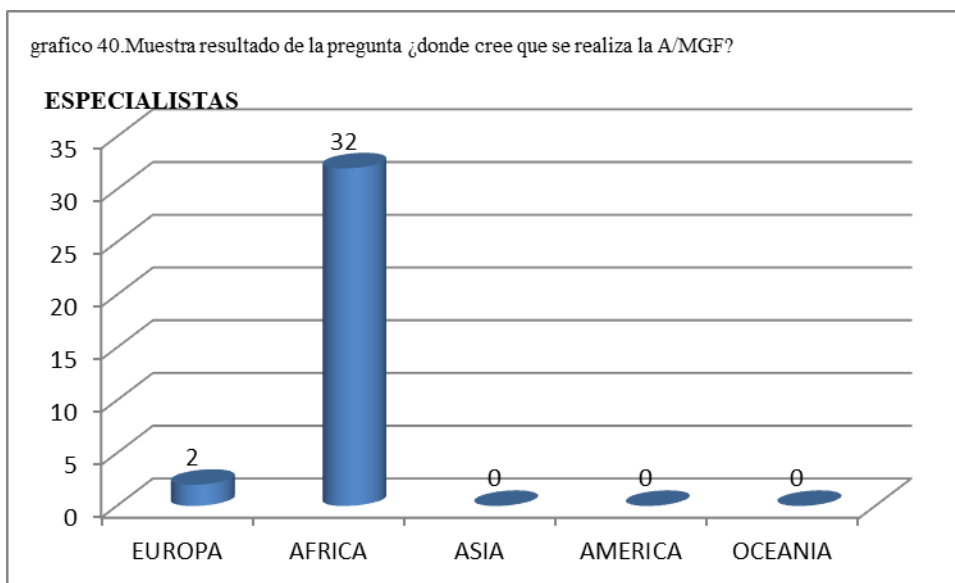
Al colectivo de Enfermería se les pregunta también si ha recibido algún tipo de curso sobre el tema de la A/MGF, en cuanto si han recibido información, a razón de las respuestas contestadas, los porcentajes no son significativos, pese a que las enfermeras/os más jóvenes y que tienen grado tienen esa asignatura como obligatoria en el curso de adaptación y que es impartido en la Universidad, los Enfermeros Especialistas (16),



(2) Enfermeros/as de Atención Primaria, y (1) de Pediatría, dicen conocer el problema por haberlo visto u oído en prensa, radio o TV.

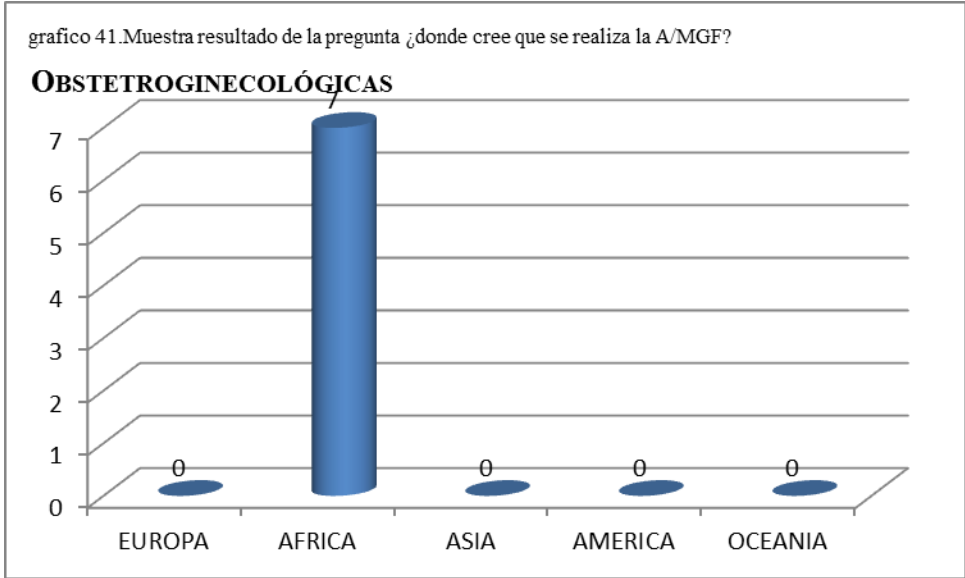
Estudios realizados por otros grupos de investigación resultan coincidentes<sup>44</sup>, estos destacan sobre una encuesta similar en la provincia de Valencia, que el grado de conocimiento de la A/MGF de los profesionales de la salud, es limitado ya que “*que no tienen conocimientos suficientes y por tanto sería recomendable ampliar su formación*”

(5) Enfermeros Obstetroginecologicos dicen haber dado algún curso en el hospital, (2) en colegios profesionales, se muestra en el gráfico 39.

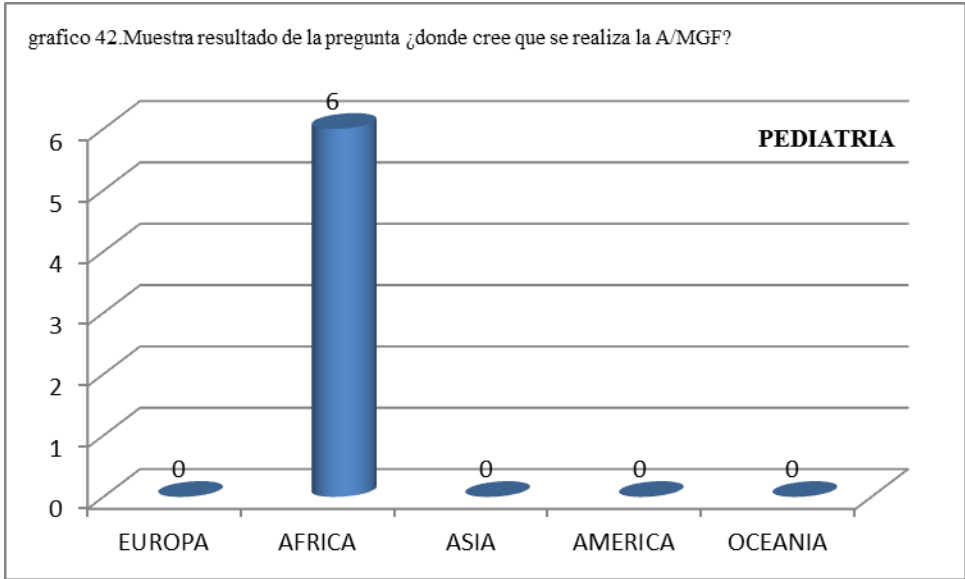


En el gráfico 40, las Enfermeras/os Especialistas encuestadas contestan un (32) que las prácticas de la A/MGF se realiza en África, un (2) en Europa, (0) en América, (0) en Asia y (0) en Oceanía.

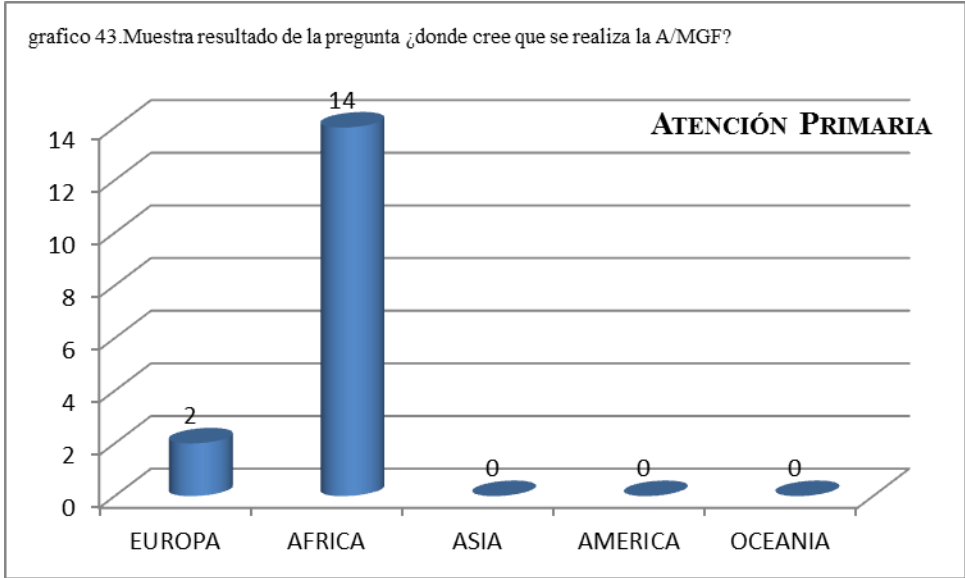
<sup>44</sup> GARCIA AGUADO,S. y SANCHEZ LOPEZ, M.I. “Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina”, Rev. Metas de Enferm. Sep. 2013;16(7): 18-22



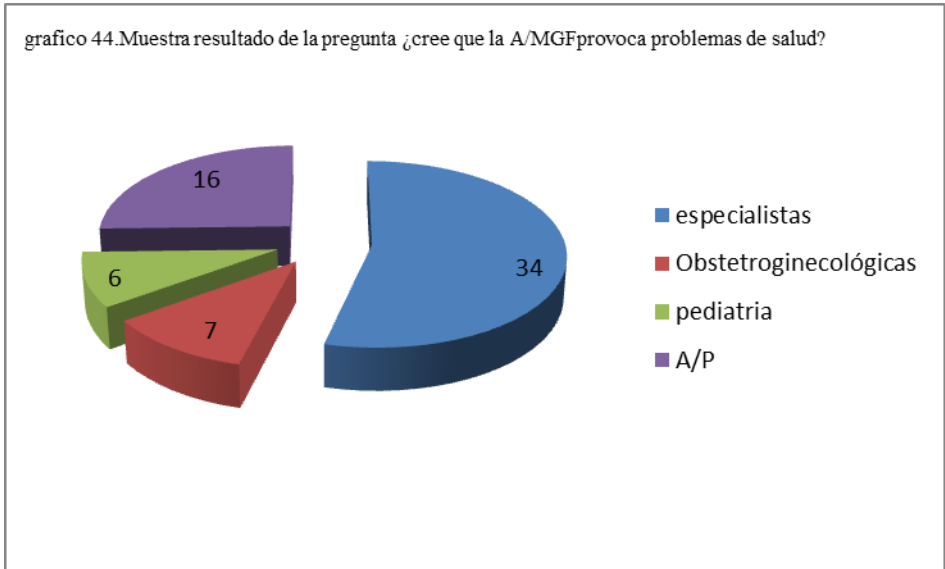
La Enfermería Obstetro-Ginecológica, ante la misma pregunta responden, en África un (7), Asia (0) Europa (0) América (0) y oceania (0), (gráfico 41).



El gráfico 42 muestra los resultados a la encuesta que contestan las/os Enfermeros de Pediatría un (6) responde que en África, (0) en Asia, en América (0), Oceania un (0) y Europa (0).

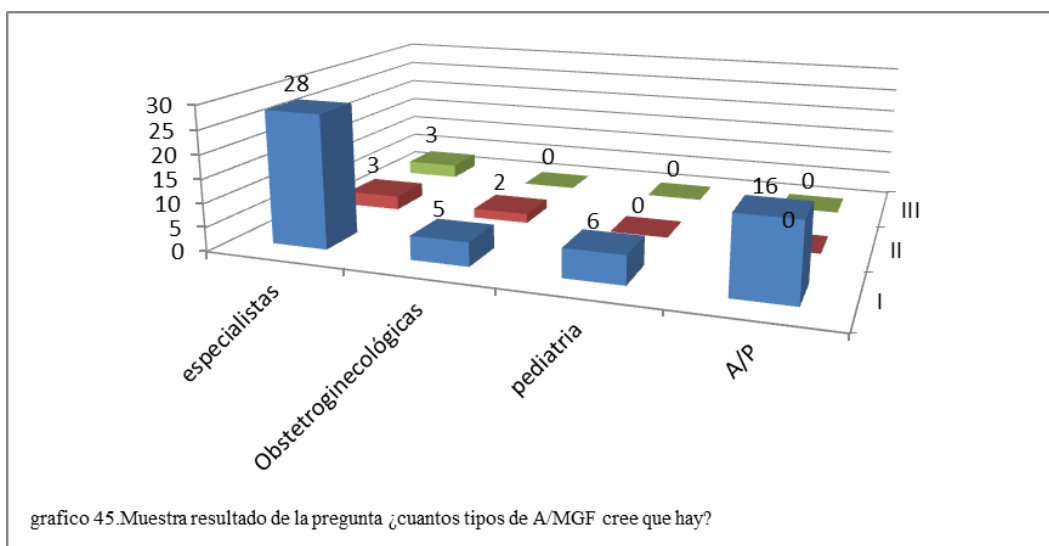


Las/os Enfermeros que realizan su trabajo en Atención Primaria contestan a la pregunta, donde cree que se realiza la A/MGF, (14) en África, (0) en Asia, en América (0), Europa (2) y (0) en Oceanía, (gráfico 43).

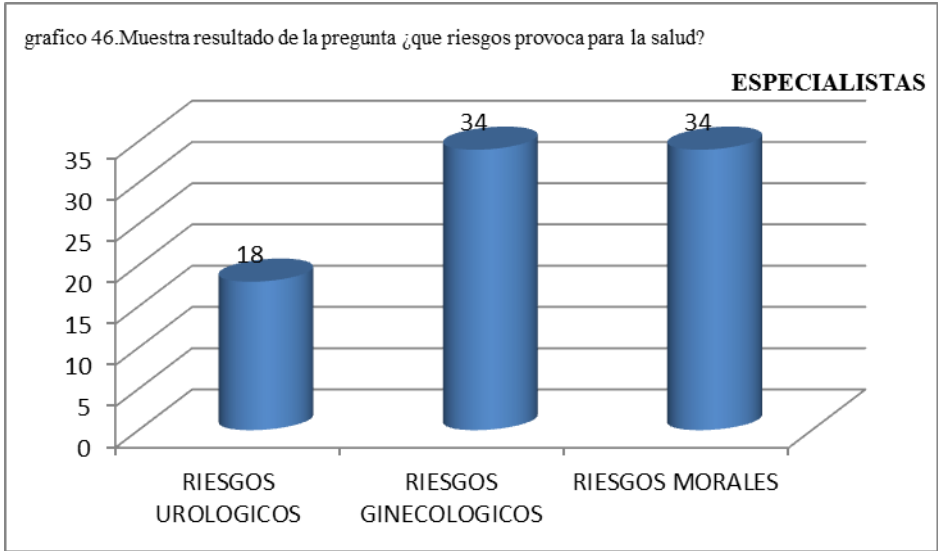


En el gráfico 44, se muestra el resultado de las contestaciones que dan el colectivo de Enfermería a si sabe que la A/MGF provoca problemas en la salud, la Enfermería Especialista (34) dice conocer riesgos para la

salud en las niñas, la Enfermería Obstetro-Ginecológica un (7) , Pediatría un (6) dice si saber que provoca problemas de salud, y las/os que trabajan en Atención Primaria un (16) cree que si hay problemas de salud. Ya fuera de encuesta las Enfermeras de Obstetricia dicen conocer problemas en el embarazo y complicaciones en el parto, así como dolor y reglas dolorosas, también y fuera de encuesta las enfermeras que trabajan en Atención Primaria creen que las heridas que les provocan a las niñas les acarrearán úlceras y cicatrices dolorosas.



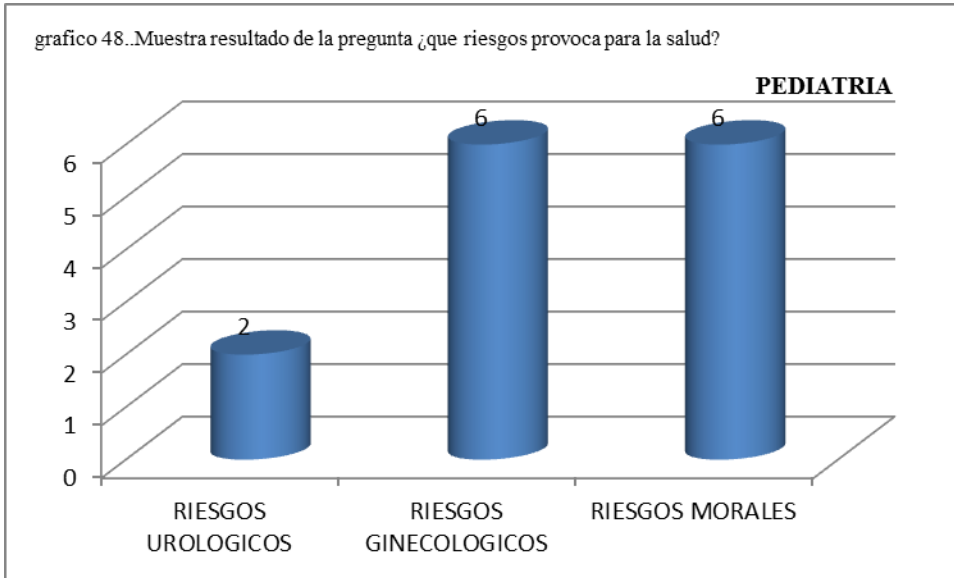
El gráfico 45, muestra los resultados a la pregunta, ¿sabe cuantos tipos de MGF hay?: las Enfermeras Especialistas responden 28 del tipo I; tipo II, (3); y tipo III (3); las Obstetoginecológicas (5) responden del tipo I;(2) tipo II y (0) del tipo III; las Enfermeras de Pediatría(6 ) dicen del tipo I; (0) del II y (0) del tipo III; En cuanto a las que trabajan en Atención Primaria, (16) del tipo I; (0) dicen del tipo II y (0) hablan de conocer el tipo III.



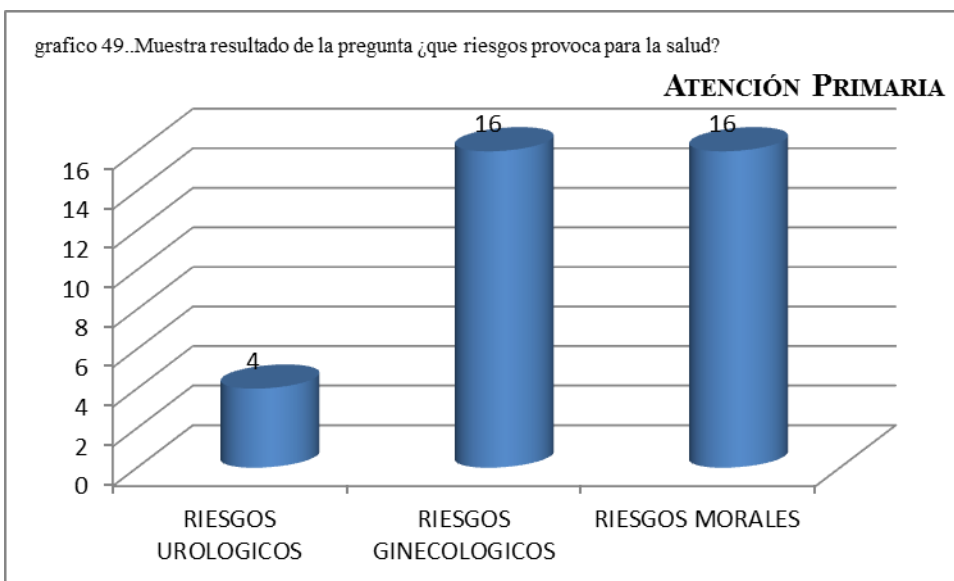
Otro de los items preguntados en la encuesta es ¿sabe que problemas de salud causa la A/MGF? (a esta pregunta podian contestar varias cosas a la vez), las/os Enfermeros Especialistas un 18 responden riesgos urológicos, un 34 riesgos ginecológicos y un 34 problemas morales, (gráfico 46).



En el gráfico 47, las/os Enfermeros Obstetroginecología responden, riesgos ginecológicos (7), riesgos morales (7), riesgos urológicos un (4).



Las/os Enfermeros Pediatría responden riesgos morales (6), riesgos urológicos (2) y riesgos ginecológicos (6), (gráfico 48).



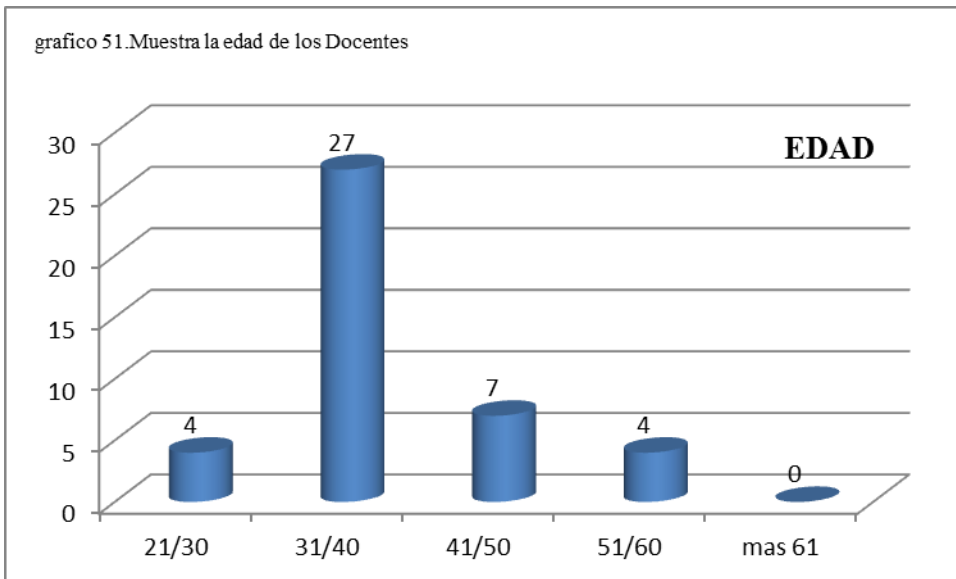
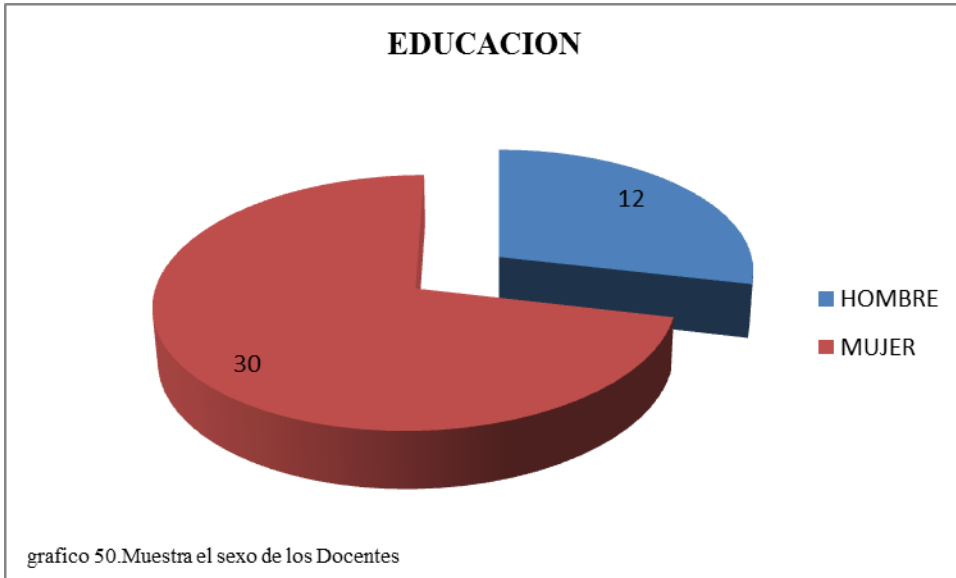
Las/os Enfermeros de Atención Primaria responden un (16) riesgos morales, riesgos ginecológicos (16) y riesgos urológicos (4), (gráfico 49).

Al colectivo de Enfermería se le pregunta, ¿conoce a alguien o cree que hay casos en su ciudad? El 100% de las encuestadas de enfermería dice no conocer a nadie ni cree tener conocimiento de que haya ningún caso en su ciudad.

Deducimos del estudio que la Enfermería encuestada afirma haber recibido información, principalmente los subgrupos de especialistas y obtetroginecología (matronos/as) a través de internet/radio/tv. Todos los entrevistados se decantan como Africa al apuntar sobre el continente donde se practica la A/MGF, coincidiendo porcentualmente en que se trata de un problema de salud, destacando los riesgos morales y ginecologicos como consecuencias seguras de la práctica, desde el conocimiento declarado, de que el Tipo I de A/MGF es el mas común. Llamativamente todos/as la Enfermería entrevistada, niega conocer algun caso de A/MGF.

### **5.2.3. FACULTATIVOS DE EDUCACIÓN**

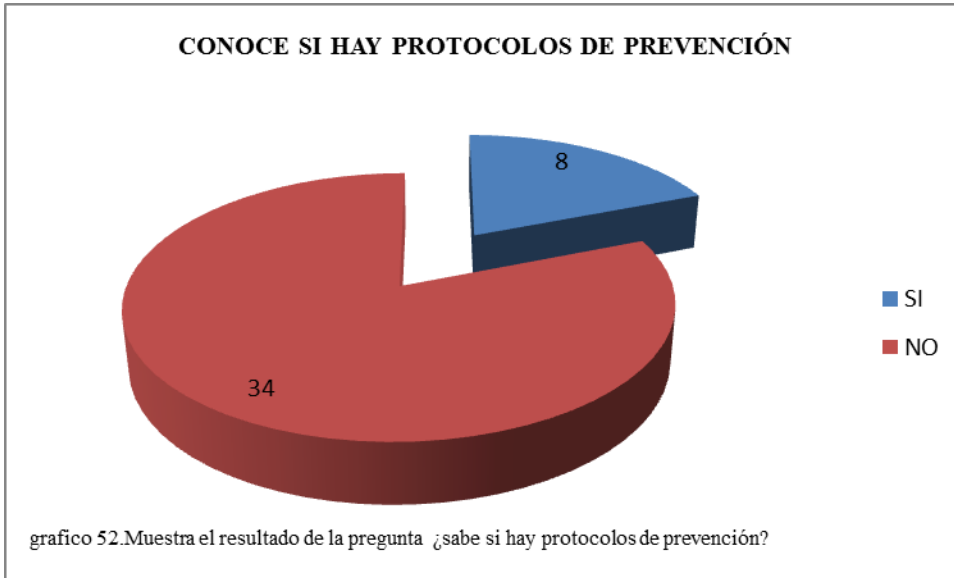
La misma encuesta que se le ha pasado a los profesionales sanitarios, se le preguntó tambien a los docentes que desempeñan su actividad en colegios de la ciudad de Salamanca, Castilla y León, principalmente son Educadores de Primaria, contestaron un total de 42 de 50 encuestas pasadas, de los cuales el 30 son mujeres y el 12 hombres, (gráfico50).



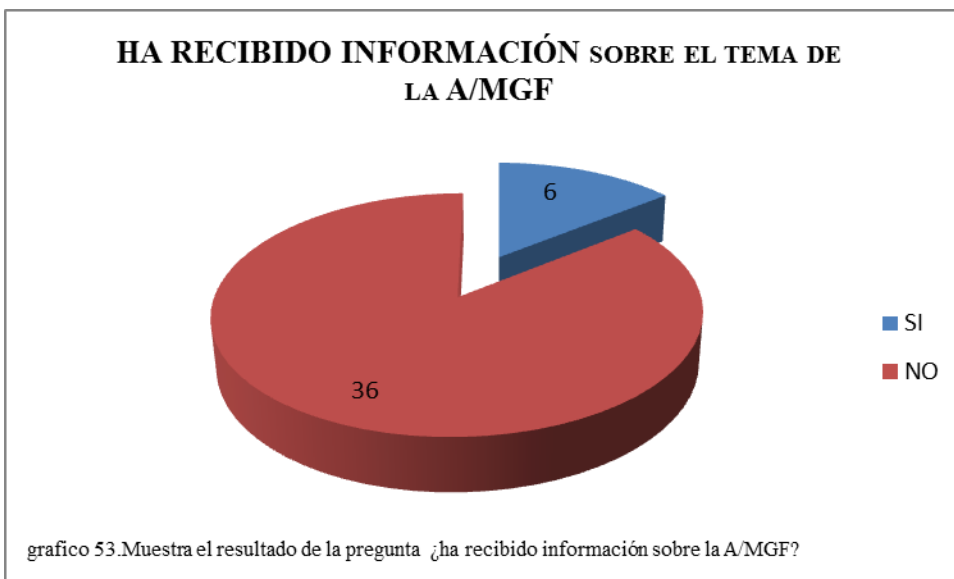
Las edades de los educadores oscilan entre 21-30 (4), 31-41 años (27),  
Entre 41-50años (7) personas y entre 50-61 años (4) personas,  
(gráfico51).

A la pregunta ¿sabe que es la A/MGF? El 100% de los encuestados dice  
SI saber que es.

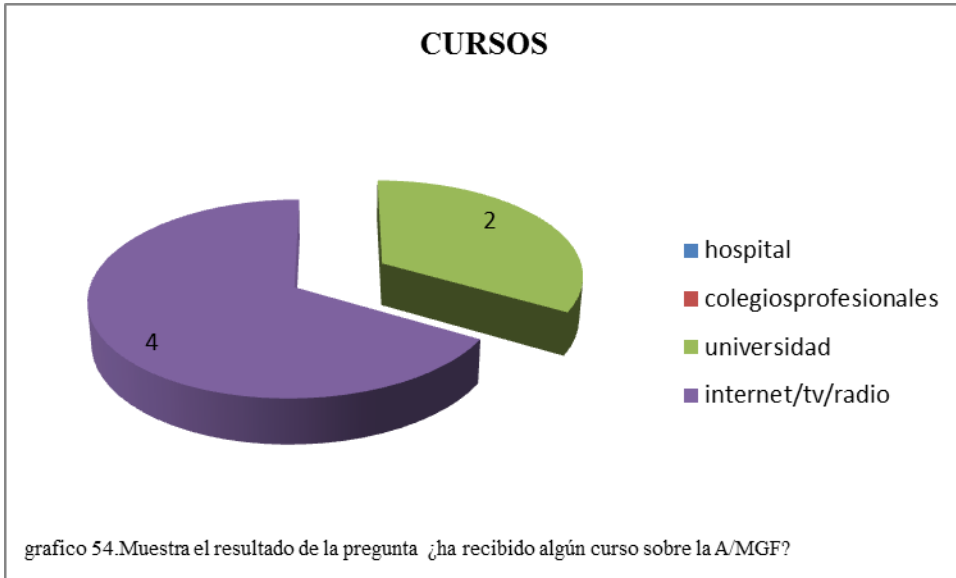




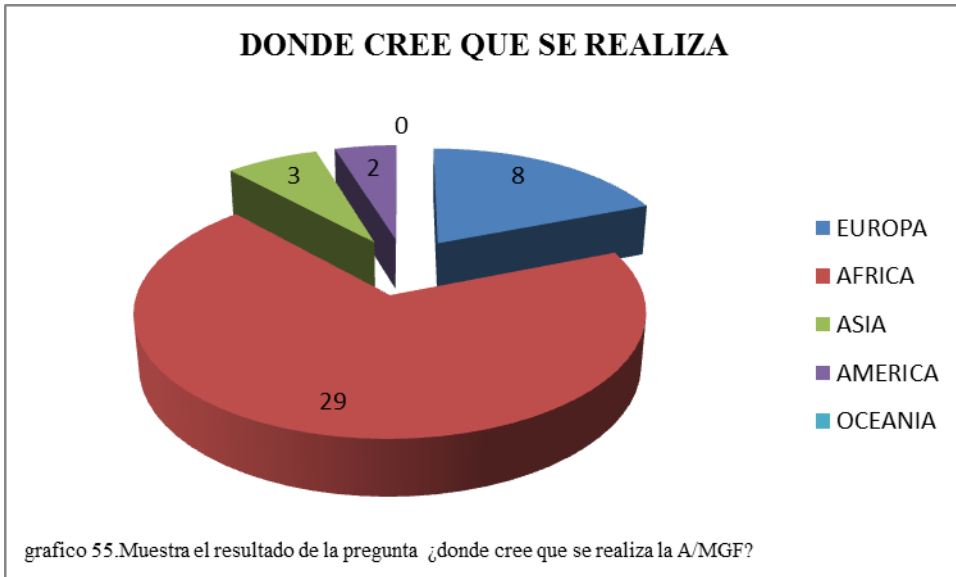
El gráfico 52, nos muestra el resultado de la pregunta ¿sabe si hay protocolos de prevención?, (8) de los encuestados dicen Si y (34) No saben que existan protocolos.



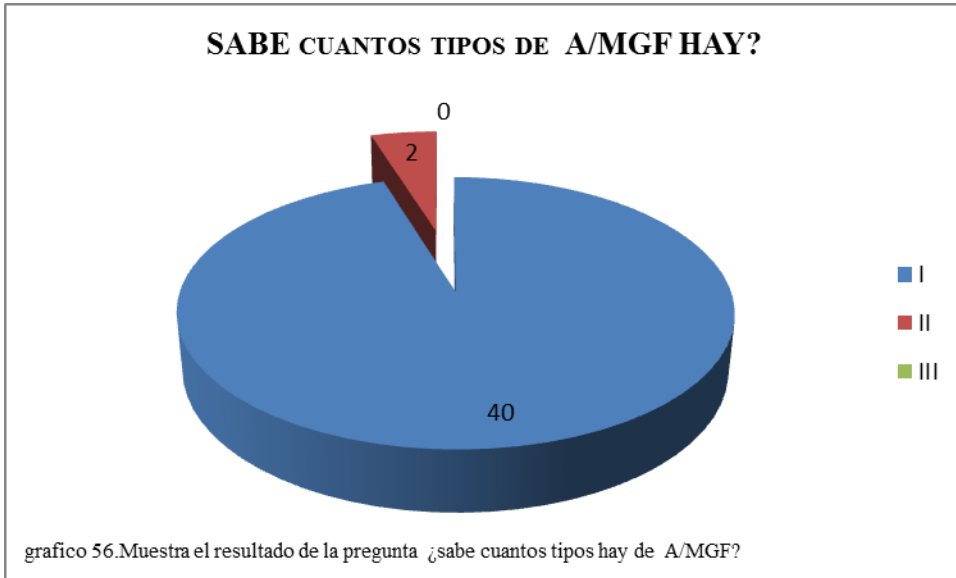
A la pregunta ¿ha recibido información sobre la A/MGF?, (6) personas responden Si haber tenido algún tipo de información, mientras que (36) de los encuestados confiesan No haber recibido informacion sobre la A/MGF, (gráfico 53).



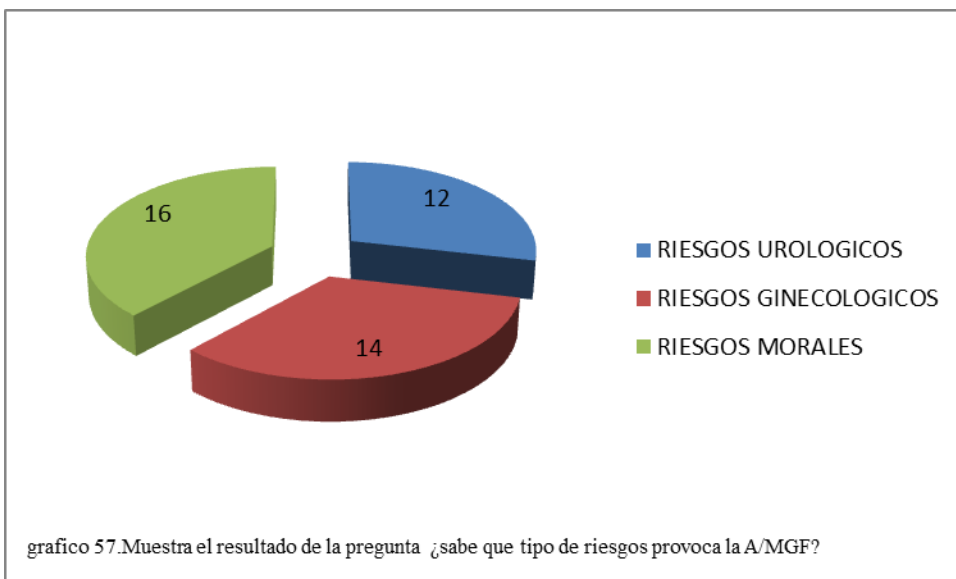
El gráfico 54 responde a la pregunta hecha a los Docentes sobre si ha hecho algún curso sobre la A/MGF, (4) de los encuestados responden haber tenido información por prensa, radio o TV, y (2), contestan haber hecho o acudido a alguna charla sobre el tema en la Universidad.



A la pregunta ¿Dónde cree que se realiza la practica de la A/MGF?, 29 de los Docentes responden que en África, (8) en Europa,(3) responden en Asia, (2) en américa y (0) en Oceania, (gráfico 55).



A los Docentes se les pregunto tambien ¿sabe cuantos tipos de A/MGF hay?, (40) de los encuestados dice creer que solo hay tipo I, (2) del tipo II y (0) del tipo III, (gráfico56).



Sobre la pregunta ¿sabe que problemas provoca la A/MGF sobre la salud?, (12) de los Docentes responden sobre los problemas urológicos, (14), responden sobre los riesgos ginecológicos,y (16) responden que las niñas sufren mas problemas morales, (gráfico57).

A la pregunta si ha visto o sospechado que en su colegio o ciudad haya visto o tenga conocimiento de alguna niña que haya sido mutilada, dicen no haber conocido ningún caso y no tener ninguna niña en riesgo en sus colegios.

Deducimos del estudio de este subgrupo que el perfil entrevistado es de mujer de 31 a 40 años, contestando que saben lo que es la A/MGF en su totalidad, pero mayoritariamente desconocen si existen protocolos de detección de A/MGF, obteniendo información a través de internet/radio/tv. Focalizan la realización de la A/MGF en Africa y se decantan por el Tipo I como el mas usual. Establecen los tres riesgos de respuesta (urologicos, ginecologicos y morales) en similar porcentaje y responden todos/as no conocer ningun caso de A/MGF.

#### **5.4. CONSULTA DE REFUERZO DE ENFERMERÍA:**

En el tema que nos concierne para este trabajo de investigación, acogemos la consulta de Enfermería como otro medio complementario al estudio. Para ello se arbitran los lunes como consulta de prevención, realizando unto tal de 38 lunes durante el año 2012, con una consulta de 2 horas de duración y sobre 152 personas captadas, resultando una media entre 4 personas, que acudían a las clases o talleres.

El estudio se planteó a priori sobre 76 parejas que han pasado por la consulta de Enfermería, apuntar que 26 parejas abandonan después de explicarles en que consistían los talleres y la consulta de prevención, acudiendo a la cita 50 parejas.

El estudio se hizo al final con las 50 parejas apuntadas, 32 de las cuales tenían hijas entre 1y 14 años y 18 de las parejas no tenían hijos.

En la consulta se contacta con ellos y se les explica lo que pretendemos hacer con las clases o talleres de educación, también se les explica que el motivo de los talleres es realizar educación sexual y preventiva para la salud infantil y la salud de las madres que puedan quedar embarazadas. Así mismo se le hace saber que otro de los motivos de estas charlas es realizar un trabajo de investigación para la Universidad de Salamanca, en ningún momento se cuestionará su estatus o su religión y solamente se pretende aportar conocimientos educativos y tratar prácticas como la A/MGF con respeto.

En la consulta se les realiza el programa del adulto que llevamos a cabo en Atención Primaria de la red pública de salud de Castilla y León (SACYL): toma de datos antropométricos como son peso, talla, índice de glucemia, tensión arterial y se rellenan los datos concernientes a la historia clínica, así como antecedentes y patologías.

Se les habla también de la importancia de las vacunas y la alimentación en la infancia.

Se les explica que la consulta de prevención y los talleres son voluntarios y en ningún caso se les inculpará o juzgara por sus costumbres o creencias.

Resultando que han sido 16 niñas las que presumíamos podrían estar en un riesgo elevado dada la actitud de los padres que acudieron.

Del total de las parejas con niñas en el rango de edad de entre 1 y 14 años, vuelven con sus niñas a revisión del pediatra solo 24.

A 18 niñas con toda la seguridad, no se les ha practicado la ablación según nos cuenta el facultativo Pediatra y nos comenta que a 6 niñas podrían haberle practicado algún tipo de intervención, debido a la forma de actuar de los padres y a la negativa a acudir a su consulta. Los padres no acudieron a las citas programadas y no hubo forma de localizarles para otras revisiones. Creemos que cambiaron de Centro de Salud.

En estos casos de sospecha, la actuación sería:

- 1º. Hacer seguimiento sanitario
- 2º. Poner en conocimiento de la Asistencia social
- 3º. Dar conocimiento al Ministerio Fiscal (Anexo )
- 4º. Si hay certeza absoluta, notificar al Juzgado de Guardia mediante parte preceptivo de lesiones ( Anexos )

El nivel en nuestro estudio solo ha sido de alerta sanitaria y de asistencia social. Al ser solo sospechas por la actuación de los padres, no hemos podido realizar otro tipo de actuación.

Hemos realizado todo tipo de indagaciones para saber si seguían en la ciudad, pero no volvieron por la consulta y nos ha resultado imposible seguir contactando con ellos.

Hay que resaltar, que en el programa de Salud Infantil de Castilla y León, sólo se revisan los genitales femeninos hasta un año de vida, y posteriormente solo se realiza inspección de su calendario vacunal y de los datos antropométricos y de nutrición.

Los padres inmigrantes que acuden por la consulta de Pediatría, son poco colaboradores. El que habla, sobre todo, es el padre, dejando a la madre relegada a un segundo plano.

Igual ha pasado en los talleres, quien hablaba y cambiaba impresiones era el varón, la mujer hablaba poco y tomaba pocas decisiones, manteniendo una escucha expectante.

Debemos afirmar lamentablemente que sigue habiendo un claro desconocimiento de la prevalencia de A/MGF, tanto a nivel local como Autonómico, y poco interés de seguimiento (grupo marginal, inmigración).

Hace años que se intenta sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios. Recordemos que las niñas son menores y hay que protegerlas. La evidencia demuestra que la A/MGF es un atentado contra los derechos humanos y del menor. No hay que ser neutral pero tampoco criminalizar al colectivo (ser negro o emigrar no es delito). Hay que actuar con tacto y con personal competente.

El papel del Trabajador Social, la Judicatura y la Policía lo define un protocolo de actuación, y solo se hará en caso de ser solicitado en segunda instancia por el personal sanitario o de otros ámbitos.

Una consulta específica sobre A/MGF, liderada por Enfermería en un Centro de Salud Público y dentro del horario laboral, con el apoyo del Facultativo Pediatra o la Trabajadora Social, podría tener algunos buenos resultados en prevención.

También es importante contar con la información que algunas ONGs nos pueden suministrar.

La violencia sexual se registra en todos los países. La comunidad internacional ha reconocido ya que los gobiernos tienen la obligación de adoptar medidas firmes para proteger a todas las mujeres y niñas de cualquier forma de violencia, incluida la A/MGF.

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos.

Por ejemplo, perforaciones genitales, cortes, y otros tipos de prácticas no sanitarias que se realizan a menores.

La práctica sanitaria implica además el deber de protección de la menor ante la sospecha de malos tratos, abusos y cualquier otra práctica cultural o tradicional que perjudique su integridad física o mental. Si a lo anterior se une el hecho de que en la actualidad va en aumento el número de mujeres mutiladas e inmigrantes que requieren atención médica en sus respectivos países de acogida, se refuerza la necesidad de que los profesionales de salud adquieran las habilidades y los conocimientos necesarios no solo para su prevención, sino también para su diagnóstico.

De acuerdo con los resultados obtenidos el tema de la mutilación genital femenina y su manejo, es poco conocido dados los resultados de la muestra estudiada.

Lo que si podemos constatar es que la mayoría de profesionales obstétricos dice estar preparada en el caso de surgir complicaciones y saber qué hacer.

Cobra relevancia la educación continua como un proceso por medio del cual el profesional se pone al tanto de los avances conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina y de manera particular en este caso, de la Ginecoobstetricia, sobre la prevención y el tratamiento de las complicaciones de salud.

Es preciso que las Enfermeras/os Obstétricas y los Médicos Ginecólogos y Obstetras, además del conocimiento teórico práctico con respecto al abordaje de estas pacientes, adquieran nociones sobre las diferentes



culturas y la sensibilidad necesaria para garantizar una atención de calidad y respeto a la mujer con mutilación genital femenina, pues la práctica clínica no está exenta de este diagnóstico, Sería necesario reforzar también el conocimiento en AP por ser el primer eslabón de atención sanitaria a la población.

Sería muy interesante que fluyera la información de estos temas entre las distintas CCAA, sobre todo aquellas que por su situación geográfica o por su nivel de población tienen una experiencia mayor.

Es lógico pensar que un mayor nivel educativo de la madre se relaciona con una menor probabilidad de que acceda a la mutilación de su hija. Estas personas nos han manifestado, solo de forma oral y en privado, que el taller les había dotado de conocimientos e información útiles para convencer a otras personas de su comunidad a abandonar estas prácticas.

Se está avanzando en programas formativos que permiten capacitar a los profesionales en la detección, el reconocimiento y la intervención en familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una A/MGF.

Habría que indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, cuál es la actitud de los padres frente a la mutilación.

Siempre en el respeto por sus prácticas rituales, el colectivo sanitario y educativo debería desaprobar estas prácticas por las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas.

Es preciso informar al colectivo inmigrante sobre la legislación vigente, que prohíbe realizarla dentro y fuera de España y sobre las consecuencias legales que ello conlleva.

Se ha desarrollado un documento a modo de carta-compromiso preventivo (Anexo III), en el que se explican las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a los padres de 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.

Hay que estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia a su lugar de origen. 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, y transmitirles firmeza en nuestra actitud de que, si se llevase a cabo la A/MGF, estaríamos obligados a denunciarlo.

## CONCLUSIONES - PROPUESTAS

---

- I. La ablación-mutilación genital femenina es reconocido universalmente como un acto de violencia hacia la mujer (niña) cruento e intolerable, con origen religioso-cultural. Problema tratado en nuestro estudio desde un ámbito socio-sanitario y desde la normativa habida sobre la materia, que aunque abundante, parece insuficiente para su erradicación, detectándose como medidas eficaces de prevención: la educación integral y la sensibilización social.
- II. Tanto el ordenamiento jurídico internacional, como el nacional, viene estableciendo claramente la A/MGF como un delito de lesiones perseguible de oficio, y lo suficientemente sancionado como para que el orden jurisdiccional pueda dictar sentencias condenatorias ejemplarizantes. La jurisprudencia española se halla muy sensibilizada con el tema.
- III. La terminología precisa sobre los cuatro tipos de ablación-MGF posible, establece que la “AI” (recesión parcial o total del clítoris y/o del prepucio) corresponde a la clitoridectomía, detectándose como resultado de nuestro estudio investigador, que es la más practicada por la población inmigrante. Procede pues, fijar mayoritariamente los recursos preventivos y rehabilitadores sobre este tipo.
- IV. Del estudio de encuesta a profesionales, se detecta un perfil similar en ambos subgrupos estudiados: a) sanitarios/as, mujer de 41-50 años, especialista que afirman conocer lo que es la A/MGF y sus tipos, reconociendo al tipo II como la más frecuente, conocen la existencia de protocolos, habiendo recibido información mayoritariamente a través de medios informáticos y/o audiovisuales, reconocen África como el

mayor foco de su práctica, estableciendo las complicaciones morales psicológicas como las más relevantes y declaran no conocer ningún caso en su ámbito laboral; b) educadores/as, mujer de 31-40 años, no distinguen los distintos tipos y reconocen el tipo I como el de mayor frecuencia, coincidiendo en el resto.

- V. Los medios audio-visuales y la prensa escrita, viene mostrando comprensión sobre la gravedad del problema, si bien se revela como especialmente “dedicados” en días muy específicos de reconocimiento a los derechos de la mujer y derechos humanos, haciéndose eco también cuando se emite alguna sentencia condenatoria ejemplarizante.
- VI. A pesar de la apreciación cuantitativa de otros estudios que se revela como millonaria las niñas sometidas o susceptibles de padecer ablación-mutilación genital femenina, nuestra investigación revela en el marco geográfico de estudio del Centro de Salud de Capuchinos de Salamanca(España), con una representativa muestra de población inmigrante apropiada, la inexistencia de facto de usuarias sometidas a A/MGF, aunque si posibles afectadas, ya que se encuentran ausencias relevantes de información veraz en los protocolos de pediatría, donde el seguimiento de genitales femeninos se realiza solo hasta el primer año de vida.
- VII. Los Centros educativos juegan un papel preventivo esencial, por lo que la sensibilización y preparación del profesorado sobre este tema resulta a todas luces principal, así como la conexión directa y fluida entre estos, los/as profesionales sanitarios y los/as profesionales de trabajo social. Aun con el sin sabor de los escasos logros de prevención obtenidos por nosotras en el trabajo investigador (Consulta de Enfermería, Talleres), podemos afirmar que los primeros pasos de medidas a paliar la mutilación “AI”, han sido alentadoras,

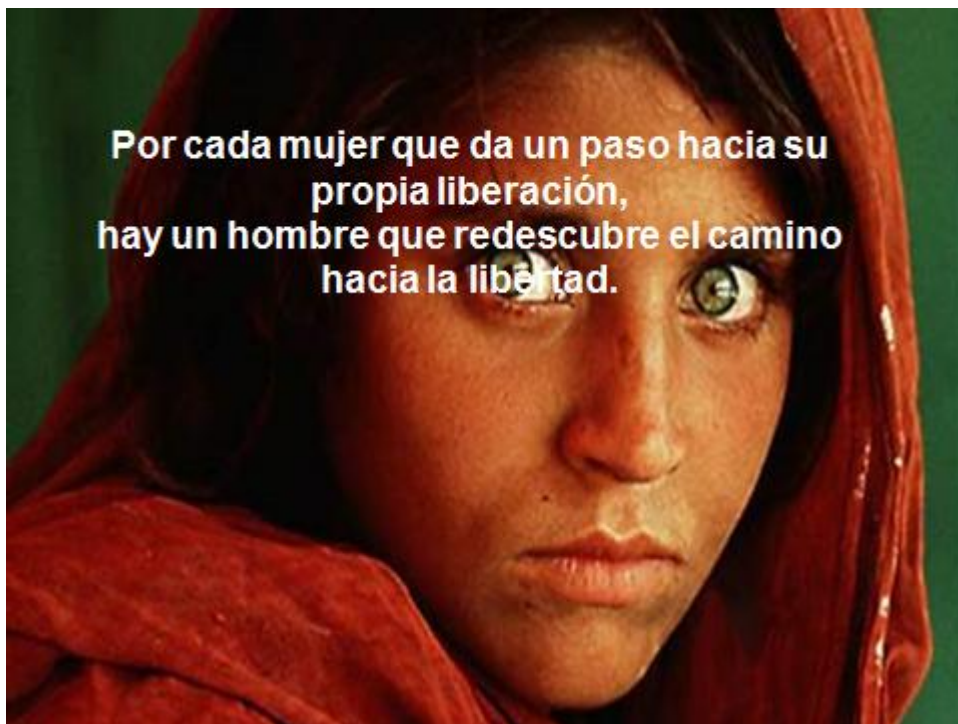
propiciando desde el entorno cercano un camino a seguir, útil y estimamos eficaz en el tiempo. La tarea es dura, ardua y con escasa comprensión entre compañeros sometidos a una fuerte presión asistencial.

- VIII. La perseverancia en el seguimiento y control de la ablación-mutilación requiere creatividad y conocimiento, con un necesario enfoque institucional serio, debiéndose comprometer el SACYL en la elaboración de unos protocolos consensuados con los profesionales sanitarios y educadores, eficaces y eficientes, análogos a otras CC.AA., eso sí, con posterioridad a la realización de cursos de formación continuada de actualización de conocimientos.

## **PROPUESTAS**

1. Protocolos en las consultas Pediátricas de seguimiento de genitales femeninos hasta los 14 años, sobre todo en usuarias-pacientes susceptibles por su condición religiosa-cultural.
2. Cursos de formación continuada a los profesionales sanitarios, docentes de escuelas primarias y trabajadores sociales.
3. Seminarios-Talleres conjuntos de juristas-sanitarios-educadores y trabajadores sociales
4. Contacto permanente de los Centros e Instituciones sanitarias con las Asociaciones de Inmigrantes.

## **ANEXO VII. CONTENIDO DEL TALLER DE EDUCACION**



## CONCEPTO

Somos biológica, psíquica y socialmente sexuales.

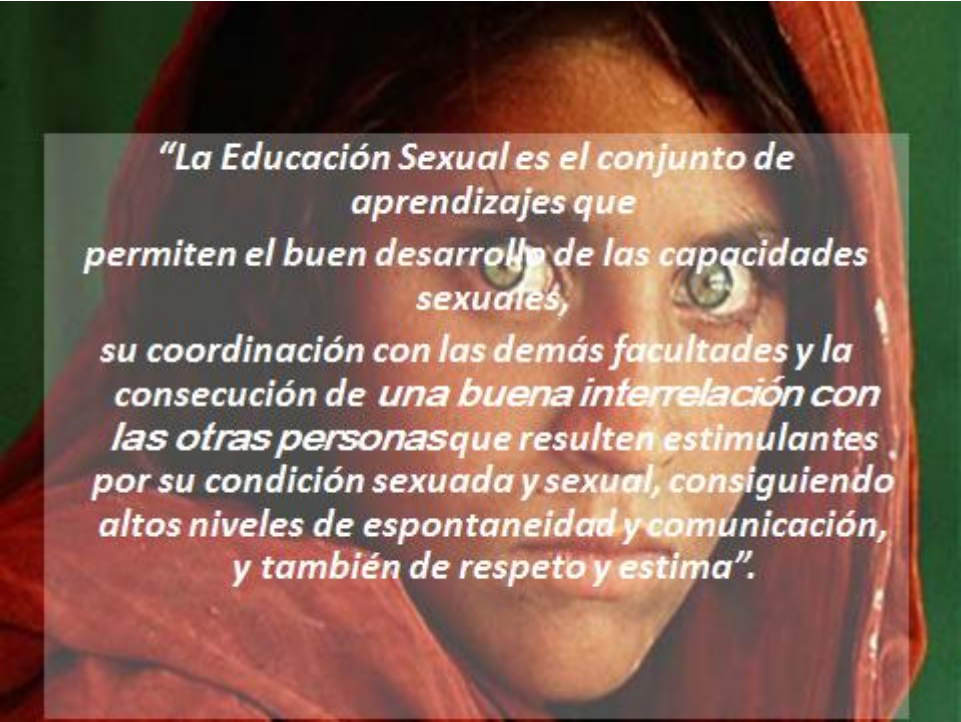
La sexualidad tiene características diferentes según la edad.

La sexualidad tiene múltiples posibilidades y fines diferentes.

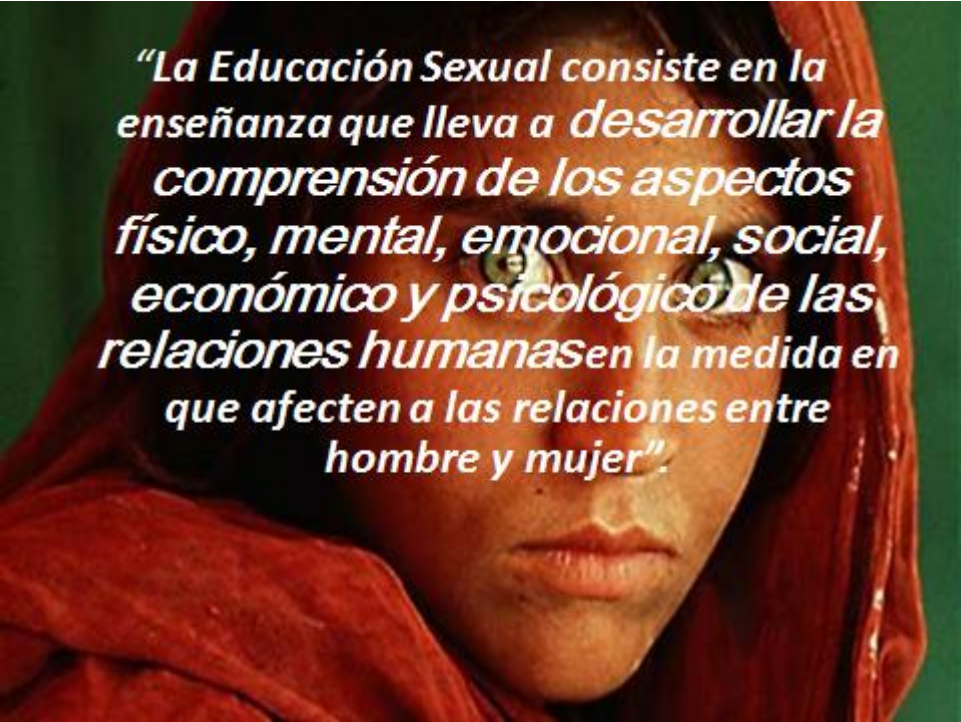
La sexualidad es una conducta social.



La sexualidad es parte integral del concepto de uno mismo. Como tal afecta la salud mental y el comportamiento social



*“La Educación Sexual es el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima”.*



*“La Educación Sexual consiste en la enseñanza que lleva a desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico de las relaciones humanas en la medida en que afecten a las relaciones entre hombre y mujer”.*



## ¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

- Es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.
- Es una de las diversas formas de relación consigo mismo, con la pareja y con la sociedad, implica las manifestaciones de afecto tanto físicas como emocionales además de su función reproductiva.




- Sexualidad es una energía, una fuerza positiva capaz de generar vida, plenitud y realización.
- La sexualidad colabora para la realización integral de la persona



**¿ Qué significa integrar la sexualidad ?**


**La genitalidad y la función erótica es solamente una parte de la sexualidad.**

**En la sexualidad es el AMOR el que jerarquiza y ordena prioridades y el que da el sentido.**



**LA SEXUALIDAD SE EDUCA DURANTE TODA LA VIDA Y TRATA DE FORMAR UNAS ACTITUDES POSITIVAS PARA VIVIRLA DE FORMA RESPONSABLE**

**LAS MODAS, LAS TENDENCIAS, LA IGNORANCIA, LOS TABÚES, HAN HECHO MUCHO DAÑO A LA SEXUALIDAD DE LA PERSONA.**


- 
- EL SEXO MAL ENFOCADO TIENE DOS VERTIENTES
  - LOS MIEDOS, LOS COMPLEJOS, LOS RECHAZOS
  - **EL RECHAZO O EL TODO DA LO MISMO, LA BÚSQUDA EXCLUSIVA DEL PLACER, EL CUERPO COMO MERCANCÍA**






## MITOS

- Es un tabú
- Es “algo malo o sucio”
- Es algo prohibido
- Es el acto sexual en sí mismo
- Son sólo las consecuencias negativas
- Es sólo físico o sólo emocional
- Los jóvenes ya saben mucho, “es obvio”
- Todo se lo van a enseñar en el colegio



## NUEVAS TENDENCIAS

- Sin compromisos, relaciones abiertas, no tener pareja estable.
- Sexualidad libre? Novio y novia
- Pornografía medios de información: internet, chat, Ipods, celulares, revistas, etc.
- Cibersexo
- Subculturas: Emos, metrosexuales



## REALIDAD ACTUAL

- Embarazos no deseados
- ETS
- Ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales
- Inconformidad con su propio ser
- Frustración en su proyecto de vida
- Debilidad ante la presión del ambiente
- Exposición de la vida privada al ámbito público, sin limitaciones
- Diferentes maneras de expresar la sexualidad.

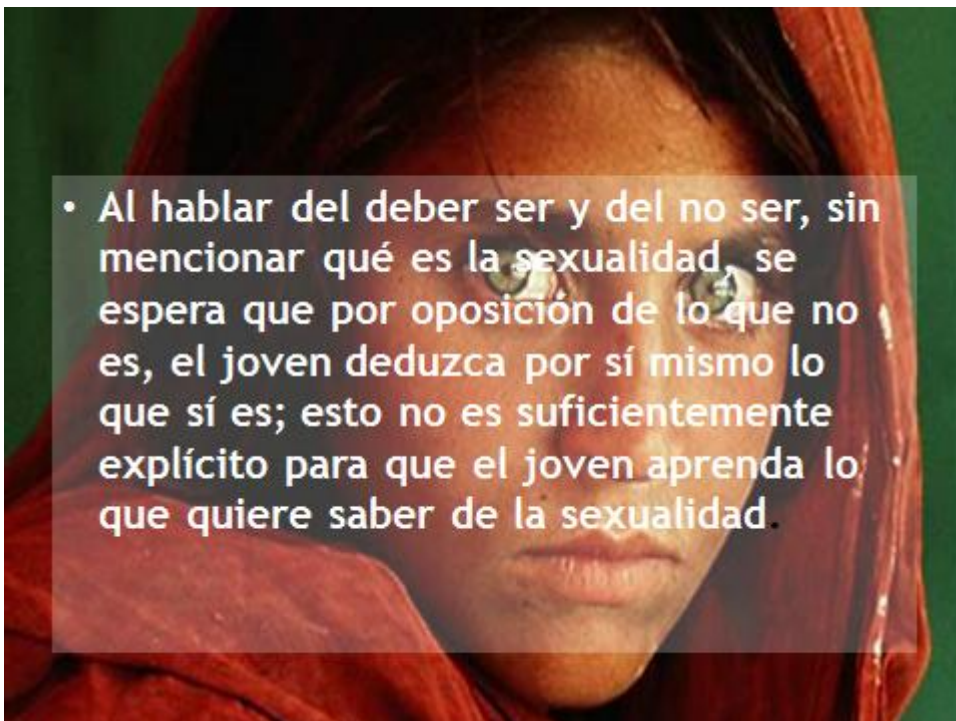


LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PASA POR  
LO SOMÁTICO, LO SANITARIO, LO PSICOLÓGICO,  
LO AFECTIVO, LO SOCIAL, LO CULTURAL,  
LO AXIOLÓGICO Y LO RELIGIOSO

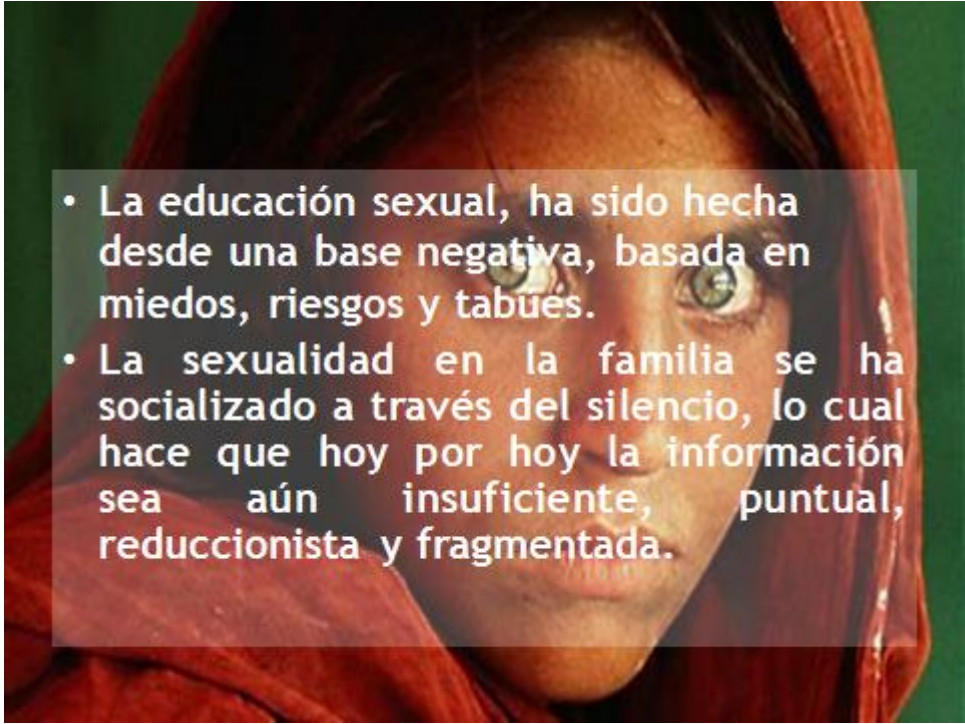




- Diferente a la mera relación erótica o genital. Es la comunicación recíproca de amor entre un hombre y una mujer enamorados, a través del cuerpo



- Al hablar del deber ser y del no ser, sin mencionar qué es la sexualidad, se espera que por oposición de lo que no es, el joven deduzca por sí mismo lo que sí es; esto no es suficientemente explícito para que el joven aprenda lo que quiere saber de la sexualidad.

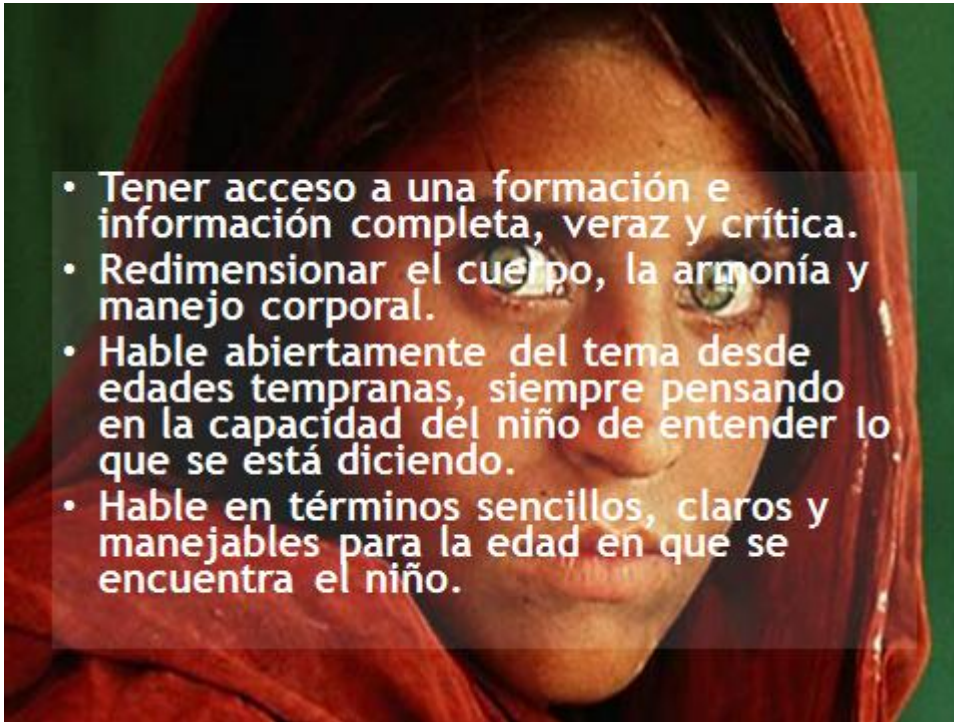


- La educación sexual, ha sido hecha desde una base negativa, basada en miedos, riesgos y tabúes.
- La sexualidad en la familia se ha socializado a través del silencio, lo cual hace que hoy por hoy la información sea aún insuficiente, puntual, reduccionista y fragmentada.

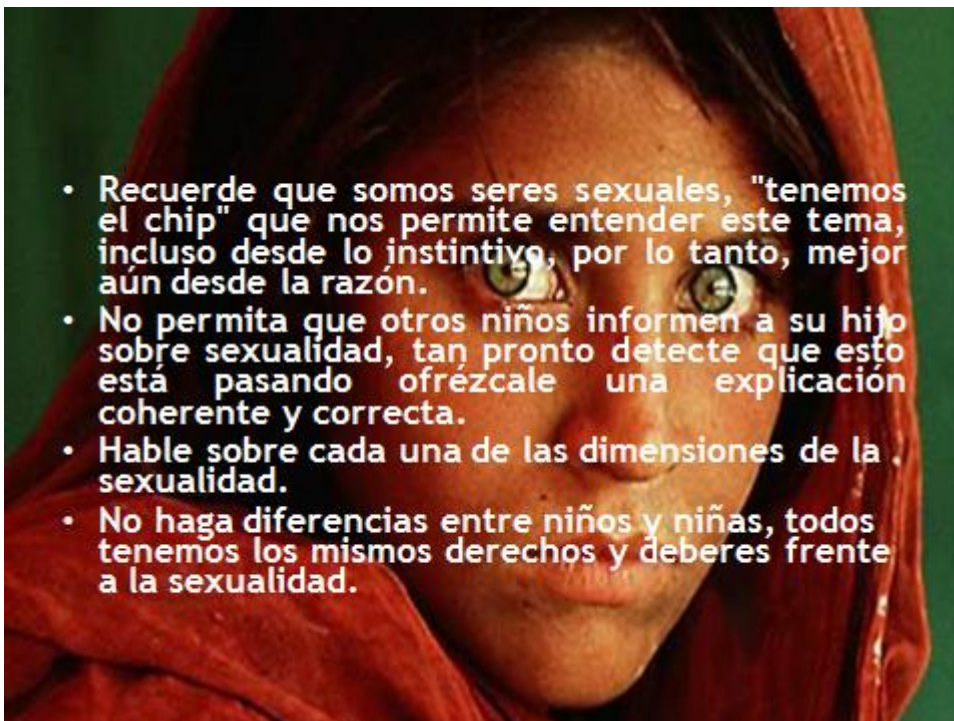


- La responsabilidad frente a la sexualidad se ha significado como una lesión y una obligación para el joven, orientada hacia lo económico, dejando de lado su significado como compromiso como persona.




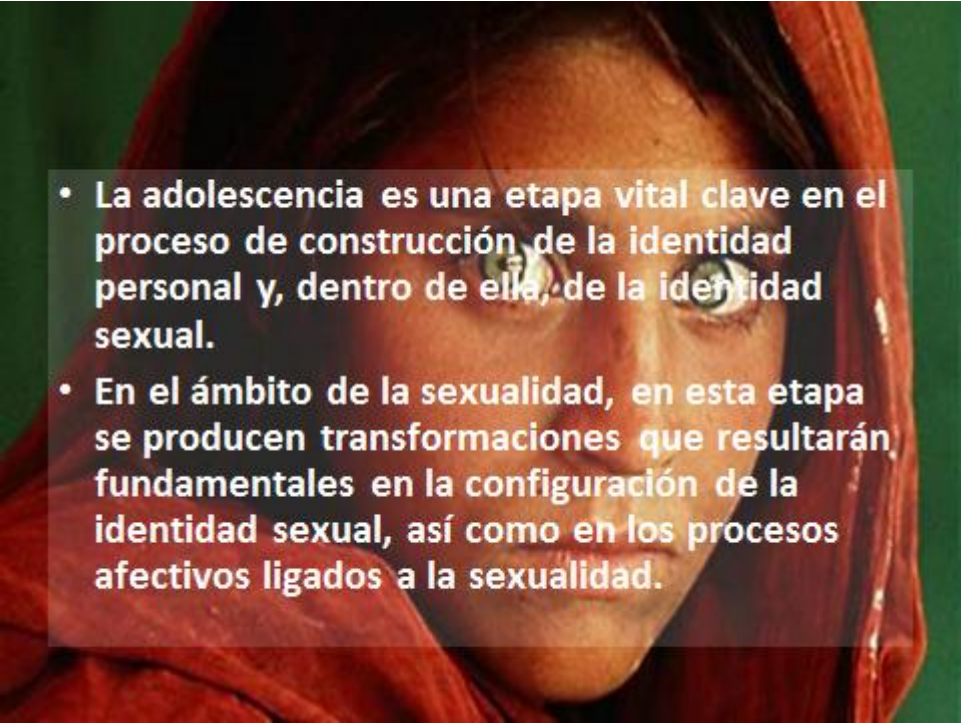


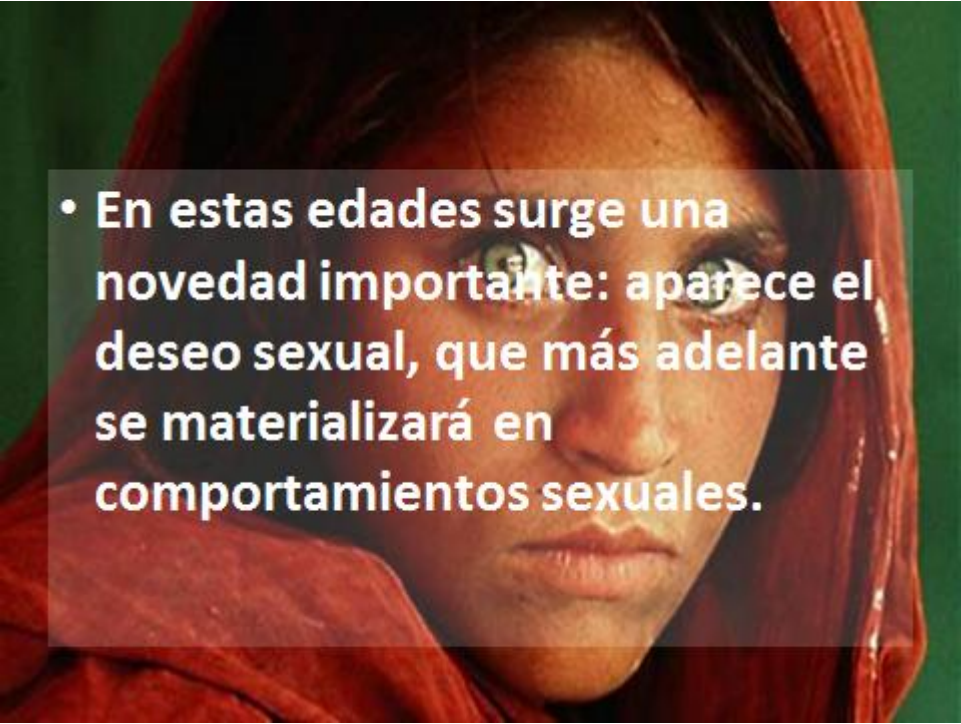
- Tener acceso a una formación e información completa, veraz y crítica.
- Redimensionar el cuerpo, la armonía y manejo corporal.
- Hable abiertamente del tema desde edades tempranas, siempre pensando en la capacidad del niño de entender lo que se está diciendo.
- Hable en términos sencillos, claros y manejables para la edad en que se encuentra el niño.

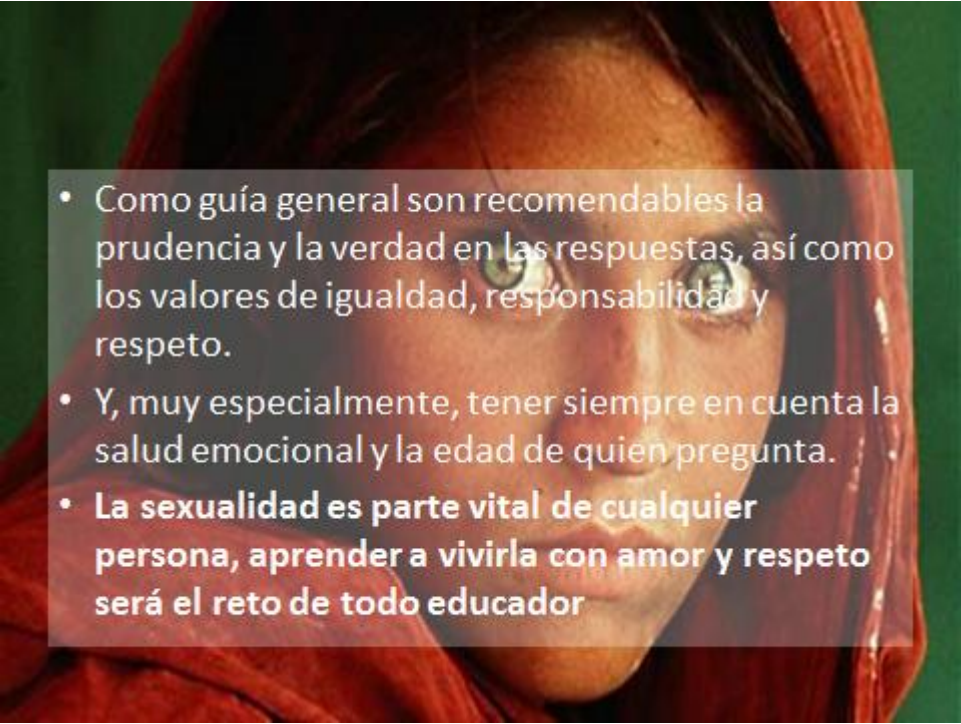


- Recuerde que somos seres sexuales, "tenemos el chip" que nos permite entender este tema, incluso desde lo instintivo, por lo tanto, mejor aún desde la razón.
- No permita que otros niños informen a su hijo sobre sexualidad, tan pronto detecte que esto está pasando ofrezcale una explicación coherente y correcta.
- Hable sobre cada una de las dimensiones de la sexualidad.
- No haga diferencias entre niños y niñas, todos tenemos los mismos derechos y deberes frente a la sexualidad.

- 
- **Recuerde su propio proceso aislando las razones sociales y culturales que lo rodeaban a usted, los tiempos cambian pero la sexualidad en el desarrollo humano no.**

- 
- **La adolescencia es una etapa vital clave en el proceso de construcción de la identidad personal y, dentro de ella, de la identidad sexual.**
  - **En el ámbito de la sexualidad, en esta etapa se producen transformaciones que resultarán fundamentales en la configuración de la identidad sexual, así como en los procesos afectivos ligados a la sexualidad.**

- 
- **En estas edades surge una novedad importante: aparece el deseo sexual, que más adelante se materializará en comportamientos sexuales.**

- 
- Como guía general son recomendables la prudencia y la verdad en las respuestas, así como los valores de igualdad, responsabilidad y respeto.
  - Y, muy especialmente, tener siempre en cuenta la salud emocional y la edad de quien pregunta.
  - **La sexualidad es parte vital de cualquier persona, aprender a vivirla con amor y respeto será el reto de todo educador**



Derecho cívico a la Prevención sanitaria de la mujer  
ante la mutilación genital



## Definición

- La ablación o mutilación genital femenina comprende una serie de prácticas consistentes en la extirpación total o parcial de los genitales externos de las niñas.
- Entre otras consecuencias, las niñas mutiladas padecerán durante toda su vida problemas de salud irreversibles.

Derecho cívico a la prevención sanitaria de  
la mujer ante la mutilación genital



## Definición

- La MGF es una práctica aberrante la cual afecta directamente la integración física, sexual y psicológica de la mujer.
- La forma en que en otras culturas generalmente de África desarrollan esta práctica como parte del proceso natural del cambio de una niña a una mujer
- Aunque también la aplican a recién nacidas
- Existen distintas organizaciones en contra de este trágico ritual actualmente miles de niñas son sometidas a estas mutilaciones.

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## RAZONES POR LA QUE SE PRACTICA

- **Sexuales:** a fin de controlar o mitigar la sexualidad femenina
- **Sociológicos:** se practica, por ejemplo, como rito de iniciación de las niñas a la edad adulta o en aras de la integración social y el mantenimiento de la cohesión social
- **De higiene y estéticos:** porque se cree que los genitales femeninos son sucios y antiestéticos
- **De salud:** porque se cree que aumenta la fertilidad y hace el parto más seguro
- **Religiosos:** debido a la creencia errónea de que la ablación genital femenina es un precepto religioso. La ablación se practica principalmente a niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años. No obstante, en algunos países la ablación genital femenina se practica a niñas menores de 1 año, como por ejemplo, en Eritrea y Malí, donde la práctica afecta, respectivamente, a un 44 y un 29% de estas niñas.

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## QUIEN LA REALIZA

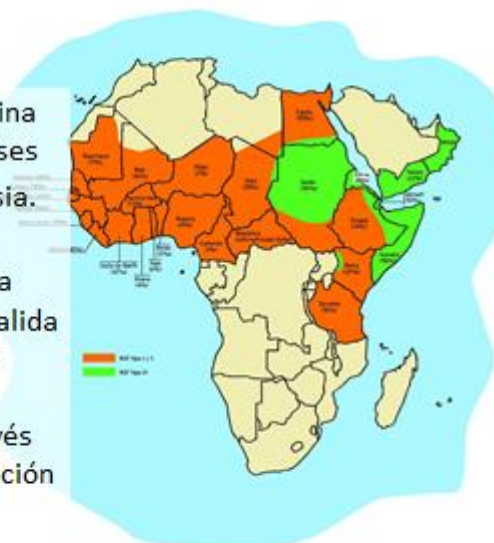
- Comadronas tradicionales o parteras profesionales
- MGF, es un servicio muy valorado y muy bien remunerado económicamente, por lo que es fácil inferir que el prestigio en la comunidad y los ingresos de estas personas puedan estar directamente ligados a la práctica efectiva de la intervención
- La ablación genital femenina constituye una violación fundamental de los derechos de las niñas
- Es una práctica discriminatoria que vulnera el derecho a la igualdad de oportunidades, a la salud, a la lucha contra la violencia, el daño, el maltrato, la tortura y el trato cruel, inhumano y degradante; el derecho a la protección frente a prácticas tradicionales peligrosas y el derecho a decidir acerca de la propia reproducción. Estos derechos están protegidos por el Derecho internacional

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## Historia

- La mutilación genital femenina se practica en veintiséis países africanos y en algunos de Asia. Se desconoce su origen, pero se considera que podría ser una práctica milenaria salida del antiguo Egipto, previa al nacimiento y expansión del Islam, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia



Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## Historia

- Aunque algunas comunidades musulmanas, y de alguna otra religión, la practican, se puede afirmar que no es un precepto islámico, ni tampoco de ninguna de las principales religiones



Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## PROBLEMAS PARA LA SALUD

- La MGF, causa daños irreparables. Puede acarrear la muerte de la niña por colapso hemorrágico o por colapso neurogénico debido al intenso dolor y el traumatismo, así como infecciones agudas y septicemia. Muchas niñas entran en un estado de colapso inducido por el intenso dolor, el trauma psicológico y el agotamiento a causa de los gritos.

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## TIPOS

I	Supresión del prepucio con o sin supresión de todo o parte del clítoris
II	Supresión del clítoris con extirpación total o parcial de los labios menores
III	Supresión de parte de los órganos genitales o su totalidad y sutura de la apertura vaginal
IV	Punción, perforación o incisión del clítoris y/o de los labios. Estiramiento del clítoris y/o los labios. Cauterización del clítoris y del tejido circundante. Raspado del tejido que envuelve el orificio vaginal (cortes de la angurya) o corte de la vagina (cortes del gishiri). Introducción de sustancias o hierbas corrosivas en la vagina para causar sangrado o con la finalidad de estrechar el canal vaginal. Cualquier otro procedimiento concordante con la definición.

la mujer ante la mutilación genital

Complicaciones agudas con posible riesgo vital	Complicaciones subagudas
Hemorragia	Anemia
Dolor intenso	Contagio hepatitis B y C
Infección de la herida	Contagio VIH
Sepsis, gangrena, Tétanos	Infecciones urinarias de repetición
Shock	Retraso del crecimiento en niñas con un déficit nutricional de base
Retención urinaria	Abcesos, úlceras, escarificaciones
Estrés traumático	Retraso en la cicatrización de la herida Miedo, angustia, estrés

**Tabla 3. Elaboración propia; tomado de: KAPLAN, A. et al: "Las mutilaciones genitales femeninas:**

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital





## COMPLICACIONES

- Otros efectos pueden ser una mala cicatrización
- La formación de abscesos y quistes
- Un crecimiento excesivo del tejido cicatrizante
- Infecciones del tracto urinario
- Coitos dolorosos; el aumento de la susceptibilidad al Contagio del VIH/SIDA, la hepatitis y otras enfermedades de la sangre
- Infecciones del aparato reproductor; enfermedades inflamatorias de la región pélvica; infertilidad
- Menstruaciones dolorosas; obstrucción crónica del tracto urinario o piedras en la vejiga; incontinencia urinaria; partos difíciles; y un incremento del riesgo de sufrir hemorragias e infecciones durante el parto.

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## MARCO JURÍDICO Y LEGAL

- El Artículo 24.3 de la Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, indica:
- *“Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.”*
- El Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo también han llevado a cabo iniciativas jurídicas contra la MGF, dejando claro que es una violación de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra las mujeres, no justificable por respeto a tradiciones culturales o religiosas.
- 

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



## MARCO JURÍDICO Y LEGAL:

**Derechos del Niño de 1959**, *La niñez para hacer que su participación en el cambio sea una participación efectiva, tiene que ser una niñez que conozca siente y valore"*

En esta línea la Conferencia de Viena de 1993 recoge literalmente "los derechos humanos de las mujeres y las niñas son una parte inalienable e integral e indivisible de los derechos humanos universales" Conferencia Mundial de los derechos humanos, Viena 14-25 de junio de 1993. ONU, Fuente ECLAC, informe 157/23

La Declaración de ONU de 1993, recoge la lucha por la eliminación de la violencia contra la mujer a la vez que se reclama a los Gobiernos a actuar con rapidez para poder prevenir, responder y castigar dichos actos.

**La Constitución Española del 78:** "Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España"

"Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia"

"Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia"

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital



- Está tipificado en el art.149.2 del Código Penal (después de ser reformado por la Ley Orgánica 11/2003), con penas que van de seis a doce años de prisión. Si la víctima es menor o incapaz, puede ir acompañada de penas de inhabilitación especial de hasta diez años para el ejercicio de la patria potestad, la tutela, la curatela, la guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado en interés del menor o incapaz.
- En La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el artículo 13 se indica "toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise." Igualmente el artículo 14 establece la atención inmediata e indica: "Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario del Ministerio Fiscal".
- Asimismo, en la Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la 6/1985, para perseguir extraterritorialmente la practica de la mutilación genital femenina, en su art. único se indica: "Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley penal española, con algunos de los siguientes delitos: a) genocidio... g) los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España.

Derecho cívico e la prevención sanitaria de la mujer ante la mutilación genital

## ANEXO VIII. CONSULTA DE REFUERZO

### CONSULTA DE REFUERZO



FOTOS 1 Y 2, muestran la forma de realizar la consulta de Enfermería con las familias