

TRABAJO FIN DE GRADO

Mutilación Genital Femenina e Inmigración

*Implicaciones para el personal sanitario en general
y el profesional de enfermería en particular*



Autora: MARTA ESCOBEDO SAIZ

Tutor: Miguel Santibañez

Santander, Septiembre 2012

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
1. Capítulo I	
1.1. PRECISIONES TERMINOLÓGICAS	8
1.2. UN POCO DE HISTORIA	10
1.3. TIPOS	11
1.4. CONSECUENCIAS	12
2. Capítulo II	
2.1. RITO DE INICIACIÓN	15
2.2. ¿CÓMO?	15
2.3. ¿QUIÉN?	16
2.4. ¿CUÁNDO	16
2.5. ¿POR QUÉ? RAZONES	17
2.5.1. Razones Psicosexuales y Reproductivas	17
2.5.2. Razones de Higiene y Estética	17
2.5.3. Razones Religiosas	18
2.5.4. Razones Socioculturales	18
3. Capítulo III	
3.1. ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA PRÁCTICA	19
3.1.1. EDUCACION	19
3.1.2. LUGAR DE RESIDENCIA	19
3.1.3. RELIGIÓN	20
3.1.4. EDAD	20

3.1.5. RIQUEZA	20
4. Capítulo IV	
4.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	21
4.2. ESTRATEGIAS DE ACCIÓN PARA EL CAMBIO	24
4.3. CONTEXTO LEGAL	29
5. CONCLUSIONES	31
6. BIBLIOGRAFÍA	33
7. ANEXOS	37

RESUMEN

La ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) es una práctica ancestral vigente aún en nuestros días fundamentada en razones socioculturales. Generalmente, se lleva a cabo por una mujer y sus ayudantes, que también son mujeres. África, es el continente donde más extendida se encuentra, pero también se lleva a cabo en algunas zonas de oriente medio, Asia e incluso entre grupos indígenas de América Latina. La pertenencia étnica es uno de los factores más influyentes en las diferentes prevalencias, tanto entre países como en el interior de los mismos.

En nuestro país, el estudio y abordaje de la A/MGF, sería pertinente como fuente de desigualdades en Salud en el contexto de Salud y Género y Salud e Inmigración.

La practica de la A/MGF, es una práctica que es importada con la migración como parte de su cultura. Cataluña, es la comunidad que más inmigrantes recibe de países donde se práctica la A/MGF, es la comunidad que ha prestado más atención al tema y donde se han dado desarrollado más acciones en la lucha contra su erradicación en nuestro país, seguida muy de cerca por Andalucía, Madrid, Islas Canarias y Aragón.

Tanto en África como en Europa, existe legislación en contra de la A/MGF. No obstante, el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo.

El papel del personal sanitario en general, y del profesional de enfermería en particular, es determinante, tanto como agentes directos y activos para promover el abandono de esta práctica nociva, como para tratar las complicaciones relacionadas directa e indirectamente con ella. Por otro lado, si las mujeres que han sufrido A/MGF sienten rechazo o se sienten juzgadas, abandonarán los controles sanitarios, lo que puede ser nefasto para su salud y para su integración.

Este papel determinante del personal sanitario es reconocido por la UNICEF , OMS y el modelo WECC (Women's Empowerment-Community Consensus) de cambio social para terminar con la A/MGF.

PALABRAS CLAVE

Circuncisión femenina; Derechos Humanos; Salud Reproductiva; Derechos de la Mujer; Sexualidad; Inmigración; Desigualdades en Salud.

ABSTRACT

Ablation / female genital mutilation (FGM / C) is an ancient practice in force even today based on socio-cultural reasons. Generally carried out by a woman and her assistants, who are also women. Africa is the continent where it is more widespread, but also takes place in parts of the Middle East, Asia and even among indigenous groups in Latin America. Ethnicity is one of the most influential factors in the different prevalence, both between countries and within them.

In our country, the study and addressing FGM / C, it would be relevant as a source of health inequalities in the context of Health and Gender and Health and Immigration. The practice of FGM / C, is a practice that is imported to migration as part of their culture. Cataluña is the community that receives immigrants from countries that practice FGM / C, is the community that has given more attention to the issue and where there have been developed more actions in the fight against eradication in our country, followed very near Andalucía, Madrid, Islas Canarias, and Aragón.

Both in Africa and in Europe, there is legislation against FGM / C. However, the use of criminal law can not replace in any way the social treatment and preventive approach such a complex problem.

The role of health personnel in general and nursing in particular, is crucial, both as direct agents and assets to promote the abandonment of this harmful practice, and to treat complications related directly and indirectly to her. On the other hand, if women who have undergone FGM / C feel judged or feel rejection, abandon health checks, which can be bad for your health and for their integration.

The role of health workers is recognized by UNICEF, WHO and the WECC model (Women's Empowerment-Community Consensus) of social change to end FGM / C

KEYWORDS

Circumcision, female; Human Rights; Reproductive Health; Women's Rights; Sexuality; Immigration; Health Inequalities.

INTRODUCCIÓN

La Ablación o Mutilación genital femenina (A/MGF) es una realidad escasamente conocida en nuestro país. La globalización y los medios de comunicación así como el aumento de la inmigración en nuestro país, a dado a conocer más de cerca esta práctica. Sin embargo, aún hay grandes parcelas poco comprendidas al respecto.

La mutilación genital es una realidad desconocida para los profesionales sanitarios que en ocasiones desconocen como enfrentarse a la situación sociocultural que rodea a mujeres y niñas afectadas. Enfermeras y matronas pueden encontrarse con esta situación en su día a día, de modo que han de estar formadas al respecto por las terribles consecuencias físicas y psicológicas que esta práctica supone para las afectadas, a fin de poder llevar a cabo unos cuidados de enfermería eficaces y de calidad. Independientemente de en qué país ejerzamos nuestra profesión debemos estar atentas a la práctica ilegal de la A/MGF.

Por todo ello justifico la elección de este tema para la elaboración de mi monografía, me siento atraída por las parcelas que pueden resultar desconocidas a priori para nuestra profesión. Considero de vital importancia iniciar programas de formación dirigidos a las mujeres, a otras enfermeras y profesionales de la salud, de la educación, trabajadores sociales, etc. de modo que puedan enfrentarse a esta práctica con la suficiente información y sensibilidad cultural.

El personal sanitario es el que tiene un contacto más directo con las afectadas y su incompreensión supone una gran incertidumbre y ansiedad por el desconocimiento en el abordaje.

El objetivo de esta monografía es revisar la bibliografía publicada en los últimos 10 años relacionada con la A/MGF, especialmente en lo relativo a la A/MGF e Inmigración, en el contexto de las implicaciones que esta práctica supone para el personal sanitario en general y el profesional de enfermería en particular en nuestro país.

La metodología se ha basado en una revisión bibliográfica exhaustiva de los trabajos publicados a nivel nacional e internacional en las principales bases de datos: Medline a través de pubmed, cuiden, dialnet, cochrane y páginas Web, libros y guías específicas relacionadas, organizaciones africanas contra la mutilación genital femenina (ANEXO 1), así como documentales y películas.

Se identificaron todos los estudios primarios relevantes (publicados, y en vías de publicación) hasta febrero de 2012, mediante diferentes estrategias de búsqueda, sin aplicar ningún límite, que incluían combinaciones de términos mesh: "Circumcision female" AND "Human Rights"; "Reproductive Health"; "Women's Rights"; "Sexuality"; "Immigration"; "Health Inequalities", o sus equivalentes en castellano: "Circuncisión femenina"; "Derechos Humanos"; "Salud Reproductiva"; "Derechos de la Mujer"; "Sexualidad"; "Inmigración"; "Desigualdades en Salud".

También se realizó una búsqueda manual en las referencias bibliográficas de los estudios recuperados.

Se incluyeron todos los estudios escritos en escritos en inglés, francés y español publicados entre febrero 2003 y febrero 2012, que trataran algún aspecto relativo a la A/MGF.

Comenzaremos definiendo algunos conceptos, a modo de glosario. En el capítulo I buscaremos los orígenes de esta práctica para continuar explicando los distintos tipos de A/MGF existentes, así como sus consecuencias para la salud. En el capítulo II definiremos el concepto de “rito de iniciación” y abordaremos cada una de sus fases, explicando además como, quién, cuándo y donde lo llevan a cabo. En el capítulo III nos centraremos en encontrar los aspectos que inciden en el mantenimiento de la práctica de la A/MGF. En el capítulo IV describiremos la distribución geográfica de esta práctica, con especial hincapié, en los datos epidemiológicos relativos a España. Posteriormente abordaremos el contexto legal de esta practica ilegal penada por la ley en más de 70 países, centrándonos asimismo en las diferentes estrategias de acción para el cambio, destacando la importancia del profesional sanitario en general y del profesional de enfermería en particular.

1. CAPITULO I

1.1. CONCEPTOS. PRECISIONES TERMINOLÓGICAS

MUTILAR: según el diccionario de la Real Academia: "**cortar o cercenar una parte del cuerpo y más particularmente del cuerpo viviente**"

GENITAL: como sustantivo plural, alude a los "**órganos sexuales externos**"

Por lo que, **MUTILACIÓN GENITAL**, describe la amputación de los órganos sexuales externos.

Se usan diferentes términos para describir la Mutilación Genital Femenina:

- **ablación genital femenina**
- **circuncisión**: según el diccionario: "acción de circuncidar que significa cortar circularmente una porción del prepucio, de clítoris o pene, a alguien."
- **excisión (escisión)** que remite a la acción de escindir, que significa "dividirse o abrirse".
- **female genital cutting. FGC**, corte genital femenino en inglés.
- **sunna** (en el mundo islámico)
- **cirugía genital femenina**
- **práctica tradicional**

No todos estos conceptos tienen el mismo sentido ni las mismas connotaciones, por lo que conviene hacer diferencias.

En 1990, en la III conferencia del Comité Inter-Africano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños se adoptó la expresión "**mutilación genital femenina**" y se invitó a los estados a abandonar los términos "circuncisión femenina" y "excisión". IAC: ONG fundada en Dakar en 1984 para coordinar actividades de ONGS de ámbito nacional. Dispone de 28 comités nacionales en África y en 7 países europeos, además de en Nueva Zelanda y Japón (1).

El primer documento internacional que usó los términos Mutilación Genital Femenina (Female Genital Mutilation) fue el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de el Cairo en 1994. Además la OMS, recomendó a la Organización de las Naciones Unidas que adoptara este término. Por lo tanto, definiremos según la OMS:

"Mutilación Genital Femenina": todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos, no aportando ningún beneficio para la salud, solo daño (2).

Esta expresión, Mutilación Genital Femenina, es lo bastante amplia como para englobar todos los tipos de mutilaciones. Según algunos autores (3) el término resulta bastante

agresivo, cuando se trata de una práctica tradicional ancestral que sus practicantes suelen llevar a cabo pensando que actúan por el bien de sus hijas y que algunos llaman "purificación" (4).

Esta autora propone una expresión menos conflictiva y más neutra, como "ablación genital femenina", que suele ser la que además se usa en idiomas locales.

A modo de resumen, a partir de este momento y durante el resto de este trabajo usaremos el término "ABLACIÓN/MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA", y para abreviar las siglas **A/MGF**.

Podemos aprovechar este capítulo para definir la **circuncisión masculina** y las diferencias que existen con la femenina.

La **circuncisión masculina** consiste en seccionar el prepucio, la capa más externa del órgano genital masculino, por lo que correspondería solamente a un tipo de la femenina.

La diferencia más importante entre ambas es el carácter religioso que cada cultura puede darle a cada una de ellas. Los musulmanes dicen que es una "farata" o "farada", es decir, una obligación emanada del Corán y tiene carácter preceptivo y la llevan a cabo antes de la pubertad del niño. Sin embargo, el Corán no hace mención explícita ni alusión en ningún versículo a estas prácticas; a diferencia de la Biblia, que lo hace en el Antiguo Testamento. Un hombre circuncidado es un "hombre limpio".

Para los judíos también tiene carácter preceptivo, lo practican en el octavo día después del nacimiento del niño, basándose en el Antiguo Testamento:

- "circuncidarán la carne de su prepucio y esa será el signo de mi alianza con ustedes" (Génesis, 17:11)

- "al cumplir ocho días, serán circuncidados los varones de cada generación" (Génesis, 17:12)

Por otra parte la circuncisión masculina se suele practicar por motivos médicos, por ejemplo remediar la fimosis o ciertos tipos de infecciones. En ningún momento, esta práctica, genera consecuencias para la vida sexual y reproductiva de los varones ni los determina secuelas físicas ni psicológicas que les impida vivir una vida plena y sana. Tampoco va acompañado de una desigual valoración, en la que los varones no circuncidados son considerados menos personas o menos hombres (5).

Ninguna otra práctica similar a la mutilación genital femenina sería tolerada o perpetuada si el corte o la extirpación total se realizara en el pene, para eliminarlo o depurarlo inútil (6).

¿Cuántos hombres se la harían ó obligarían a sus hijos a hacérsela solo por continuar con una práctica cultural? ¿Cuántas culturas lo apoyarían? ¿Durante cuántas generaciones? (6).

1.2. UN POCO DE HISTORIA

Su origen no es bien conocido, no existen pruebas concluyentes que lo aclaren. Se practica en muchos países africanos, en parte de la península arábiga, en oriente medio, América del sur, India, Indonesia y Malasia....pero no hay consenso, no se sabe si se originaron de forma autónoma en las distintas zonas o se han propagado a partir de una sola localidad.

La A/MGF o escisión, es una práctica muy antigua, de probable origen pagano. Supuestamente, nació en Egipto, en donde ya se practicaba desde 5000 o 6000 años a.c y en época de faraones, de ahí el nombre de circuncisión faraónica; avalado esto, por haberse encontrado momias con la intervención realizada.

En el siglo V a.c., la escisión se practicaba entre los fenicios, los hititas y los etíopes. Los romanos le dieron el nombre de "infibulación", que procede de "fíbula", nombre del broche con el que cerraban la toga romana y también los genitales de los esclavos e impedirles las relaciones sexuales (3).

Existen otras investigaciones que demuestran que dicho rito era practicado en zonas tropicales de África y Filipinas por etnias de la Amazonia y en Australia por las mujeres Arunta.

En Europa y Estados Unidos, entre los siglos XVIII y XIX e incluso ya comenzado el siglo XX, la escisión del clítoris, denominada clitoridectomía, fue usada por algunos médicos, como el Dr. Baker Brown (1812-1873), reconocido ginecólogo de la época, que para tratar enfermedades de origen nervioso como la histeria, epilepsia, la catalepsia, la melancolía o la cleptomanía llevaba a cabo dicha intervención (7).

También podían llegar a tratarse del mismo modo otras muchas más patologías como las migrañas, la masturbación, la inclinación lesbiana o la hipersexualidad. Dicha intervención llegó a ser comprendida por el sector eclesiástico católico, ya que consideraban el clítoris un mero órgano de voluptuosidad que no contribuía a la reproducción (8).

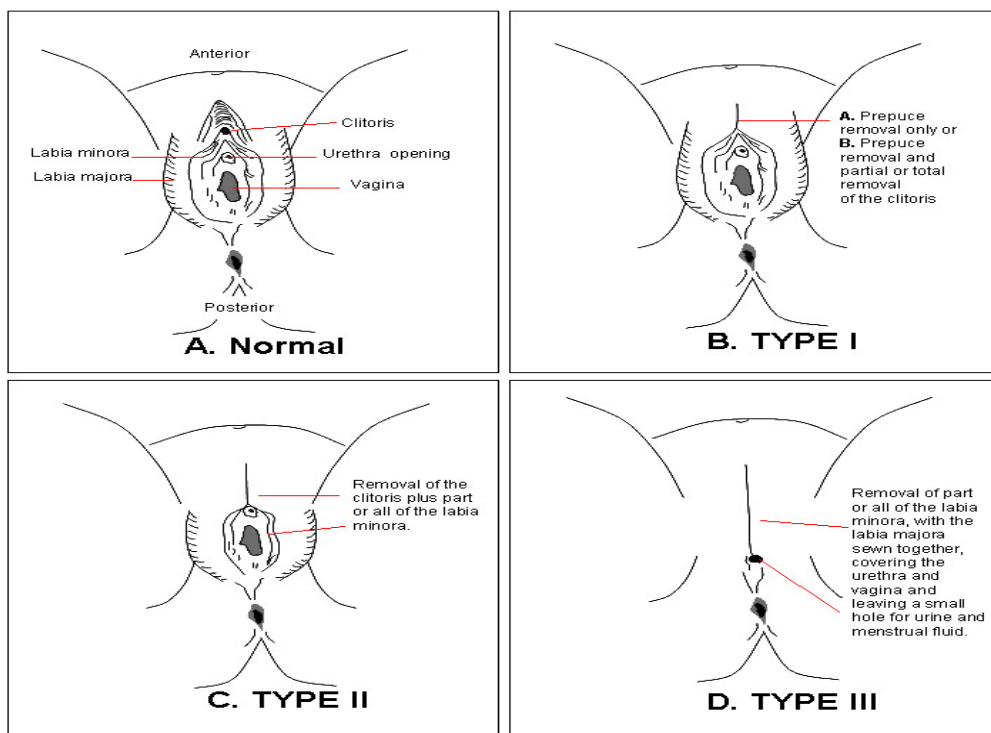
Sigmund Freud en 1925, afirmaba que: "la eliminación de la sexualidad clitorídea es una condición necesaria para el desarrollo de la feminidad "(9).

1.3. TIPOS

Para la OMS la A/MGF sería cualquier procedimiento que implique la eliminación total o parcial de los genitales femeninos externos, o la realización de cualquier otro daño menos extenso sobre ellos, sin que en ningún caso exista una indicación médica objetiva para hacerlo.

Identifica cuatro tipos de A/MGF en función de la mayor o menor amplitud (10):

- ❖ TIPO 1. Clitoridectomía: eliminación parcial o total del clítoris o el prepucio, equivalente a la circuncisión.
- ❖ TIPO 2. Escisión: ablación del clítoris total o parcial de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores.
- ❖ TIPO 3. Infibulación: extirpación del clítoris, labios menores, labios mayores y sutura de ambos lados a la vulva. Se deja una pequeña abertura posterior para la evacuación de la orina y del flujo menstrual. Esta es la forma más radical, pero afortunadamente, no la más frecuente. Para el parto se suele practicar una desinfibulación y después del mismo se practica una reinfibulación. También se suele realizar desinfibulación el día de la boda, para permitir la relación sexual, acto que puede llevar a cabo el propio marido con un cuchillo.
- ❖ TIPO 4. Prácticas variadas como: pinchado, anillamiento o incisión del clítoris y/o labios vaginales; cosido del clítoris, o los labios o ambos; cauterización, quemando el clítoris y el tejido que lo rodea. Introducción de hierbas corrosivas en la vagina para provocar sangrado o para estrechar el conducto. Cortes en el interior de la vagina que si son en el orificio se llaman cortes del "angurya" o cortes del "gishiri" si son dentro de la misma.



1.4. CONSECUENCIAS

Deducir que la práctica de estas técnicas tiene consecuencias a corto y largo plazo para la salud, física y psicológica de la mujer, es fácil.

También resultaría fácil deducir que el impacto sobre la salud de niñas y mujeres, dependerá de varios factores.....alcance y tipo de mutilación, persona que la realiza, condiciones en las que se lleva a cabo, etc... Más adelante, se precisará como es un "ritual" tipo ya que, según el grupo étnico, la práctica varía.

Sea como sea, la A/MGF es un grave atentado contra los derechos humanos, que además entraña consecuencias, en ocasiones tan graves, que pueden ser mortales o padecer secuelas permanentes.

De forma general, se clasifican en (10):

1. Complicaciones inmediatas y a medio plazo. Agudas (con posible riesgo vital).

- Hemorragia. Consecuencia más frecuente. La ablación de clítoris y labios menores supone la sección de gran cantidad de vasos sanguíneos y en ocasiones hasta de una lesión en la arteria del clítoris, que da lugar a una hemorragia, que puede causar la muerte. Shock hipovolémico. También puede producirse un sangrado a largo plazo por desprendimiento del coagulo que cubre la herida.
- Dolor intenso. En genitales externos, hay gran cantidad de terminaciones nerviosas, un corte, por pequeño que sea, siempre conllevará un intenso dolor, que puede llegar incluso a un shock neurógeno.
- Infección. Sepsis. Frecuentemente el procedimiento se realiza sin ningún tipo de medida higiénica, y a menudo, se usa el mismo instrumento de corte para todas las niñas, cuando se hace en grupo.
- Retención Urinaria. El intenso dolor que se produce con la micción, dificulta la misma, se da una retención urinaria refleja.

2. Complicaciones Subagudas. Tardías.

- anemia, debido a hemorragia y/o alimentación deficiente.
- contagio hepatitis B y C.VIH.
- tétanos.
- infecciones urinarias de repetición, por tener dificultades para orinar.
- abscesos, úlceras, escarificaciones.
- retraso en la cicatrización de la herida.

- miedo, angustia, estrés.

3. Complicaciones a largo plazo (en edad adulta), estas serían las que podríamos encontrar con más frecuencia en nuestro ámbito.

- Genitourinarias; infecciones urinarias de repetición, debidas al lento y doloroso vaciamiento de la vejiga, que puede llegar a tardar hasta 15 minutos. Insuficiencia renal. Dismenorrea, la menstruación puede durar 10 días o más y el cierre de la vulva provoca retención de sangre y mal olor. Hematocolpos. Salpingitis. Inflamación pélvica.

- Reproductivas. Infertilidad.

- Cicatrizaciones anómalas. Queloides, quistes, dermoides, neuromas.

- Obstétricas. Dificultad en el trabajo del parto. Desgarros. Fístulas. Sufrimiento fetal. Mayor probabilidad de cesárea. Problemas en salida del bebe por canal del parto por cicatrices.....etc. En este punto, si que deberíamos distinguir el grado de mutilación. En el tipo 1, las complicaciones obstétricas son poco frecuentes, en cambio en los tipos 2 y 3 se dan todas las complicaciones comentadas anteriormente y algunas más como son:

- hospitalización prolongada.
- aumento del número de episiotomías, sobre todo en tipo 3.
- aumento de la mortalidad materna.
- el número de niños en los casos de infibulación, previo al parto, es necesario cortar para permitir el alumbramiento.
- mayor incidencia de hemorragia posparto.
- probabilidad más elevada que necesitan reanimación al nacimiento es más elevado.
- mortalidad perinatal más alta en hijos de madres con mutilación tipos 2 y 3 (11).

- Sexuales. Dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia y modificación de la sensibilidad sexual. En casos de infibulación (tipo 3) y de pseudoinfibulación (cierre producido por la cicatrización de la MGF tipo 2), la penetración vaginal puede ser imposible sin antes reabrir la cicatriz. Lesiones en el área vulvar e intentos repetidos de penetración pueden ocasionar vaginismo. En lo que refiere a la anorgasmia y a la modificación de la sensibilidad sexual, existen múltiples investigaciones. Por cada investigación que refiere encontrar alteraciones sexuales ocasionadas por la MGF, otras cinco afirman lo contrario (12).

La sexualidad de las mujeres mutiladas solo se ve parcialmente alterada pues son capaces de experimentar deseo sexual, gratificación durante el coito y orgasmos con la penetración vaginal y la manipulación de la zona donde estaba situado el clítoris, al compararlas con mujeres no circuncidadas (13).

Otros investigadores encuentran algunas evidencias: más dolor durante la cópula, menor satisfacción sexual y menor tono sexual además de bajo deseo sexual (14), (15), (16).

Para evitar dudas de que lo experimentado por las mujeres, sometidas a estudio, eran orgasmos, se les pidió describir sus sensaciones. El 62% hablaron de contracciones rítmicas involuntarias y placenteras de la vagina, pulsaciones de los genitales internos y sensación de calor en cara y cuerpo. Los autores de esta investigación concluyen afirmando que: "la MGF no tiene necesariamente un impacto negativo en la vida psicosexual (fantasías, deseo, placer, posibilidad de experimentar orgasmo) de las mujeres circuncidadas".

Estos mismos autores también piensan que en las mujeres circuncidadas, no se extirpa la totalidad de las estructuras eréctiles fundamentales para la obtención del orgasmo. Encuentran que la influencia cultural puede cambiar más la percepción de placer, así como la aceptación social de la mujer que la propia mutilación (12).

Existe un trabajo prospectivo con una muestra de 453 mujeres mutiladas que viven en Europa, operadas para reponer sus clítoris entre 1992-2005. Mostraron que, la operación proporciona prometedores resultados cosméticos y funcionales y revelaron que el 100% de esas mujeres, su razón más importante para ser operadas, fue la restauración de la identidad femenina, conectada a la presencia del clítoris; más que la recuperación funcional del mismo. Pues tal función ya existía (17).

○ Salud Mental.

Sentimientos de mutilación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones del apetito, ataques de pánico, dificultades de concentración y de aprendizaje, fobias, pérdida de autoestima e incluso alteraciones psicóticas.

Síndrome "Genitally Focused anxiety-depression", caracterizado por una constante preocupación sobre el estado de los genitales y pánico a la infertilidad.

Las mujeres inmigrantes que han sido mutiladas, pueden presentar problemas añadidos relacionados con la identidad sexual, al enfrentarse a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición en el país de acogida a la A/MGF (18).

"Los tres dolores de las mujeres relacionados con la mutilación genital femenina incluyen: los dolores del día en que se realiza la mutilación, la noche de bodas donde a la mujer hay que cortarla para tener relaciones y, finalmente, el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro" (19).

COMPLICACIONES PARA LOS HOMBRES.

En hombres las complicaciones están menos estudiadas, pero existen algunas como: alcoholismo y abuso de drogas secundario a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión....etc. (18).

2. CAPITULO II

2.1. RITO DE INICIACIÓN

La fundamentación que más peso tiene entre las comunidades que practican la MGF son las razones socioculturales (20). Esto quiere decir, que la realización de esta acción supone la adquisición de una identidad cultural. En la mayoría de las ocasiones, la adquisición de esta identidad viene enmarcada dentro de un **rito de iniciación**.

Los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física, por que no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización espacial de estas y de la densidad demográfica de los grupos (21).

Según este autor, (21) se pueden distinguir tres fases:

1ª Fase: SEPARACIÓN, las niñas son separadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior, está marcada por el corte o excisión del clítoris, la sangre y el dolor.

2ª Fase: MARGINACIÓN, su duración depende del tiempo de cicatrización de la herida, suele oscilar entre las 2 y las 8 semanas, según el tipo. En esta fase es donde la niña adquiere los conocimientos sobre el "rol" que desempeñará en la comunidad, rol doméstico y reproductivo. Es un período de alto riesgo, rodeado de tabúes y normas estrictas, prescripciones especiales referidas a los cuidados, higiene, alimento, ropa y movimiento en general.

Marginación, entendido literalmente, ya que, en algunas etnias, las niñas deben construir, previamente, la casa donde se les hará la ablación y en donde pasarán el periodo que dure la cicatrización (22).

3ª Fase: AGREGACIÓN, supone la integración de la niña a la comunidad, a través de una gran ceremonia con muchos regalos y en la que se nombra a la niña miembro de la comunidad y se la presenta públicamente.

"Yo era la niña más feliz del mundo porque iba a pasar de una categoría a otra" (23).

Como en la mayoría de rituales, en estos también nos podemos encontrar elementos primordiales, como por ejemplo, "**el tambor**" de las mujeres en Gambia; llamado "Yitantango", es una calabaza dispuesta con la parte hueca hacia abajo y que con el nivel de agua se controla el tipo de percusión. Exclusivo de las mujeres, representa el útero materno como símbolo de fertilidad y se toca durante el acto (24).

2.2. ¿CÓMO?

Con cuchillos especiales, tijeras, cuchillas de afeitar o trozos de vidrio. Con piedras afiladas, cortaúñas o incluso la tapa de aluminio de una lata. Sin anestésico de ningún tipo, el dolor

forma parte del proceso, la capacidad de soportarlo también es necesaria en el tránsito de la infancia a la madurez.

Si la operación se realiza a varias niñas a la vez, se utiliza el mismo instrumento para todas, sin limpiarlo entre una y otra. Después, la herida se limpia usando alcohol, zumo de limón o ceniza, mezclas de hierbas, aceite de coco, excrementos de vaca o incluso orina. Si existe infibulación, se unen los labios menores, a veces, con espinas de acacia. Posteriormente, se atan las piernas de la niña hasta que la herida cura, cicatriza. El procedimiento dura de 15 a 20 minutos, dependiendo de la habilidad de quién la realiza y de la resistencia de la niña. (18)

En algunos grupos, previamente al proceso, las niñas se lavan en el río y después se les unta el cuerpo con mantequilla y estiércol. La madrina, sujetará a la niña por la cintura y otras la sujetan brazos y piernas (22).

2.3. ¿QUIÉN?

Generalmente, se lleva a cabo por una mujer y sus ayudantes, que también son mujeres. El resto de las mujeres, incluida la madre de la iniciada, se quedan fuera, bailando y haciendo sonar los tambores para acompañar a las pequeñas en su dolor y así transmitirles fuerza.

Dicha mujer, recibe distintos nombres dependiendo de la comunidad; en Egipto, por ejemplo se les llama "saya" y en Gambia "ngnangsimbah". Están instruidas por sus madres y abuelas y en ocasiones suelen ser también las comadronas oficiales. El conocimiento se transmite de forma oral y se aprende mediante observación directa. Siempre suele ser una mujer muy respetada en la comunidad y frecuentemente de edad avanzada y suelen pertenecer al estamento de los herreros (25).

No solo se encuentran en un estrato social más alto que el resto, si no que además se les remunera económicamente por ello. Cuánto más pequeña es la niña, menos dinero cuesta la práctica. Esta es una de las dificultades más importantes para poder erradicar la A/MGF (24,26).

2.4. ¿CUÁNDO?

La edad a la que se realiza varía dependiendo del grupo étnico, país en el que viva, si se encuentra en área rural o urbana y de su origen socioeconómico. La edad más habitual es entre los 5 y los 15 años (27). En Mali y Eritrea se realiza tras el nacimiento, en bebés de pocas semanas y en otros países antes del matrimonio, por que puede ser exigido por el marido o por la futura suegra, o después del primer embarazo. De forma general, siempre antes de la primera menstruación. Sin embargo, según UNICEF, la edad media a la que las niñas son sometidas a la A/MGF está descendiendo. Esto, se puede atribuir a que la A/MGF está prohibida y penada por ley en muchos países, por lo que las familias se animan a realizar la práctica a edad más temprana, para que resulte más fácil ocultarlo a las autoridades (2). También se podría explicar este descenso por la voluntad de minimizar la resistencia de las niñas y disminuir el recuerdo negativo en ellas (3).

*"Hoy día la escisión se realiza incluso a los cuatro días de vida, no existe una edad específica...La edad se ha adelantado debido a cuestiones económicas. Antes eran las muchachas de catorce o quince años quienes se sometían a ella y se les daba educación sexual para que aprendieran a ser futuras madres y futuras nueras. Esta formación se prolongaba por espacio de un mes. Al estar recluidas 30 o 40 muchachas, se agotaban las reservas de alimento de la aldea. Tras la ceremonia de la MGF la aldea se hallaba tan empobrecida, que no quedaba casi cereal. Para evitar esta situación ahora cada familia se responsabiliza de que ésta se realice. Por eso se lleva a cabo tan pronto."***MmeKadidaSidibe trabaja en AMSOPT (Asociación de Mali para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales)**

2.5. ¿POR QUÉ? RAZONES

Las razones que sustentan la A/MGF son muy variadas y podemos agruparlas en cuatro categorías:

2.5.1-Razones Psicosexuales y Reproductivas.

Con el fin único y absoluto de **control absoluto de se la sexualidad de la mujer.** Se cree que esta práctica reduce considerablemente el deseo sexual de la mujer, y así el marido no debe preocuparse de que la mujer sea infiel. Los hombres no creen que las mujeres vayan a serles fieles por voluntad propia (18).

Otros creen que la A/MGF activa el vigor sexual del marido, por lo que las mujeres que no la han sufrido, lo tienen muy difícil para casarse. En los casos de infibulación; cosen y descosen a la mujer dependiendo de la necesidad sexual del marido. En Egipto, Sudán o Somalia, creen necesaria la práctica a sus hijas ya que la preservación de la virginidad y del himen depende del honor y la honra de toda la familia.

Tener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida a la A/MGF sería peligroso para el hombre, por que el clítoris podría provocar la muerte del hombre si tiene contacto con su pene (28).

En lo referente a las razones reproductivas, las creencias van desde que la A/MGF puede facilitar el parto, ya que al nacer, el clítoris puede provocar la muerte del bebé si lo roza en el alumbramiento. También se cree que una mujer circuncidada es más fértil, cuando en la realidad, es todo lo contrario.

"Dicen que tienen que cortarnos para evitar que tengamos relaciones sexuales con hombres". (29)

2.5.2-Razones de Higiene y Estética.

En muchas culturas, la A/MGF es sinónimo de "purificación" esto se ve claramente representado en la película de Ousmane Sembade, (2005) película que tiene lugar en un poblado de Senegal donde una mujer decide luchar contra el bilakaro, que significa purificar y corresponde a una forma de ablación genital femenina (4) .

Los genitales externos femeninos son sucios y feos y su eliminación hace a la mujer limpia y bella. De hecho, en algunas comunidades, a las mujeres que no han sufrido la A/MGF se las considera mujeres sucias y se las prohíbe manipular alimentos o agua ya que suponen que podría intoxicarlos o envenenarlos. En otras culturas piensan que los genitales femeninos son feos y demasiado voluminosos, llegando a crecer progresivamente hasta colgarles de las piernas, por eso es mejor quitarlos ya que así la mujer ganará en feminidad y será más deseable para el hombre (3).

2.5.3-Razones Religiosas.

La religión de algunos países puede exigirla (cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán...o ciertas comunidades musulmanas), pero así como, la circuncisión masculina es un precepto religioso, y por tanto es obligatorio, la femenina forma parte de la **tradición, solo tiene carácter de recomendación y no es obligatoria.**

En cambio, algunos proverbios que se le atribuyen a Mahoma (religión islámica), si que hacen referencia a la misma:

*"Cuando el profeta se casó por segunda vez, su primera esposa sintió muchos celos. Para que el marido rechazara a la nueva mujer, le pintó la barbilla y el bigote con carbón haciendo punciones con una púa de animal para que nunca se lo pudiera quitar. Al Profeta le gustó, luego, con esta misma técnica oscureció las encías de su boca y al Profeta le pareció hermoso. Por último la **circuncidó, extirpándole el clítoris**. Su esposo encontró la felicidad y la pureza en este acto de sumisión" (30).*

La ablación es una práctica preislámica y el Corán no hace alusión a ella en ningún versículo, a diferencia de la Biblia que si lo hace para los hombres. La mutilación tipo I también es conocida por "SUNNA", cuyo significado es "siguiendo la tradición del profeta", esto puede asociarla al Islam y hacer que algunas de sus comunidades creen firmemente que su religión lo exige. Cuando se practica por motivos religiosos, las mujeres o niñas que se niegan a someterse a la práctica no podrán rezar (3).

2.5.4-Razones Socioculturales.

Ritual de iniciación (ya explicado anteriormente), de las niñas en su paso a la edad adulta, refuerza el sentimiento de pertenencia al grupo. La circuncisión es una **marca** para toda la vida y simboliza que su unión al grupo también lo será para toda la vida (31).

Las sociedades en las que se practica suelen ser **patriarcales y patrilineales**, esto quiere decir que, la línea masculina es la que debe mantener el control sobre la descendencia, por lo que a la mujer la valoran solo por el hecho de tener hijos (32).

El acceso de las mujeres a la tierra y a la seguridad se obtiene únicamente por medio del matrimonio, es por esto, que la presión social, para la práctica de la A/MGF es tan intensa, que las mujeres se sienten amenazadas con el rechazo y se las condena al ostracismo sino siguen la tradición...riesgo a correr, demasiado alto, como para tomarse de forma individual (18).

En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que proceden directamente a ella. No es una opción, sino una acción que proviene de la tradición (30).

3. CAPITULO III

3.1. ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA PRÁCTICA

Describiéndolos podremos llegar a entender mejor los fundamentos que llevan a cabo a estos grupos a realizar la A/MGF, ya que para ellos forma parte de su cultura.

3.1.1-EDUCACIÓN:

Cuanto mayor es el nivel educativo de las mujeres dentro de una comunidad, menor es el riesgo de que expongan a sus hijas a la práctica (33).

Es significativo como en algunos países en los que la prevalencia de estas prácticas continua siendo muy alta, podemos observar como, al carecer de un nivel educativo adecuado, y por tanto, no habiendo obtenido información necesaria para prevenir que practiquen la A/MGF a sus hijas, estas deciden mutilar a sus hijas. Podemos ver algunos ejemplos:

-en Eritrea, el 89% de las mujeres entre 15 y 49 años han sufrido A/MGF y el 63% de ellas, cuando se convirtieron en madres mutilaron genitalmente, al menos a una de sus hijas.

-en Somalia, con una de las tasas más altas, el 98% de las mujeres, de las cuales el 49% a su vez, mutilaron a sus hijas.

-en Guinea, el segundo país con más tasa, con un 96%, el 57% de las que fueron madres, mutilaron a sus hijas.

-Sudán tiene una tasa del 94% y en cambio, las madres que autorizan la A/MGF a sus hijas es tan solo del 34%.

En países con un nivel educativo muy bajo se necesita, además de un buen sistema educativo, medidas legislativas más restrictivas (34).

3.1.2-LUGAR DE RESIDENCIA:

La población que vive en el medio rural tiene más tasas de prevalencia de realización de la A/MGF más alta que las poblaciones que viven en medio urbano. Las migraciones de los medios rurales a los medios urbanos están consiguiendo que las mujeres que viven en aldeas y que han sufrido A/MGF, hayan recibido información suficiente para evitar que a sus hijas también se las mutile. Veamos con datos algunos ejemplos:

-Mali, 83% en medio rural frente al 55% en medio urbano.

-Guinea, 75% en medio rural y 55% en urbano.

Solo Yemen y Nigeria poseen una tasa más elevada de A/MGF en áreas urbanas frente a las rurales. Yemen 22% en medio urbano frente al 20% en medio rural y Nigeria en medio urbano 16% y en medio rural 9% (33).

3.1.3-RELIGION:

No existe ninguna relación directa entre algunos de los tipos de religión y esta práctica, pero al ser el Islam la religión mayoritaria en todo el continente africano, los estudios, se llevan a cabo, comparando el Islam con la religión cristiana. Por ejemplo; en Mali, el 81% de las mujeres musulmanas frente al 61% de las cristianas; en Sudán el 79% son musulmanas frente al 42% cristianas o en Eritrea, el 73% son musulmanas frente al 32% que son cristianas (33).

3.1.4-EDAD:

Los grupos de edad, cuya prevalencia en los países en los que se practica es mayor, va descendiendo progresivamente, desde un 52% en edades entre 45-49 años, hasta un 38% en edades entre 15-19 años, lo que parece indicar que la **educación** que se les está ofreciendo a las mujeres adultas y jóvenes que aun no han tenido hijos está funcionando (34).

La decisión de la madre de mutilar a sus hijas también depende de otros factores. La edad a la que fuera mutilada ella misma, es uno de ellos. Si no tuvo conciencia del proceso no se enfrentará a las tradiciones de su comunidad, pero si ella sufrió y lo recuerda será más reacia a que se lo practiquen a su hija. También, la madre, tiene que tener apoyos que la protejan en caso de no someter a su hija a la mutilación, aunque en algunos grupos, esto resulta especialmente complicado, ya que si la madre se negase, la abuela de la niña puede tomar la decisión, de llevar a cabo el ritual, por si sola.

3.1.5-RIQUEZA:

En hogares con mayor nivel de riqueza el índice de A/MGF es menor que en hogares pobres. (Análisis llevado a cabo a partir de quintiles de ingresos). En países como Chad, Benin, Kenia y Mauritania, el 60% de los hogares donde se había practicado la mutilación, eran pobres (33).

4. CAPITULO IV

4.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA A/MGF.

La A/MFG no se trata de un fenómeno exclusivamente africano. Se practica aproximadamente en 40 países, siendo África, el continente donde más extendida se encuentra, con 28 países (Benin, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, República democrática del Congo, Costa de Marfil, Egipto, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda, Yibuti) lo que correspondería al tercio de la población femenina total de toda África.

También se lleva a cabo en algunas zonas de oriente medio (Egipto, Omán, Yemen, Emiratos Árabes) y en Asia (Sri Lanka, Indonesia, Malasia e India) Existen también casos entre grupos indígenas de América Latina (5).

El número de mujeres que han sido mutiladas varía mucho de un país a otro, en Guinea, por ejemplo, un 96% y en Níger un 5%; también varía, como ya hemos visto, por áreas distintas dentro de un mismo país. Algunos grupos la practican raramente o nunca y otros pueden tener a todas las mujeres pertenecientes a su etnia mutiladas. La pertenencia étnica es uno de los factores más influyentes en las diferentes prevalencias, tanto entre países como en el interior de los mismos (18).

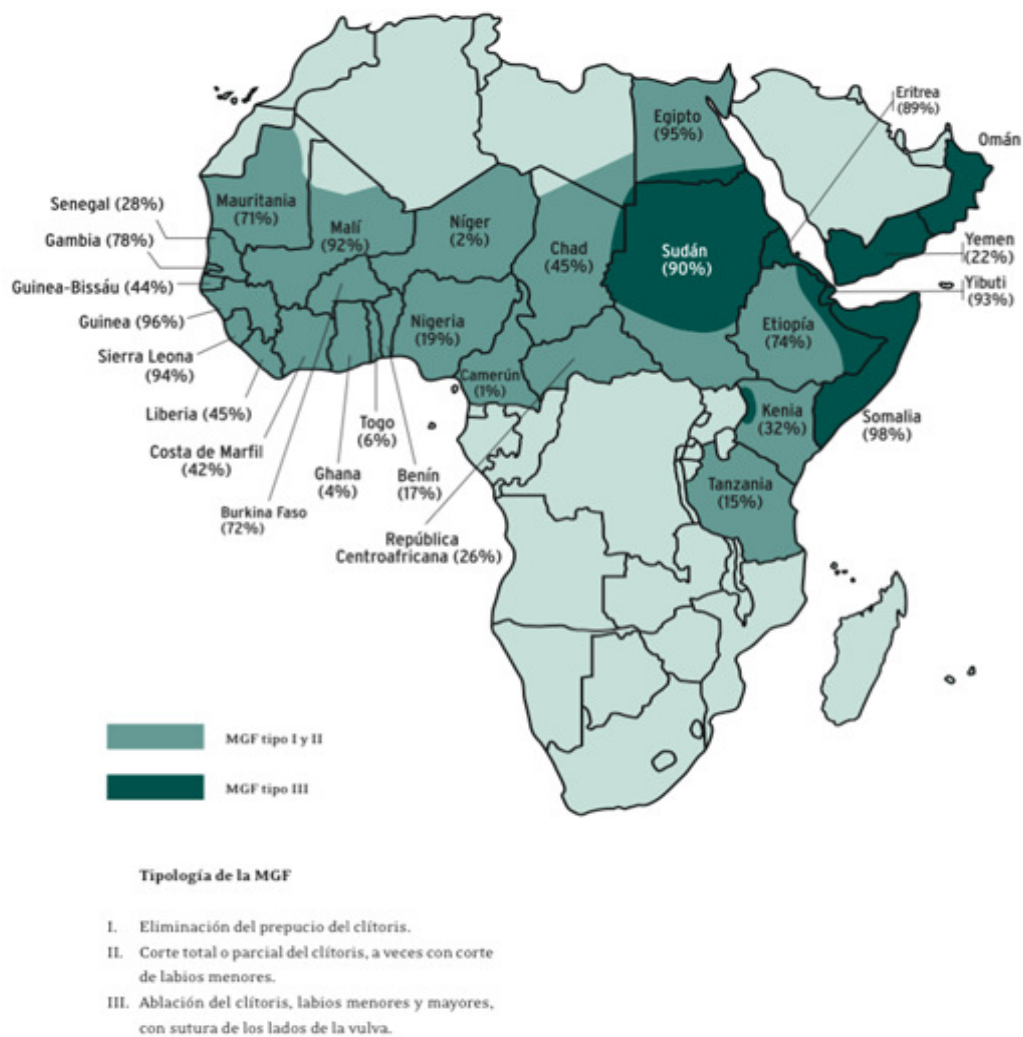


Figura 1. Localización y tipo de MGF en los países en los que se practica (35).

Cada año, alrededor de 180.000 mujeres emigradas a Europa son sometidas o corren el riesgo de ser sometidas a A/MGF (5). Con las migraciones lo local se torna global y entre los más de 5 millones de extranjeros que residen en España, 40.000 mujeres provienen de países africanos. Los primeros casos se localizan en Cataluña en 1993, siendo la comunidad autónoma con mayor presencia de nacionalidades donde se practica la A/MGF (35).

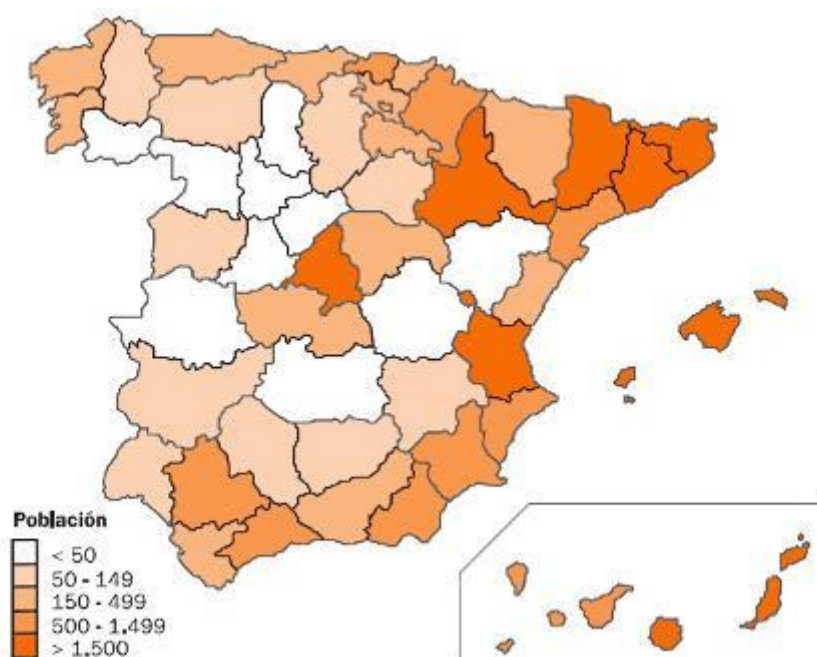


Figura 2. Distribución territorial de la población de las nacionalidades en las que se practica la A/MGF (35).

A partir del año 2000, la población de nacionalidad extranjera crecía a un ritmo de unas 500.000 personas cada año. En el 2008 la población extranjera representaba un 11'4% del total de la población española. Cataluña, siendo la comunidad que más inmigrantes recibe de países donde se práctica la A/MGF, es la comunidad que ha prestado más atención al tema y donde se han dado desarrollado más acciones en la lucha contra su erradicación en nuestro país, seguida muy de cerca por Andalucía, Madrid, Islas Canarias y Aragón.

Según el estudio de Kaplan y López, alrededor de 200.000 personas provienen de los países donde se practica la A/MGF, de los cuales, casi 10.000 son mujeres. Senegal y Nigeria son los de más afluencia, sumando entre los dos, casi la mitad de la población residente proveniente de otros países. El resto, provienen, mayoritariamente de Gambia, Mali, Ghana, Guinea, Mauritania y Guinea Bissau (35).

4.2. ESTRATEGIAS DE ACCIÓN PARA EL CAMBIO

"Fui mutilada a la edad de once años. Recuerdo ese momento como si fuera ayer. Vuelvo a verme a mi misma tirada en el suelo, cuatro mujeres del pueblo sujetando mis muslos y mis brazos bien fijos en el suelo, las piernas separadas y frente a mi, una extraña de al menos sesenta años que no había visto jamás, preparada para cortar trozo a trozo mis órganos genitales" P. Sego, mujer de Burkina Faso que lucha a favor de la promoción económica sanitaria y social de las mujeres y las niñas y en contra de las prácticas tradicionales perjudiciales para las mujeres.

Múltiples y variadas son las estrategias e iniciativas desarrolladas con el fin de eliminar esta práctica, entre las que podemos destacar, campañas de sensibilización, educación, prohibición legal y el apoyo a víctimas. Todas ellas unidas entre si, ya que una prohibición sin más, lo único que puede hacer es fortalecer aun más la tradición y sin información/educación nada va a cambiar.

La dignidad humana es inherente a la condición humana, es la humanidad del ser humano (36), por consiguiente, debe ser protegida, respetada y promovida, lo que implica que ninguna costumbre puede menoscabarla (3).

Ello no significa negar el derecho de cada ser humano a ser diferente a tener una identidad cultural distinta y a escoger valores diferentes. Antes de su colonización, África estaba formada por una gran cantidad de grupos étnicos que poseían su propia autonomía y soberanía. Después de la colonización los africanos se aferraron a sus costumbres como una manera de preservar su identidad cultural, para ellos estas costumbres se pueden equiparar a nuestras leyes, ya que tienen un valor muy alto en la comunidad. Ellos forman parte de una comunidad, no son personas individuales, sin la comunidad no existirían, si no cumplen lo que les impone su comunidad estarían atentando contra el resto. La comunidad hace, crea o produce al individuo, el cual depende de todo el grupo. Este colectivismo conlleva a un concepto distinto de los derechos humanos, los derechos del individuo están sujetos a los de la comunidad y tienen sus deberes correspondientes (37).

Es por esto, que resulta tan difícil que estos pueblos acaten lo establecido por la Carta de Derechos Humanos, en la mayoría de los casos lo establecido en ella lucha contra los valores de ellos. La percepción de lo que se considera un problema social varía de una sociedad a otra y es así como que algunas prácticas rituales son tomadas como una verdadera arma de resistencia contra el colonialismo (38).

Debemos de ser conscientes que para las mujeres renunciar a prácticas como la A/MGF es vivido como un choque entre su identidad tradicional y unos valores que se les impone desde fuera. Es una experiencia de trasgresión y ruptura con lo preestablecido de su cultura y también es un proceso cambio lento para poder llegar a construir una identidad nueva (39).

Entendemos que el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo; en todo caso son elementos complementarios (39).

"No se nace mujer sino que se hace" **Simone de Beauvoir**, esta frase nos ofrece la posibilidad de cambio y nos muestra como las prácticas sociales evolucionan. Actualmente existe un consenso internacional que condena la A/MGF y lo equipara a otras formas de violencia contra las mujeres. Es preciso que los estados se comprometan firmemente en la erradicación de la A/MGF, no solo con leyes sino también destinando recursos (5).

La **mediación intercultural** puede convertirse en una buena herramienta para lograr la transformación, al tiempo que contribuye a convertir a las mujeres en protagonistas y actores de cambio, ya que mediante su experiencia transmiten en sus países y familias de origen la información adquirida y su compromiso anti A/MGF, multiplicando de esta manera su impacto. La OMS considera que la erradicación de la A/MGF depende en buena medida de la implicación de las mujeres en las sociedades donde se realiza, las cuales precisan mucha colaboración en su lucha.

Prevenir, disuadir, hacer que no se llegue a tomar la decisión de someter a la niña a la A/MGF diseñando campañas de información y sensibilización. Anticipar, actuar antes de que se practique la A/MGF para impedirla, poniendo en marcha mecanismos para detectar situaciones de riesgo e intervenir (40).

A nivel estatal no existe ningún protocolo de actuación, a nivel autonómico, Cataluña y Aragón son las únicas comunidades con un protocolo de actuación o una guía práctica. En otras comunidades se han elaborado guías o folletos informativos dirigidos a profesionales, población de riesgo o ciudadanos en general. En Cantabria se dispone de una guía informativa: "**Hablando de infancia...La Mutilación Genital Femenina**" editada por el Gobierno de Cantabria, Dirección General de la Mujer, Santander 2006 (40,41).

Tabla 1. Dificultades para el abordaje de la mutilación genital femenina desde la atención en salud, servicios sociales y educación (39).

<i>Entre las familias migrantes</i>	<i>Entre los profesionales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen • Incertidumbre jurídico-administrativa • Mito del retorno • No percepción de la MGF como un problema prioritario • Violencia simbólica en relación a sus costumbres difundida por los medios • Barrera idiomática • Escasos recursos para la mediación 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del simbolismo Y significación cultural de la práctica • Temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto • Dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención • Escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas • Escasos recursos de asesoramiento profesional • Dilema criminalización-estigmatización versus integración • Sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas • Barrera idiomática

Comunicación, concienciación, respeto, proporcionar información a través del diálogo con la mujer o niña afectada y con la familia son pautas generales de actuación.

El personal sanitario es el que tiene un contacto más estrecho con los afectados que otros colectivos. Ello se debe a que el contacto con la sociedad de acogida lo establecen en la mayoría de las ocasiones, a través del sistema sanitario, por lo que nuestro papel es vital, si sienten rechazo o se sienten juzgadas, abandonarán los controles sanitarios, lo que puede ser nefasto para su salud y para su integración. Debemos establecer contacto con ellas para promover su salud y su auto cuidado (42).

UNICEF y la OMS reconocen el papel determinante que los profesionales sanitarios tienen, tanto como agentes directos y activos para promover el abandono de esta práctica nociva, como para tratar las complicaciones relacionadas directa e indirectamente con ella. UNICEF 2005.

El modelo WECC (Women's Empowerment-Community Consensus) de cambio social para terminar con la A/MGF planteado por Toubia y Sharief, considera a los sanitarios como uno de los grupos de la comunidad a los que es necesario llegar para conseguir el cambio de conducta con respecto a esta práctica (43).

Se pueden presentar casos tanto de mujeres que sufrieron A/MGF en la infancia como de niñas que han sufrido una A/MGF o corren el riesgo de sufrirla. Hay que preguntar por ello con naturalidad, después de establecer una relación de confianza con la paciente. (40).

Puede ser útil recurrir a un mediador intercultural y evitar utilizar a los familiares como intérpretes. No debemos estigmatizar, hay que tener especial cuidado con el lenguaje no

verbal y corporal dado que pueden comunicar juicios de valor. Dedicar a cada mujer el tiempo que necesite, apoyar e informar (42).

Las mujeres o niñas no siempre atribuyen los problemas de salud que tienen a complicaciones debidas a la A/MGF, por lo tanto, en caso de sospecha se le pueden preguntar si tiene dificultades urinarias, menstruales o ginecológicas y practicarle una exploración. Si se descubre que una A/MGF ha sido realizada en una mujer, es probable que se remonte a la infancia por lo que le podemos ofrecer seguimiento médico y psicológico (40).

Resulta importante averiguar si la mujer tiene hijas, si van a volver a su país o no, si disponen de ayuda....etc. El interés sanitario debe centrarse en la prevención por lo que debemos conocer bien el comportamiento de segundas generaciones, explicarles las consecuencias tanto para la salud como desde un punto de vista legal (42).

En Francia o Inglaterra, se lleva a cabo una reparación física con cirugía del clítoris, o en caso de infibulación, una desinfibulación. La reparación del clítoris consiste en usar la parte interna del mismo, se sueltan los ligamentos que retienen parte interna del clítoris al pubis y se coloca para formar parte externa y reconstruir la parte amputada. Después de algunos meses los nervios vuelven a ser sensibles. Técnica elaborada por el urólogo francés, Dr. Pierre Foldés, trabaja en una clínica a las afueras de Paris, Louis XIV en Saint-Germain-en-Laye, realiza la intervención de manera voluntaria y consiguió que estuviera cubierta por la seguridad social de su país. Además, ha formado a 50 cirujanos en Burkina Faso para poder realizar la misma intervención en otros países. Existe un libro, publicado en 2006 por el periodista francés Hubert Prolongeau, en el que se narran las experiencias de varias de sus pacientes. Victoire sur L'excision. La Victoria en la escisión, Pierre Foldes, El cirujano que le da esperanza a las mujeres mutiladas.

El grupo interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las prácticas Tradicionales Perjudiciales propone 10 propuestas para una acción eficaz (39):

1-Avanzar en programas formativos para permitir capacitar, a los profesionales de distintos ámbitos, en detectar familias y niñas en situación de riesgo de sufrir la A/MGF.

2-Identificar a las niñas en riesgo.

3-Intentar una aproximación a la A/MGF desde cualquiera de los posibles puntos de contacto de las familias.

4-Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, cual es la actitud de los padres frente a la mutilación.

5-Educar e informar sobre la anatomía normal de los genitales femeninos, sobre las complicaciones físicas y psicológicas, sobre la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque no se realice en nuestro país.

6-Reforzar la decisión de no mutilar. Proponer a los padres la firma de un **compromiso preventivo**, (documento a modo de carta que explica las consecuencias legales que dicha

práctica puede acarrear a las familias y a la niña.) Su obtención no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a realizar en caso de existir una situación de riesgo (44). ANEXO 2

7-Atención especial ante la proximidad de que la niña o la familia viajen al país de origen.

8-Si existe viaje y además, un posicionamiento claro de los padres a favor de la A/MGF, debemos informarles de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.

9-Mantener en zonas con numerosa presencia de inmigrantes carteles, dípticos y hojas de información sobre el problema.

10-Coordinar estrategias de abordaje compartido con los diversos servicios y dispositivos de la comunidad. Servicios sociales, hospitales (pediatras, ginecólogos, matronas, enfermeras) escuelas, servicios de mediación intercultural, líderes de opinión, autoridades religiosas y la fiscalía de menores (39).

Podemos citar ejemplos que demuestran la puesta en marcha de planes de acción con protocolos de actuación integrales y que las medidas preventivas son eficaces, por ejemplo, el Protocolo de Actuación de Girona *“Los Mossosd’Esquadra impiden unas 40 mutilaciones genitales femeninas cada año”* Se trata de un protocolo pionero en España que les permite hacer un seguimiento personalizado de los casos para impedir que las familias se lleven a sus hijas a su país de origen para practicarles la ablación (45).

4.3. CONTEXTO LEGAL

En 1948, Las Naciones Unidas adoptan la **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**, donde se prohíben todas las formas de discriminación basadas en el sexo y se asegura el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas, así como el derecho a la protección ante cualquier violación de la declaración (46).

Una de las excusas más importantes para no considerar a la A/MGF como una violación de los derechos humanos es el de asociarla a prácticas muy arraigadas en tradiciones culturales o religiosas de pueblos a los que había que proteger de la agresión exterior para evitar su colonización cultural (18).

Considerando que cualquier A/MGF, en cualquier grado, constituye un acto de violencia contra la mujer que supone una violación de sus derechos fundamentales, concretamente el derecho a la integridad personal y física y a la salud mental, así como a la salud sexual y reproductiva, y que dicha violación en ningún caso puede justificarse por el respeto a las tradiciones culturales de diversa índole o por ceremonias iniciáticas (47).

En África, hubo un gran avance en el tema tras la publicación de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos del 27 de Julio de 1981 y el Protocolo sobre Derechos de las Mujeres de Julio del 2003, en el que se hace referencia a la necesidad de promover la dignidad, la igualdad y los derechos de la mujer y hace referencia a la necesidad de promulgar leyes que prohíban también la **medicalización** (práctica de la A/MGF en centros hospitalarios y con la intervención de personal médico y sanitario).

Tabla 2. Países Africanos con legislación contra la MGF (18).

1. Benin (2003)	11. Etiopía (en la Constitución 1994)	21. Nigeria
2. Burkina Faso (1996)	12. Gambia	22. Senegal (1999)
3. Camerún	13. Ghana (1994)	23. Sierra Leona
4. República Centroafricana	14. Guinea (1965 and 2000)	24. Somalia
5. Chad	15. Guinea Bissau	25. Sudán (1946)
6. Congo	16. Kenia (2001)	26. Tanzania (1998)
7. Costa de Marfil (1998)	17. Mali	27. Togo (1998)
8. Jibouti (1995)	18. Mauritania (2001)	29. Uganda
9. Egipto – (1996)	19. Liberia	
10. Eritrea (2007)	20. Níger (2003)	

En esta tabla se puede apreciar en negrita los países que poseen legislación específica contra la mutilación. Entre paréntesis aparece el año de aprobación de la ley. En el resto de países existe legislación pero no específica pudiéndose aplicar a la misma (18).

En Europa han abordado este conflicto desde dos posibles planteamientos:

1. Prohibiendo la A/MGF de acuerdo con la regulación penal genérica ya existente, asimilándolo como un delito de lesiones. Es el caso de Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo y Portugal.

2. Estableciendo una legislación especial, aprobando normativas nuevas como ocurre en el caso de Suecia y Reino Unido (pioneros en el tema), o adaptando los códigos penales incluyendo un

delito singular que tipifique las mutilaciones como pasa en países como Bélgica, Dinamarca, España e Italia (48).

Los aspectos más importantes que abordan todas estas legislaciones son:

- . Persecución a quienes la realizan, haciendo hincapié en la medicalización con pérdida de licencia para ejercer la profesión.
- . Pérdida de la patria potestad.
- . Pérdida de libertad de hasta 20 años si se realiza a una menor o si la práctica tiene resultado de muerte.
- . Extraterritorialidad, si el delito se comete fuera del país de acogida, igualmente será castigado.

En España, la A/MGF está penada por la ley y constituye un delito de lesiones tipificado y sancionado en los artículos 147, 148, 149 y 150 del código penal.

La Ley orgánica 11/2003 introdujo un nuevo apartado en el artículo 149 del código penal para incluir el supuesto de A/MGF dentro de los delitos de lesión.

Artículo 142-2 del código penal español: *“el que causara a otro mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curantela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.*

En España, la primera sentencia contra la A/MGF fue en Teruel en el 2011. Mamadou Darne, el padre y NyumaSillah, la madre, naturales de Gambia, practicaron a su hija menor de un año una ablación. Fueron ambos condenados en calidad de un delito por mutilación genital a 6 años el padre y a 2 años la madre. La madre fue condenada a tan solo 2 años, por que al parecer, desconocía la prohibición legal en España (49).

Más de 70 países en el mundo han aprobado leyes contra la A/MG, pero a pesar de la amplia cobertura legislativa, las condenas por este delito son prácticamente inexistentes.

5. CONCLUSIONES

La fundamentación que más peso tiene entre las comunidades que practican la A/MGF son las **razones socioculturales**. Esto quiere decir, que la realización de esta acción supone para la mujer la adquisición de una identidad cultural. En la mayoría de las ocasiones, la adquisición de esta identidad viene enmarcada dentro de un **rito de iniciación social**. **Generalmente, se lleva a cabo por una mujer y sus ayudantes, que también son mujeres.**

La A/MGF se practica aproximadamente en 40 países, **siendo África, el continente donde más extendida se encuentra**, con 28 lo que correspondería al tercio de la población femenina total de toda África.

Sin embargo **no se trata de un fenómeno exclusivamente africano**. También se lleva a cabo en algunas zonas de **oriente medio** (Egipto, Omán, Yemen, Emiratos Árabes) y en **Asia** (Sri Lanka, Indonesia, Malasia e India). Existen también casos entre grupos indígenas de **América Latina**.

El número de mujeres que han sido mutiladas varía mucho de un país a otro y también varía, por áreas distintas dentro de un mismo país, pues dentro de un mismo país algunos grupos la practican raramente o nunca y otros pueden tener a todas las mujeres pertenecientes a su etnia mutiladas.

Así pues, **la pertenencia étnica es uno de los factores más influyentes en las diferentes prevalencias, tanto entre países como en el interior de los mismos.**

La edad a la que se realiza varía dependiendo del grupo étnico, país en el que viva, si se encuentra en área rural o urbana y de su origen socioeconómico. La edad más habitual es entre los 5 y los 15 años. De forma general, siempre antes de la primera menstruación. Según UNICEF, la edad media a la que las niñas son sometidas a la A/MGF está descendiendo. Esto, se puede atribuir a que la A/MGF está prohibida y penada por ley en muchos países, por lo que las familias se animan a realizar la práctica a edad más temprana.

Cuanto mayor es el nivel educativo y socioeconómico de las mujeres dentro de una comunidad, menor es el riesgo de que expongan a sus hijas a la práctica. En este contexto, la población que vive en el medio rural tiene más tasas de prevalencia de realización de la A/MGF más alta que las poblaciones que viven en medio urbano.

La práctica de la A/MGF, es una práctica que **no se acaba con la emigración a países europeos**, sino que es importada con la migración como parte de su cultura. Se estima que cada año, alrededor de 180.000 mujeres emigradas a Europa son sometidas o corren el riesgo de ser sometidas a A/MGF (5). Con las migraciones lo local se torna global y entre los más de 5 millones de extranjeros que residen en España, 40.000 mujeres provienen de países africanos.

A partir del año 2000, la población de nacionalidad extranjera crecía a un ritmo de unas 500.000 personas cada año. En el 2008 la población extranjera representaba un 11'4% del total de la población española. Cataluña, siendo la comunidad que más inmigrantes recibe de países donde se practica la A/MGF, es la comunidad que ha prestado más atención al tema y donde se han

dado desarrollado más acciones en la lucha contra su erradicación en nuestro país, seguida muy de cerca por Andalucía, Madrid, Islas Canarias y Aragón.

Las **mujeres inmigrantes** que han sido mutiladas, pueden presentar *problemas añadidos, al enfrentarse a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición en el país de acogida* a la A/MGF (18).

Tanto en África como en Europa, existe legislación en contra de la A/MGF. No obstante, **el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo.**

El **personal sanitario** es el que tiene un contacto más estrecho con los afectados que otros colectivos. Ello se debe a que el contacto con la sociedad de acogida lo establecen en la mayoría de las ocasiones, a través del sistema sanitario, por lo que nuestro **papel es vital**, si sienten rechazo o se sienten juzgadas, abandonarán los controles sanitarios, lo que puede ser nefasto para su salud y para su integración. Debemos establecer contacto con ellas para promover su salud y su auto cuidado (42).

No emigran los continentes ni los colores sino las personas y sus culturas. Para los profesionales de la salud esto supone descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales (50).

UNICEF y la OMS reconocen el papel determinante que los profesionales sanitarios tienen, **tanto como agentes directos y activos para promover el abandono de esta práctica nociva, como para tratar las complicaciones relacionadas directa e indirectamente con ella.** UNICEF 2005.

El modelo WECC (Women's Empowerment-Community Consensus) de cambio social para terminar con la A/MGF planteado por Toubia y Sharief, considera a los sanitarios como uno de los grupos de la comunidad a los que es necesario llegar para conseguir el cambio de conducta con respecto a esta práctica (43).

En nuestro país, el estudio y abordaje de la A/MGF, sería pertinente como fuente de desigualdades en Salud en el contexto de Salud y Género y Salud e Inmigración.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Inter-African Committee on Traditional Practices. Disponible en: <http://www.iac-ciaf.net/>
- 2- Centro de Investigación Innocenti de UNICEF. Cambiar una convención social perjudicial : la ablación o mutilación genital femenina. InnocentiDigest, UNICEF. Florencia, 2006.
- 3- Lucas B. Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho, 2008. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=3032545&orden=220112_
- 4- Ousmane Sembade. Moolaade. 2005.
- 5- Agirregomezkorta RB, Fuertes I. La Ablación o Mutilación Genital Femenina. Guía Práctica. Paz y Desarrollo.org. Disponible en: http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf
- 6- Kolucki B. Mutilación Genital Femenina: Se causa discapacidad a las mujeres y a la sociedad. Disability World [internet].2004 Enero;22. Disponible en: http://www.disabilityworld.org/01-03_04/spanish/mujeres/fgm.shtml
- 7- Brown B. On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy and histeria in females. London 1866. Disponible en: <http://archive.org/stream/oncurabilitycer00browgoog#page/n5/mode/2up>.
- 8- Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de Medicina Sexual. Barcelona: Salvat; 1983.
- 9- Freud S. Some Psychical Consequences of the Anatomical Distinction between the Sexes, en The Standard Edition of the Collected Work of Sigmund Freud (vol. XIX). London: HogarthPress; 1925:255.
- 10- WHO. Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagencystatement,2008. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/eliminating-fgm.pdf>
- 11- WHO. Study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome. Who collaborative prospective study in six African countries. TheLancet. 2006;367:1835-1841
- 12- Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Baldaro J, Abdulcadir J, Abdulcadir D, Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). J Sex Med.2007;4:1666-1678.
- 13- Ramos J. La sexualidad de las mujeres mutiladas genitalmente. Psiquiatria.com. 2012; 16:10.
- 14- Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret.2010;13.

- 15- Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. Sex Res Social Policy, DOI: 10.1007/s13178-011-0048-z, 2011.
- 16- Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. Fertility and Sterility. 2010; 93: 722-724.
- 17- Foldes P, Louis-Sylvestre C. Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34:1137-1141.
- 18- Madicus Mundi Andalucía. Mutilación genital femenina, más que un problema de Salud. 2008.
- 19- Fourcroy JL. The three Feminine Sorrows. Hospital Practise. 1998; vol. 33, nº7
- 20- Cambiar una convención social perjudicial. La ablación o mutilación genital femenina. New York: UNICEF. 2005
- 21- Van Gennep A. Los Ritos de Paso. Madrid: Ediciones Taurus; 1986
- 22- Herms P. Norró, historia de una ablación (vídeo). National Spanish TV LA 2. AFAF Barcelona. 2005.
- 23- Radio 5, RNE. Ablación (video). 2009.
- 24- Pastor M, Almansa P, Ballesteros C, Pastor JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. Enfermería Global 2012;25:426-439
- 25- GIPE/PTP Grupo Interdisciplinar para la prevención y estudio de prácticas tradicionales perjudiciales. La iniciación, sin mutilación (video) 2006.
- 26- Current TV. Female Genital Cutting: vanguard (video) 2010.
- 27- OMS. Febrero, 2012
- 28- Adam MD. La Mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado. Publicaciones Universidad de Córdoba, 2003.
- 29- Heredia P. Africa Rising (video). RTVE, Febrero 2010.
- 30- Kaplan A. Mutilaciones Genitales Femeninas: derechos humanos, tradición e identidad. Revista de la Dirección General de la Mujer nº 40. Madrid. 2001.
- 31- Gallego MA, López MI. Mutilación Genital Femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. Cuad med forense. 2010 Jul-Sept; v.16 nº3:145-151.
- 32- MGF "La tradición contra la vida" Abril 2011. Canal UNED: <http://www.youtube.com/watch?v=mxR1MI-cmyU>
- 33- Female Genital Mutilation/ Cutting. A statistical exploration. UNICEF. 2005

- 34- Informe Progreso para la Infancia. Un Balance sobre la Protección de la niñez. UNICEF. Septiembre 2009.
- 35- Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009.[Monografía en Internet]. España. Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2010. Disponible en: http://publicacions.uab.es/pdf_llibres/AAP0001.pdf
- 36- Delmas-Marty M. Vers un droit commun de l'humanité. Editions Textuel. Paris, 2005.
- 37- Nanjira D. Perspectivas africanas sobre derechos humanos. Derechos humanos y diversidad cultural. Globalización de las culturas y derechos humanos. Icaria, 2006.
- 38- Rodriguez K. En prácticas culturales: los derechos humanos no son suficientes. Agenda cultural Alma Mater, nº173, Febrero 2011. <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/almamater/article/viewFile/8581/7930>
- 39- Kaplan A, Torán P, Bermudez K, Kastany MJ. Las mutilación genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. Migraciones 2006 (19):189-217. Disponible en: <http://www.mgf.uab.es>
- 40- Lucas B. Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. Nº17, 2008. Disponible en: http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_prevenccion.pdf
- 41- Hablando de infancia... La Mutilación Genital Femenina. editada por el Gobierno de Cantabria, Consejería de sanidad y servicios sociales. Dirección General de la Mujer, Santander 2006.
- 42- Martín AM, Pérez E, Velasco D. Intervenciones genitales femeninas: diálogo intercultural, mutilaciones, reconstrucciones, cirugías modeladoras y salud reproductiva. Observatorio salud perinatal, mujer y desarrollo. Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología). Serie matronas. 2010;2(4):27-35.
- 43- Toubia NF, Sharief EH. Female Genital Mutilation: have we made progress?. Int J Gynaecol Obstet. 2003 Sep;82(3):251-61.
- 44- Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Instituto aragonés de la mujer. 2011.
- 45- Los Mossos d'Esquadra impiden unas 40 mutilaciones genitales femeninas cada año. El País.com. Barcelona 17 julio 2008. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2008/07/17/actualidad/1216245605_850215.html
- 46- Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 Diciembre 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

- 47- Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//ES>
- 48- Perez C. Mutilación genital femenina en España y la Unión Europea. Artículos doctrinales: derecho Penal. Diciembre 2011. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/201112-23513842442538.html>
- 49- Condenados a seis y dos años los padres que practicaron la ablación a su hija en Teruel.El País.com. 16 Noviembre 2011. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/11/16/actualidad/1321398013_850215.html
- 50- Kaplan A, Torán P, Bedoya MH, Bermúdez K, Moreno J, Bolivar B. Las Mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6.

ANEXO 1.

Direcciones de organizaciones africanas contra la Mutilación Genital Femenina

Comité interafricano.

www.iac-ciaf.com

Angola

Comite Angolais sur les Pratiques Traditionnelles (CAPT-CI-AF)

Dirección: BP 5247. Luanda . Angola

Teléfonos: +244 91 20 22 62 (móvil); +244 239 58 76. Fax: +244 239 60 38

E-mail: teteantonio@hotmail.com ; captciaf@yahoo.fr; captciaf1@yahoo.fr

Benín

CI-AF Benin

Dirección: 01BP 538 Porto-Novo. Republique du Benin

Teléfonos: + 229 20 22 32 04; + 229 97 98 07 93. Fax: + 229 20 21 25 25

E-mail: ciafbenin@yahoo.fr

Burkina Faso

Comite National de lutte contre la Pratique de l'excision (CNLPE)

Dirección: 01 BP 515. Ouagadougou 01. Burkina Faso

Teléfonos: SOS Excision +226 50 31 15 71; +226 76 65 12 55 (movil). Fax: +226 50 30 79 15

Voix de Femmes

Dirección: 09 BP 383. Ouagadougou 09. Burkina Faso. Presidenta: Marianne Lamizana
Teléfonos: + 225 2031 8968; + 225 4504 4637 (movil) E-mail: mlamizana@hotmail.com; vofemme@yahoo.fr

Camerún

IAC Cameroon

Dirección: BP 3215 . Messa Zaounde. Cameroon

Teléfono: +237 99 56 97 90. Fax: +237 22 22 18 73. E-mail: ceffiom@yahoo.fr

República Centroafricana

CI-AF Rep. Centrafricain

Dirección: BP 1850 Bangui, République Centrafricaine

Teléfono: + 236 04 37 08. E-mail: marguerite_ramadan@yahoo.fr

Chad

CONA/CI-AF

Dirección: C/o CIRAD-CA/TCHAD. BP 4583. N'Djamena . Chad

Teléfonos: +235 52 32 78, +235 52 42 56, +235 53 33 98 (Oficina), +235 51 42 56 (Res.), +235 28 26 32 (móvil). Fax: +235 51 86 48

E-mail: mdjmounta@yahoo.fr; cona_ciaf@yahoo.fr ; mdjmounta@yahoo.fr

Djibouti

Union Nationale des Femmes de Djibouti

Dirección: B.P : 127. Djibouti. Teléfono: + 253 35 04 21. Fax: + 253 35 20 85. E-mail: unfd@intnet.dj

Egipto

Care for Girls Committee (Cgc), Coptic Organization for Services and Training (Cost)

Direcciones: Care for Girls Committee (CGC). 2 El-Max Street. Salah El-Din. Heliopolis. Cairo 11351.

Egypt

Daughters of St. Mary. Box 30 . Beni Souef. Egypt

Teléfonos: + 2 02 274578; + 2 082 2323324. Fax: + 2 082 2 32 34 20

E-mail: agapie_asaad@yahoo.com

Etiopía

National Committee on Traditional Practices of Ethiopia (NCTPE)

Dirección: P.O. Box 12629, Addis Ababa, Ethiopia

Persona de contacto: Mr. Abebe Kebede (Executive Director of NCTPE)

Teléfonos: +251 118 26 07; +251 118 11 63; +251 62 45 02; +251 092 28516 (móvil) Fax: +251 162 12 43. E-mail: nctpe@telecom.net.et

Gambia

Gambia Committee on Traditional Practices (GAMCOTRAP)

Dirección: P.O Box 2990. 49 Garba Jahumpa Road. New Town, Bakau. The Gambia

Telephone numbers: Móvil: + 220 981 33 25; Oficina: + 220 449 74 16; + 220 439 34 72

Fax: + 220 449 77 81. E-mail : info@gamcotrap.gm; isatou2000@hotmail.com

Página Web: www.gamcotrap.gm

Ghana

Ghanaian Association for Women's Welfare (Gaww)

Dirección: 5th Avenue No 11. Ridge Accra. C/O Ghana National Commission on Children (GNCC)

P.O. Box M 273. Accra. Ghana

Teléfonos: +233 21 255 259; +233 21 500 680; +233 02 081 717 16

E-mail: gaww255@yahoo.co.uk

Guinea

Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CPTAFE)

Dirección: Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CPTAFE). BP 585 Conakry. Guinea

Teléfonos: +224 30 42 28 30; +224 60 21 34 44 (móvil)

E-mail: dsr@sotelgui.net.gn morissanda@yahoo.fr kouyatem@un.org

Guinea Bissau

Comité National de Lutte Contre les Pratiques Néfastes

Dirección: Comité National de Lutte Contre les Pratiques Néfastes. CP560 . Guinea

Bissau Teléfono: +245 21 30 15. Fax: +245 20 11 97

Costa de Marfil

CNLP / CI-AF Côte d'Ivoire

Persona de contacto: El Hadj Cissé Djiguiba. Dirección: BP 174 Cidex 03. Abidjan 08. Côte

d'Ivoire Teléfono: +225 22 40 59 95; +225 05 95 43 75. Fax: +225 20 32 26 22; +225 22 40 59 97E-mail: fondjigui@yahoo.fr

Kenia

Setat Women's Organisation

Kenya National Council on Traditional Practices North Rift Chapter Kenctrapp (Setat) Dirección: P.O. Box 334. Kapenguria. Kenya

Teléfonos: +254 324 20 87; +254 462 087; +254 733 63 9965 (móvil); +254 722 67 8545 (móvil)

Fax: +254 324 24 58 c/o District Commissioner West Pokot District

E-mail : setatwo@multitechweb.com setatwo@africaonline.com.ke setatiac@yahoo.co.uk

Liberia

National Association on Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children (NATPAH)

Dirección: P. O. Box 10-1061. Monrovia. Liberia. West Africa

Teléfono: + 231 6 554302 (móvil). E-mail: phylliskimba@yahoo.com gussesay@yahoo.com

Mali

Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation Des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT)
Dirección: BP E1543. ACI 2000 Hamdallaye. Bamako. Mali
Teléfonos: +223 229 58 (oficina), +223 222 19 79 (residencia). Fax: +223 229 58
E-mail: amsopt@datatech.toolnet.org

Association pour le Progres et la Defense Des Droits des Femmes Maliennes (APDF)
Dirección: BP 1740. Bamako. Mali. Teléfono/Fax: + 223 229 10 28. E-mail:
apdf@datatech.toolnet.org

Mauritania

CI-AF Mauritanie (AMPTSFE)
Dirección: BP 3772. Nouakchott. Mauritania. Teléfonos: + 222 525 48 25, + 222 644 28 07
E-mail: mariem.sy@mauritel.mr

Níger

Comite Nigerien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Sante des Femmes et des Enfants (CONIPRAT)
Dirección: 2, Rue des Dallols. Niamey. Niger. Dirección postal: BP: 11 613. Niamey. Niger
Teléfono: + 227 20 72 42 07. Fax: + 227 20 72 42 07. E-mail: coniprat@intnet.

Nigeria

Inter African Committee IAC – Nigeria
Dirección: 12 Berkeley Street. 4th Floor Onikan. Lagos, Nigeria
Dirección postal: P.O.Box 71607. Victoria Island. Lagos. Nigeria
Teléfonos: +234 1 272 44 03 Office; +234 1 803 306 18 63 GSM
Fax: + 234 1 264 00 60; +234 1 293 12 31
E-mail: iacnigeria@yahoo.com; funnuga55@yahoo.com

República del Congo (congo-Brazzaville)

Comite national des droits des femmes
Dirección: 686 Brazzaville. Republique of Congo
Teléfono: + 242 666 37 04. Fax: + 242 81 11 0 7. E-mail: onangawomensrights@yahoo.fr

Senegal

Comité Sénégalais de lutte sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé de la Mère et de l'Enfant (COSEPRAT)
Dirección: HLM VI. Villa 2851. Dakar. Senegal
Teléfonos: +221 823 70 69 (Residence), +221 821 50 25, +221 864 848 87 (mobile)
Fax: +221 8 22 30 78 c/o. E-mail: coseprat.ciaf@yahoo.fr

Sierra Leona

Center for Safe Mother Hood Youth and Child Organization (CESMYCO)
Dirección: 5 Dundas street. Freetown. Sierra Leone
Teléfonos: +232 302 788 97. E-mail: laurelday2000@yahoo.com; ncsl_iac@yahoo.ca

Somalia

Save Somali Women and Children (SSWC)
Dirección: IAC Somalia. P.O. Box 38887. Nairobi. Kenya
Teléfono: +254 72 285 53 86 (mobile). Fax: +254 2 375 21 99. E-mail: sswc@iconnect.co.ke

Sudán

Sudan National Committee on Traditional Practices
Dirección: Sudan, Kartoum, Gabra square (21) . P.O. Box 10418 . Khartoum . Sudan
Teléfono: +249 122 505 130 (Dr. Amna Hassan) .+249 155 134 391 (Office)
Fax: +249 155 139 219. E-mail: snctpiac5@hotmail.com. Página Web: www.snctp.org

Tanzania

IAC Dodoma

Dirección: CCT Church House. P.O. Box 759. Dodoma . Tanzania

Teléfonos: +255 026 22 11 25; +255 0744 59 98 76 (mobile)

Fax: +255 026 232 4352/026 232 30 42

E-mail: diac_dodoma@hotmail.com; mkocha@do.ucc.co.tz; stanleymkocha@hotmail.com

Togo

CI-AF Togo

Dirección: BP 31250. Lome . Togo. Teléfono/fax: +228 221 56 61. Tel/fax +228 226 91 55
(residencia)

+228 221 28 41 (oficina) +228 924 28 94/924 65 33 (móvil)

E-mail: ciaf_togo@yahoo.fr; assibi.napoe@ei-ei.org

Uganda

National Committee on Traditional Practices Uganda (NCTPU) Dirección: P.O. Box 30454; Kampala.
Uganda

Teléfono/fax: +256 412 732 35 tel/fax; +256 7737 46 39 (móvil)

E-mail: ways@afsat.com

ANEXO 2. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.

Desde el Centro de Salud:

se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAIS AL QUE VIAJA

acerca de:

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

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

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

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

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

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

Por todo ello:

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

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

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico