

# Diagnóstico sobre Mutilación Genital Femenina en Mallorca

Septiembre 2014



## Diagnóstico sobre Mutilación Genital Femenina en Mallorca

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. El papel de Médicos del Mundo	
1.2. ¿Qué es la Mutilación Genital Femenina (MGF)?	
1.3. Breve historia de la MGF	
1.4. ¿Cómo afecta a las niñas y a las mujeres la práctica de la MGF?	
1.5. ¿En qué países se practica la MGF?	
1.6. Marco jurídico español	
2. OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO	19
3. METODOLOGÍA	19
3.1 Para identificar zonas con mayor riesgo de incidencia	
3.2 Para describir los conocimientos y actitudes de los profesionales	
3.3 Para conocer la percepción de los actores implicados	
4. RESULTADOS	23
4.1 Para identificar zonas con mayor riesgo de incidencia	
4.2 Para describir los conocimientos y actitudes de los profesionales	
4.3 Para conocer la percepción de los actores implicados	
4.3.1. Profesionales sociosanitarios (titulares de responsabilidades)	
4.3.2. Representantes políticos (titulares de obligaciones)	
4.3.3. Personas migradas de zonas donde se practica la MGF (titulares de derechos)	
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO	35
6. AGRADECIMIENTOS	40

# “Estar mutilada es quitar a una mujer una cosa muy importante que es parte de su vida, de su sexualidad”

(Testimonio de un hombre africano en el Documental ‘Bref’)

## 1. INTRODUCCIÓN

El aumento de los flujos migratorios ha hecho que conociéramos, desde hace poco más de dos décadas, tanto en nuestro país como en nuestro entorno más cercano, las Islas Baleares, la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF). Esta práctica forma parte de las costumbres y culturas ancestrales de algunas etnias africanas, principalmente subsaharianas.

La MGF debe ser entendida como otra forma de violencia de género y una violación flagrante de los derechos de las mujeres. La tolerancia y el respeto a la identidad cultural de las personas migradas tienen como límite el respeto de los derechos fundamentales de las personas. Desde nuestra comunidad debemos visibilizar y luchar contra la MGF, ya que afecta o puede afectar a cientos de niñas que viven, estudian y trabajan en nuestro entorno, con los mismos derechos que nos amparan a todas/os y con el mismo nivel de protección. En las Islas Baleares hay alrededor de 400 niñas en riesgo de ser mutiladas.

Por un lado, este diagnóstico nace con la pretensión de presentar un estudio demográfico que permita identificar el número de niñas en riesgo de que le sea practicada MGF y, por otro, conocer el nivel de conocimiento y abordaje que poseen las y los profesionales de la salud, así como los representantes institucionales, en el ámbito de esta temática. Del mismo modo, hemos tratado de entender la percepción que, sobre la MGF, tienen las personas migradas que residen en nuestra región procedentes de países donde se lleva a cabo esta práctica.

Consideramos que un diagnóstico de este tipo es indispensable si pretendemos conocer la magnitud del problema, así como los recursos humanos que existen en nuestro entorno. De este estudio se desprenderá la necesidad o no de realizar protocolos de actuación para poder prevenir y erradicar, de una forma eficaz, la MGF en nuestras islas.

## 1.1 El papel de Médicos del Mundo

Desde Médicos del Mundo (MDM), en los últimos años, se han desarrollado diversos proyectos en distintas zonas del territorio español (principalmente en Aragón, Cataluña y Navarra), dirigidos a cambiar la situación en que se encuentran las mujeres en riesgo de sufrir mutilación genital femenina (MGF) que residen en nuestro país. La finalidad última de estas acciones es la sensibilización, así como la formación del colectivo diana, manteniendo siempre el respeto hacia su identidad cultural.

En estas sedes de MDM, desde 2007, se han venido organizando talleres y grupos de debate con mujeres subsaharianas alrededor de temáticas diversas como son la sexualidad, el género y el empoderamiento de las mujeres, entre otras. Por otro lado, se busca sensibilizar a profesionales sociosanitarios del ámbito de la educación y de la judicatura sobre la realidad de una gran parte de la población de estos países, habiéndose del mismo modo impulsado el diseño de formaciones y mesas trabajo en coordinación con otras disciplinas.

Del mismo modo, se ha promovido una mejora en la coordinación del trabajo con líderes comunitarios y religiosos, así como con asociaciones de migrantes en nuestro territorio, ya que la figura del hombre no se ha de olvidar. Son figuras de referencia para muchas de estas mujeres y su posicionamiento frente a la MGF, en múltiples ocasiones, resulta decisivo.

A lo largo de todo este recorrido no hemos de olvidar la importancia de concienciar y sensibilizar a la población general, mediante charlas informativas, proyecciones de documentales, como “Bref” (documental realizado desde la sede autonómica de Cataluña y dirigido por Christina Pitouli), sesiones informativas a jóvenes y exposiciones como *“Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la MGF”*. Entendemos la formación, la sensibilización y la movilización social como clave, y no únicamente en esta temática, para poder variar situaciones que se encuentran arraigadas en la población, tanto autóctona como procedente de otros continentes.

## 1.2 ¿Qué es la Mutilación Genital Femenina?

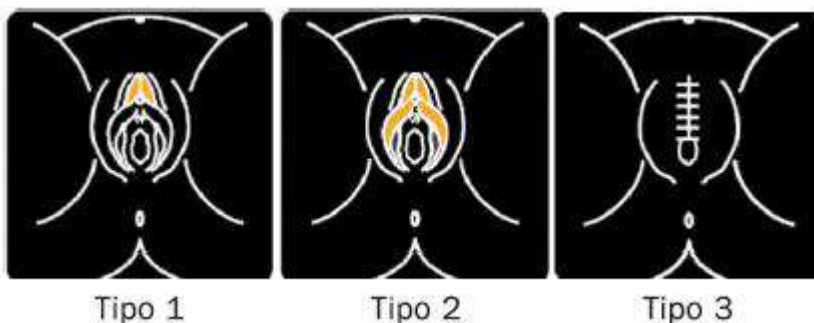
La MGF es una práctica milenaria extendida entre diferentes pueblos y/o grupos étnicos de África y Asia. Consiste en la amputación total o parcial de los órganos genitales femeninos externos, lo que implica una violación de los Derechos Humanos de las mujeres y niñas y supone un grave peligro para su salud.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la MGF comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.

### Tipos de mutilaciones genitales femeninas

La OMS clasifica la MGF en cuatro tipos, dependiendo de su severidad.

- Tipo I: resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía).
- Tipo II: resección parcial o total del clítoris y los labios menores con o sin escisión de los labios mayores (escisión).
- Tipo III: 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.
- Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona. Se incluye en este apartado la cirugía estética vaginal (denominada rejuvenecimiento genital), cuyo objetivo es imitar la vulva y la vagina de una niña en la pubertad y los piercing ambas intervenciones aceptadas plenamente en las sociedades occidentales.



## ¿Por qué se le debe denominar **MGF** y no emplear otros términos?

Existen numerosas maneras en la literatura que se refieren a lo que en este estudio denominamos **MGF**: circuncisión, ablación, escisión, cirugía, etc...

Entre las razones esgrimidas para el empleo de estos términos se encuentran el respeto a las mujeres que lo sufren, evitar estigmatizaciones y prejuicios culturales e impedir la apropiación indebida u *occidentalización* terminológica. El rechazo que puede causar en aquellas sociedades y personas donde se practica, puede suponer un detrimento para su confrontación y futura erradicación por lo que es relevante la terminología empleada.

Sin embargo la utilización de estos términos se ha visto desafiada conceptualmente. Desde posiciones enmarcadas dentro de los derechos humanos se ha efectuado un cambio conceptual para que el término **MGF** se desmarque claramente de la circuncisión masculina y tenga una connotación más negativa, que exprese con mayor amplitud la amenaza, el riesgo, el dolor y sufrimiento que se infringe a las mujeres y niñas, amén de las graves consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo.

El término **MGF** se acuñó en los años 70 y comenzó a ganar partidarios a partir de 1990, momento en el que fue adoptado por el Comité Inter-Africano y refrendado en 2005 como el más apropiado. La OMS recomendó en 1991 que Naciones Unidas adoptara dicho término. Posteriormente, en 1996, diversas organizaciones de Naciones Unidas lo utilizaron de nuevo en una declaración conjunta, volviendo al uso del término en una nueva declaración, esta vez en el año 2008.

Aunque hoy en día el término **MGF** ha alcanzando un amplio consenso a nivel internacional, algunas organizaciones se han visto obligadas a utilizar la expresión **Mutilación Genital Femenina / Escisión**<sup>1</sup> debido a la creciente insatisfacción de la implicación negativa que arrastra la palabra mutilación al trabajar con comunidades que la practican.

Cuando se habla con personas subsaharianas acerca de la MGF entenderán mejor el concepto si nos referimos al “corte” que se les practica a las niñas o bien si hablamos de ello con las mujeres preguntarles si están “cortadas”.

### 1.3 Breve historia de la mutilación genital femenina

#### **Pero, ¿Cuál fue el origen de estas prácticas?**

A pesar de que existen diferentes teorías sobre el origen de la mutilación genital femenina, no se conoce a ciencia cierta cómo o por qué se inició. Sabemos que no era una práctica habitual en el Antiguo Egipto, ya que no se han encontrado evidencias físicas que así lo indiquen en momias, ni tampoco figura registro alguno en obras de arte o papiros de la época. *“Es altamente probable que se haya originado en el África Subsahariana y que fuera adoptada aquí más tarde”*, (Salima Ikram, profesora de egiptología de la Universidad Norteamericana del Cairo). Históricamente, la primera mención a la circuncisión masculina y femenina aparece en los escritos del geógrafo griego Strabo, quien visitó Egipto alrededor del año 25 antes de Cristo.

Sin embargo, un papiro griego datado en el año 163 antes de Cristo menciona la operación que se les realizaba a las niñas en Memphis, Egipto, a la edad en la que recibían su dote, lo que respaldaría la idea de que la mutilación genital femenina se originó como una forma de iniciación para las mujeres jóvenes. Visto como una deformidad y un motivo de vergüenza, el clítoris generaba irritación por el roce continuo contra las ropas, lo que estimulaba el apetito por las relaciones sexuales.

Ante esta situación, los egipcios consideraban adecuado extirparlo antes de que se volviera excesivamente grande, *“especialmente cuando las niñas estaban a punto de contraer matrimonio”*, escribió Aetios en su obra Ginecología y Obstetricia del siglo VI después de Cristo.

Según la historiadora norteamericana Mary Knight, autora del artículo *“¿Corte curativo o Mutilación Ritual? Algunas conjeturas sobre la práctica de la circuncisión masculina y femenina en el Egipto greco romano”*, las motivaciones médicas probablemente estaban mezcladas con razones rituales, morales y sociales a favor de la continuación de una

práctica que inicialmente ha sido ampliamente realizada y cuyos motivos originales probablemente fueron olvidados hace mucho tiempo.

Mucho tiempo después, concretamente en el siglo XIX, ginecólogos de Inglaterra y de Estados Unidos realizaban clitoridectomías para tratar diferentes síntomas psicológicos, como por ejemplo “la masturbación y la ninfomanía”.

Sólo en los últimos tiempos la mutilación genital femenina ha sido reconocida internacionalmente como una violación a los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Suecia fue el primer país de Occidente en prohibir la mutilación genital femenina, seguida en 1985 por el Reino Unido. En los Estados Unidos se hizo ilegal en 1997, el mismo año en que la Organización Mundial de la Salud lanzó una pronunciación conjunta con la UNICEF y la UNFPA contra esta práctica. Actualmente, la mutilación genital femenina es considerada un crimen en la gran mayoría de los países.

Del mismo modo, el titular de la Organización de Cooperación Islámica también llamó a abolir la mutilación genital femenina. **“Esta práctica es un ritual que ha sobrevivido a lo largo de los siglos y que debe ser detenida. El Islam no la respalda”**, manifestó el secretario general Ekmeleddin Ihsanoglu en la cuarta conferencia de la organización intergubernamental sobre el rol de la mujer en los países en desarrollo, celebrada en Yakarta, Indonesia.





En la siguiente tabla se encuadran algunos de los mitos y argumentaciones utilizados para mantener esta práctica (*Tabla 1*)

ALGUNAS ARGUMENTACIONES / MITOS PARA DEFENDER LA MGF	
Contaminación de la leche materna	La MGF incrementa el placer del marido
El prepucio es la parte femenina del hombre y el clítoris la parte masculina de la mujer, han de ser eliminados para mantener el equilibrio	La MGF es una prescripción religiosa
En el prepucio y en el clítoris habita el "wanzo", un espíritu que impide la fecundidad	Siempre ha sido así, es una tradición importante
El clítoris es un órgano maligno que puede dañar al bebé durante el parto de diferentes maneras (sordera, discapacitado mental,...)	La MGF protege el honor de la mujer y de la familia
El clítoris puede envenenar el pene del hombre	La MGF evita el VIH / SIDA
La MGF facilita el embarazo y el parto	La MGF evita que el clítoris crezca sin control
La MGF evita la locura de la mujer	La MGF muestra la fortaleza y la buena condición de la joven que va a ser casada
La MGF evita que la mujer adulta se vuelva ninfómana	La MGF disciplina a las mujeres i evita que se descontrolen, rompan utensilios, sean vagas.

La mujer no mutilada pierde la capacidad y el instinto para criar niños y niñas	Si los hombres tienen que ser circuncidados, las mujeres también.
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

Tabla 1 – Argumentaciones y mitos sobre la MGF

## 1.4 ¿Cómo afecta a las niñas y mujeres la práctica de la MGF?

*“La mutilación genital no sólo es una manipulación y corte de tejidos corporales, es un daño tan profundo, que invade todo. Es un daño que llega para quedarse.”* (UNICEF 2014 – Cumbre de la Niña: unidos contra la mutilación genital femenina)

Las consecuencias de la MGF en la salud de las niñas y mujeres dependen del tipo y condiciones de la intervención que le hayan practicado.

Si se tiene en cuenta el tipo de MGF las consecuencias a corto, medio o largo plazo son:

- MGF tipo I y tipo II afecta sobre todo a la sexualidad femenina falta de deseo, dispareunia, falta de lubricación, falta de excitación, vaginismo, anorgasmia. La MGF tipo III infecciones urinarias y vaginales, alteraciones menstruales, dificultades obstétricas, fístulas, queloides que pueden llevar a la muerte además de los daños mencionados en el tipo I y II.
- Todo tipo de MGF es lesiva para la mujer pero la de tipo II y III son más violentas y agresivas teniendo peores consecuencia para las mujeres.
- Además de todo lo expuesto esta el miedo y/o pánico que pueden tener respecto a su genitalidad, que pueden acompañarla a lo largo de su vida.
- La MGF tipo IV puede afectar las funciones de los órganos genitales femeninos, al igual que la clasificada como tipo I o incluso tipo II, ya que también puede producir queloides, falta de sensibilidad, dispareunia, vaginismo, etc.

En cuanto a las condiciones en las que se realiza la MGF de falta de esterilidad del material utilizado, la persona que la realiza o el lugar donde se hace puede producir infecciones, hemorragias, dolor y disfunciones que podrían llevar a la muerte. En la siguiente tabla se muestran las complicaciones más habituales:

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE LA MGF	
Complicaciones Agudas (con riesgo vital)	Complicaciones a largo plazo
Hemorragia	<u>Genitourinarias</u> : insuficiencia renal, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis y inflamación de pelvis
Dolor intenso	
Infección en la herida	
Sepsias / gangrena	<u>Sexuales</u> : estenosis introit vaginal, dispareunia, disminución apetito sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad
Choque	
Retención urinaria	
Tétano	<u>Reproductivas</u> : infertilidad
Estrés Traumático	<u>Obstétricas</u> : dificultad en el trabajo de parto, fístulas, sufrimiento fetal...
Complicaciones subagudas	
Contagio hepatitis B i C	<u>Salud Mental</u> : sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión.
Contagio VIH	
Infecciones urinarias de repetición	
Retraso de crecimiento en niñas con un déficit nutricional de base	Cicatrización anómala: queloides, quistes dermoides.
Abscesos, úlceras y escarificaciones	
Retraso en la cicatrización	
Miedo, angustia, estrés	

Taula 2 – Complicaciones asociadas a la práctica de la MGF

## 1.5 ¿En qué países se realiza la MGF?

La MGF se realiza principalmente en unos 28 países de África Subsahariana, así como en otros de oriente medio como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes. También hay países asiáticos como Indonesia o zonas musulmanas de Pakistán y la India donde se realiza esta práctica.

Cabe reseñar que la MGF se realiza, en general, en el seno de determinadas etnias africanas. Dentro de un mismo país existen etnias que nunca la han practicado como los Wolof, Serer, Ndiago,.. y otras que, por el contrario, siempre la practican como Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon,...

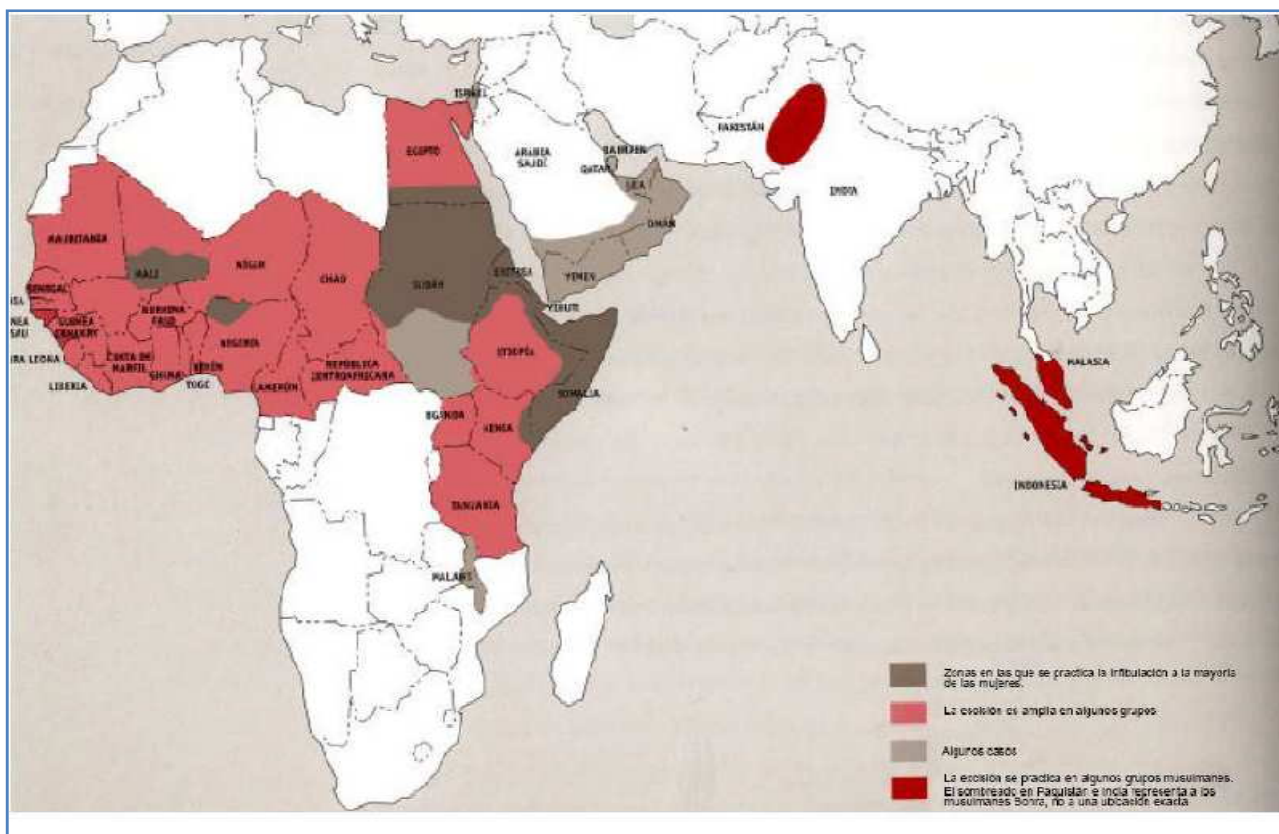


Imagen 2 – Países donde se practica la MGF

A continuación se presenta la tabla 3, que incluye la prevalencia estimada de la práctica de la Mutilación Genital Femenina en África obtenida de datos que proceden de encuestas nacionales y datos de la Organización Mundial de la Salud:

PREVALENCIA POR PAÍSES SEGÚN ÉTNIA Y ZONA GEOGRÁFICA QUE REALIZAN LA MGF		
PAÍS	PREVALENCIA ESTIMADA	ZONA GEOGRÁFICA / ÉTNIA / RELIGIÓN
Benín	16.8% (2001)	Principalmente en el norte Etnias que la practican: Bariba, Peul (Fulani), Boko, Baatonau, Wama y Nago
Burkina Faso	72.5% (2005)	La mayoría de los grupos religiosos y los étnicos
República Centro africana	1.4% (2004)	En áreas del norte, este y sudoeste
Chad	44.9% (2004)	Elevada prevalencia en las etnias Banda y Mandija
Costa de Marfil	41.7% (2005)	Prevalencia en grupos animistas y musulmanes: Malinké, Foula, Bambara i Dioula. También en algunos miembros de los pueblos Senuofo, Tagwana, Djimini, Lobi, Birifor, Koulango, Dan, Yacouba, Toura i Gouro
República Democrática del Congo	5%	Grupos étnicos del norte

Djibouti	93.1% (2006)	Afars e Issa realizan el tipo III, en cambio los Yemeni realizan el tipo II
Egipte	95.8% (2005)	Practicado por cristianos coptos y musulmanes de la mayoría de grupos étnicos
Eritrea	88.7% (2002)	Todos los grupos étnicos y religiosos la practican
Etiopía	74.3% (2005)	Tipo I: Amharas, Tigrayans y musulmanes Jeberti de Tigray. Tipo II: Gurages, algunos Tigrayans, Oromos y Shankilas. Tipo III: Afar, Somalísi y Harare. Tipo IV: En Gojam. No practican la MGF los Bengas de Wellga, los Azezo, los Dorze, los Bonke, los Shama y algunos grupos en Godole, Konso y Gojam.
Gambia	78.3% (2005)	Tipo II: Mandinguas, Hausas, Jolas y Sarahulis Tipo III: Fulas y Bámbaras. No la practican: Wolofs, Akus, Serenes y Manjangos
Ghana	3.8% (2005)	Sobre todo en zonas norteñas.
Guinea	95.8% (2005)	Peul, Malinké, Soussou, Guerrees, Toma y Nalou practican los tipos I, II o III.
Guinea – Bissau	44.5% (2005)	Fulas, Mandinkas y Peuls.
Kenia	32.2% (2003)	Practicada por 30 de los 40 grupos étnicos de Kenia. No realizan MGF los Luos del oeste ni los Luhyas. Entre los Kisii la prevalencia es del 97% y entre los Masai del 89%
Liberia	45% (2007)	Mande, Gola y Kisii. No realizada por los Kru, Grebo o Krahn, por los Américo-liberianos ni pels musulmanes Mandingos.
Mali	91.6% (2001)	La mayoría de los grupos practican alguna forma de MGF. No es practicada por las poblaciones Songhai, Tuaregs, ni Moor. La prevalencia es muy baja en el norte: Tombuctú y Gao 9,3%
Mauritania	71.3% (2001)	Pulaar 93%; Sonike 78%; Moors 69%; Wolof 12%
Níger	2.2% (2006)	Más prevalente en las áreas de Tillaberi i Dorso, a lo largo del río Níger y entre las comunidades árabes de la región de Diffa.
Nigeria	19% (2003)	Practicada por casi todos los grupos étnicos y religiones. La práctica oscila entre un 90% en Benue y Ondo y un 0-1% en Yobe. Nose realiza por Fulanis.
Senegal	28.2% (2005)	No es realizada por Wolofs ni los Serere, las etnias mayoritarias del país.
Sierra Leona	94% (2005)	Todos los grupos étnicos y religiosos, excepto los Krios.
Somalia	97.9% (2005)	La mayoría de grupos étnicos. En el 80% de casos se realiza el tipo III
Sudan (Nord)	90% (2000)	87% en zonas urbanas. 91% en zonas rurales. Sobre todo el tipo III
Tanzania	17.9% (1996)	Oscila entre 2,9% en los Mtwara y el 81,4% en los Arusha
Togo	5.8% (2005)	Oscila entre un 12% entre los Gourma i un 85 – 98% entre los Cotocoli, Tchamba, Mossi, Yanga y Peul. Dos de los grupos mayoritarios (Adja-Exwyi Akposso – Akepou) no la practican.
Uganda	0.6% (2006)	
Yemen	23% (1997)	Sobre todo en la costa.

La MGF es una práctica naturalizada en algunos pueblos. Transmitida de generación en generación con creencias profundas de transferirla a un estado bueno, algo que mejora la vida de las mujeres y los hombres. Si una mujer no tiene la MGF en determinadas etnias no será admitida ni recibida para casarse. El matrimonio, la familia y los hijos es seguramente el objetivo primordial de las mujeres. La formación de la propia familia es la hoja de ruta que trazan la mayoría de las mujeres y hombres. La identidad de pertenencia a un grupo confiere orgullo y explica, en parte, la razón de ser de las personas, especialmente cuando están fuera de su entorno original, como sucede con las personas migradas.

En otras ocasiones es un ritual de transición de niña a mujer, un rito de paso. Las mujeres sienten como obligación valiosa transmitir la MGF a sus hijas y a las hijas de sus hijas. Constituye para ellas una costumbre sagrada que no desean ver manipulada, como tampoco maltratada, por extraños.

## 1.6 Marco Jurídico español

### Convenios internacionales y europeos

España ha ratificado diferentes convenios internacionales, convenios que condenan la MGF, como la Declaración universal de derechos humanos (DUDH), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención contra la tortura, tratos o penas crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT), la Convención sobre los derechos del niño (CDN), el Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (CEDH) y la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02). Del mismo modo ha rubricado (ad referendum) el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica del Consejo de Europa.

Varios estados europeos han aprobado normativas específicas (Noruega, Suecia y Reino Unido) o bien han modificado su legislación (Austria, Bélgica, Dinamarca y España), con el

objeto de tipificar la MGF como un delito. En otros Estados europeos (Alemania, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos y Suiza, entre otros), la MGF queda legalmente prohibida so pena de aplicación de leyes penales generales y suele ser condenada como un atentado contra la integridad física y moral de la persona y, más concretamente, como un delito de lesión.

## **Derecho penal en España**

Desde 2003, el derecho penal español incluye una disposición específica sobre la MGF. La Ley Orgánica 11/2003 *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros* modificó **el artículo 149 del Código Penal** estipulando que: «*El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz*». El consentimiento de una mujer adulta a la mutilación de sus genitales no afecta a la cualificación legal del acto, si bien reduce las penas. El principio de extraterritorialidad es, en este caso, de aplicación, por lo que la MGF es punible aun si se practicara fuera del territorio nacional.

## **Normativas de protección de menores**

A escala nacional, la Ley Orgánica 1/1996 *de Protección jurídica del menor* regula la obligación de las entidades públicas estatales para la intervención en caso de que un menor se hallara en situación de riesgo para su salud o seguridad, o bien en situación de desamparo. Así pues en el caso de que existiera riesgo para una menor de ser sometida a una mutilación genital o cuando esta haya sido practicada, podría ser aplicable la citada norma.

Por otra parte, **el artículo 158 del Código Civil**, modificado por la Ley Orgánica 9/2000, permite a los jueces adoptar medidas preventivas, especialmente pertinentes en caso de riesgo inminente de mutilación genital.

Las diferentes comunidades autónomas han aprobado, igualmente, normativas de protección de menores, todas ellas con contenidos similares. En ellas se establece que las correspondientes entidades públicas se encuentran obligadas a intervenir en caso de riesgo o negligencia, así como a ejercer la tutela de la menor en el caso de que esto fuera necesario.

Los reglamentos más recientes, aprobados en la Comunidad Valenciana y Cataluña, incluyen referencias explícitas a los delitos de MGF. La Ley 12/2008 de *Protección integral de la infancia y la adolescencia* de la Comunidad Valenciana establece en su **artículo 9** que la MGF es un tipo de maltrato que debe ser abordado por las autoridades comunitarias. En Cataluña, la Ley 14/2010 de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia establece medidas específicas para combatir la MGF.

En consecuencia, y a modo de resumen, podemos concluir que la práctica de **la Mutilación Genital Femenina** (así como la obligación impuesta a una mujer para ser sometida a la misma, la incitación a una niña para ello, o la provisión de los medios para su realización) **podrá ser enjuiciada por los tribunales españoles**, (entrada en vigor de la “Ley de Justicia Universal. Ley orgánica 1/2014) **en el caso de ser practicada en el extranjero, siempre que:**

- El procedimiento se dirija contra un/a español/a.
- El procedimiento se dirija contra persona extranjera que resida habitualmente en España.
- Aquél a quien se impute la comisión del delito se encuentre en España y, en el momento de comisión de los hechos, la víctima fuera española o residiera habitualmente en España.

Es necesario destacar que el anteriormente citado *Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica* del Consejo de Europa prevé, **en los artículos 66 y siguientes**, la creación de un organismo, el **GREVIO**, quien se hará cargo de observar que los Estados Miembros observen el cumplimiento del mismo, pudiendo las organizaciones no gubernamentales remitirle información al respecto a fin de que éste proceda a tomar las medidas oportunas, que se materializarán en forma de



informes, informes que serán, a su vez, remitidos a los organismos competentes para que actúen en consecuencia: en concreto, el Comité de las Partes y/o el Consejo de Europa.

Finalmente, cabe reseñar el papel que juegan los profesionales de la salud, debido al desempeño de su profesión, y su responsabilidad frente a esta problemática. El conocimiento y la no evitación de esta práctica pueden constituir la comisión de un delito de omisión en el deber de evitar delitos o promover su persecución, como aparece tipificado en el artículo **450 de nuestro Código Penal**:

*“1. El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.*

*“2. En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia.”*

## **Bibliografía:**

- Informe diagnóstico de MGF de MdM Madrid
- Informe diagnóstico de MGF de MdM Euskadi.
- OMS Nota descriptiva N°241. Centro de prensa.
- La MGF en España. Prevención e intervención. UNAF
- Lorenzi, R. (2013) ‘Análisis de MGF’ publicado en Discoveri
- Kaplan, A. (2006): ‘Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria’ Universidad Autónoma de Cataluña.
- Kaplan, A. y López, A. (2013). ‘Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012’ Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, en prensa.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008): 'Eliminating Female Genital Mutilation' Joint Statement
- UNICEF (2014): "Cumbre de la niña". Gran Bretaña
- Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad. (2014) "Manual de Prevención MGF"
- OMS (1998). "Female Genital Mutilation. An Overview". Ginebra
- Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues; Office of the Under Secretary for Global Affairs (2001). "Prevalence of the Practice of Female Genital Mutilation, laws prohibiting FGM and their enforcement: recommendations on how to best work to eliminate FGM. US Department of State
- OMS (2008). "Eliminating Female genital Mutilation. An Integrcacy Statement.". OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
- Medicus Mundi Andalucía (2008). "Mutilación genital femenina – más que un problema de salud". Granada



## **2. OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO:**

- 1) Identificar las zonas básicas de salud de Mallorca que cuenta con mayor riesgo de incidencia de mutilación genital femenina.
- 2) Describir los conocimientos, el interés y las actitudes de los /as profesionales de atención primaria de Mallorca frente a la mutilación genital femenina.
- 3) Explorar la percepción que sobre la mutilación genital femenina tienen profesionales, personas migradas y responsables políticos.

## **3. MÉTODOS:**

### **3.1 Para identificar zonas con mayor riesgo de incidencia (objetivo 1):**

#### **Variables y fuentes de información:**

Realizar un seguimiento estadístico de la población migrante resulta complicado, dada su movilidad, particularmente, cuando estas personas se encuentran en situación irregular. Según la fuente y la variable siempre existe alguna variabilidad. A título de ejemplo, en el ejercicio 2013 residían, según el padrón, 27.824 personas en Mallorca nacidas en África, mientras que en la base de datos de la tarjeta sanitaria de los servicios públicos de salud se registraban 30.145. Considerando esto y teniendo en cuenta que para detectar zonas de actuación del ámbito sanitario es mejor utilizar la zonificación misma del sistema sanitario (zonas básicas de salud), para este estudio se utilizó como fuente de información la base de datos de tarjeta sanitaria del IB-Salut.

Se solicitaron los datos de población subsahariana, por grupos de edad y sexo, con tarjeta sanitaria individual del IB Salut por zona básica de salud (ZBS), población oficial a 1 de enero de 2013. A fin de contrastar la validez de los datos, después de la aplicación del Real Decreto 16/2012, que recogía la exclusión sanitaria de las personas migradas en situación irregular, se compararon estos con los datos del Departamento de tarjeta sanitaria de Ib Salut, de 2012 (antes de la aplicación del decreto).

Se realizó un análisis por ZBS, identificando aquellos centros que tenían más de 10 mujeres subsaharianas menores de 14 años como zonas donde potencialmente podría haber más riesgo de incidencia de mutilación genital femenina.

### 3.2 Para describir los conocimientos y actitudes de los profesionales (objetivo 2):

**Diseño:** Estudio transversal descriptivo.

**Ámbito:** Atención primaria de Mallorca.

**Población:** Profesionales de atención primaria que se presentan con mayor posibilidad de intervenir en la prevención de la MGF. Se consideraron los siguientes perfiles: ginecólogo/a, pediatra, comadrona, enfermero/a de pediatría y ginecología, trabajador/a social y mediador/a intercultural. El cuestionario fue enviado a todos estos grupos de profesionales.

**Recogida de información:** La recogida de información se realizó mediante un cuestionario anónimo autoadministrado, distribuido online por correo electrónico, y sostenido mediante una herramienta de google que permitiera mantener el anonimato. El cuestionario empleado es el mismo que ya se ha empleado en estudios similares realizados por Médicos del Mundo en Aragón, Cataluña y Madrid, para que los datos sean comparables válidamente. Todas las preguntas son de respuesta cerrada.

#### **Variables:**

Las preguntas pueden consultarse en el anexo que acompaña a este diagnóstico. Las variables son las siguientes:

- ✓ Conocimientos sobre la MGF:
  - Definición
  - Fuentes de información
  - Países donde se practica
  - Razones de práctica
  
- ✓ Necesidades formativas en MGF:
  - Interés en el tema
  - Necesidad de formación específica en el tema
  - Necesidades de protocolos / guías de actuación

- ✓ Actitudes ante la MGF:
  - Actuaciones ante un caso de MGF (Ignorar, educar, denunciar, derivar).
- ✓ Experiencia en MGF:
  - Experiencia en formación en MGF
  - Detección de casos de MGF
- ✓ Edad, sexo, especialidad, zona básica de salud.

### **Plan de análisis:**

Se realizó un análisis descriptivo que observó todas las variables. Del mismo modo, se exploró la relación de género, la edad y la especialidad frente al conocimiento, el interés y las actitudes respecto a la MGF, mediante la prueba del ji cuadrado.

### **Limitaciones:**

La principal limitación del estudio ha sido la tasa de respuesta. Los cuestionarios on-line suelen tener tasas de respuesta muy variables, que oscilan entre el 30 y el 70%. Cuentan con la ventaja de la facilidad de completado y la eficiencia en su aplicación. Este tipo de herramientas son particularmente aconsejadas cuando se trata de cuestionarios breves, que requieran del anonimato, que se puedan responder de manera autocumplimentada, como es el caso del presente diagnóstico.

### **3.3 Para conocer la percepción de los actores implicados (objetivo 3)**

**Diseño:** Estudio descriptivo empleando metodología cualitativa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los siguientes agentes implicados en el trabajo en MGF:

- Profesionales: Pediatría y mediadoras interculturales.
- Responsables políticos: Representantes del Instituto Balear de la Mujer y de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares.
- Personas migradas: Mujeres y hombres de países donde se practica la MGF. Se entrevistó a una mujer de Malí, una de Nigeria, una de Burkina Faso, un hombre de Senegal y otro de Burkina Faso.

**Selección de participantes:** Los participantes fueron seleccionados intencionadamente, bajo criterios de factibilidad y de relevancia del agente en el tema estudiado. Ninguno de ellos era un experto destacado en la materia, sino que conocían la realidad de la MGF por su práctica cultural o profesional.

**Recogida de información:** Las entrevistas trataban sobre la percepción, la experiencia y los discursos de los agentes implicados hacia la MGF. Cada entrevista se adaptó a las personas entrevistadas. Las entrevistadoras recibieron una formación breve en técnicas de entrevista. Las entrevistas fueron grabadas con una grabadora digital y posteriormente se realizó una transcripción literal.

**Análisis:** Se realizó un análisis de contenido de los textos de las entrevistas, recogiendo las categorías emergentes.

**Limitaciones:** Con esta propuesta metodológica no se pretende saturar los discursos de cada uno de los agentes implicados en la MGF, dado que sobrepasa las intenciones de este diagnóstico. Más bien el objetivo era recoger testimonios de cada uno de los agentes que pudieran servir para visibilizar discursos y contradicciones en los mismos.

## **4. RESULTADOS:**

### **4.1. Para identificar zonas con mayor riesgo de incidencia (objetivo 1)**

El número de personas con tarjeta sanitaria nacida en países del África subsahariana en el 2012 era de 9.620 y en el 2013 de 9.103, lo que indica que 507 personas de esta procedencia (5,4%) perdieron la tarjeta sanitaria por la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, entre otras causas (defunción, movilidad, etc..). En cambio, el número de niñas menores de 14 años de origen subsahariano con tarjeta sanitaria era de 365 en el 2012 y 369 en el 2013.

Por tanto, el RD16/2012, que regulaba entre otros aspectos la exclusión sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, no tuvo un impacto directo en la población diana de este estudio, que son las personas menores de edad y a quien la ley no ha dejado sin asistencia. Esto se debe a que el Real decreto recogía algunas excepciones a la

exclusión sanitaria, entre ellas la de atender a los menores de edad independientemente de la situación de regularización de estancia de sus progenitores. Por lo tanto, los datos del 2013 son válidos para el objetivo previsto.

En la tabla 3 se presentan los datos de población por zona básica de salud, indicando el % que representa la población de origen subsahariano, el número de mujeres de este origen de cualquier edad y menores de 14 años. Dado que la prevención de la mutilación genital femenina se tendría que realizar en mujeres menores de 14 años, se resaltan las zonas que tienen más población de este origen y edad. Destaca Son Gotleu (85), seguido de Pere Garau (31) y Camp Redó (25).

Zona Básica de Salud	Población total	% Población subsahariana	Mujeres subsaharianas	Mujeres menores 14 años subsaharianas
SON GOTLEU	21.337	9,18	612	<b>85</b>
PERE GARAU	24.377	2,58	195	<b>31</b>
CAMP REDÓ	27.718	1,31	128	<b>25</b>
INCA	40.574	1,62	153	<b>16</b>
ES TRENCADORS (Arenal/Llucmajor)	20.149	2,27	92	<b>15</b>
RAFAL NOU	18.508	1,18	94	<b>15</b>
SON PISÀ	23.279	2,79	88	<b>14</b>
SON RUTLLÁN	13.822	1,91	103	<b>14</b>
ARQUITECTO BENNÀSAR	31.160	1,24	132	<b>14</b>
EMILI DARDER	18.650	2,14	124	<b>13</b>
TORRENT DE SANT MIQUEL (Sa Pobla)	16.637	0,88	41	<b>13</b>
PLAYA DE PALMA	18.534	3,32	112	<b>11</b>
SON CLADERA	9.630	1,94	77	<b>11</b>
LLEVANT (Son Servera)	19.338	1,10	79	9
ESCUELA GRADUADA	22.060	1,13	73	8
NA BURGUESA (Palma Nueva)	23.140	0,74	63	8
SON SERRA	26.029	0,53	56	8
ALCÚDIA	17.547	0,89	44	7
S'ESCORNADOR	28.965	0,85	87	6
MARINES (Muro)	17.958	1,15	68	4
SERRA NORD (Sòller)	12.433	0,60	24	4
CALVIÀ	20.889	0,26	23	4
SANTANYÍ	11.422	0,78	40	3
PONENT (Casa del Mar)	20.973	0,50	42	3
PORTO CRISTO	11.047	0,42	19	3
SES ROQUES LLISES (Vilafranca)	15.705	0,17	10	3
VALL D'ARGENT	15.449	0,72	30	2
SANTA CATALINA	18.190	0,36	22	2

ANDRAITX	9.914	0,26	13	2
FELANITX	17.654	0,19	14	2
NUREDDUNA (Artà)	7.392	0,16	3	2
ES PLA (Sineu).	9.488	0,16	5	2
MANACOR	30.286	0,15	13	2
MIGJORN (Llucmajor)	17.430	0,08	4	2
CAPDEPERA	10.812	0,77	21	1
SANT AGUSTÍ	14.989	0,62	35	1
COLL DE'N RABASSA	20.385	0,47	29	1
ES RAIGUER (Binissalem)	18.059	0,23	8	1
TRAMUNTANA (Esporles)	7.076	0,20	7	1
MUNTANYA (Pòrtol/SaCabaneta)	12.312	0,08	3	1
POLLENÇA	15.432	0,27	15	0
PONT D' INCA	19.414	0,23	8	0
SON FERRIOL	13.108	0,21	7	0
XALOC (Campos)	13.413	0,12	3	0
SANTA MARIA DEL CAMI	14.389	0,11	8	0
	817.073	1,16	2827	369

**Tabla 3:** Mujeres menores de 14 años subsaharianas por zona básica de salud.

## 4.2. Para describir los conocimientos y actitudes de los profesionales (objetivo 2)

### Participación y muestra

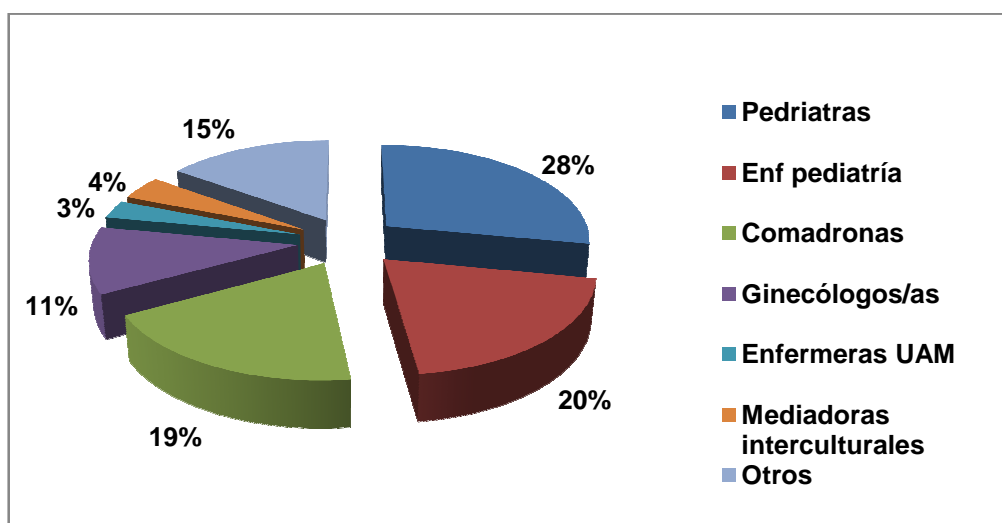
De una población diana de 279 profesionales que por su actividad tienen más posibilidades de detectar casos, han respondido al cuestionario 111 (tasa respondida 40%). La participación por colectivos se encuentran en la tabla 4 y su representación se muestra en la gráfica 1.

ACTIVIDAD PROFESIONAL	PARTICIPANTES N	Tasa de Participación
Pediatras	32	29%
Enfermeras pediatría	22	28%
Comadronas	21	48%
Ginecólogos/as	12	27%
Enfermeras unidades atención a la mujer	3	11%
Mediadoras interculturales	4	80%
Otros	17	-
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>40%</b>

**Tabla 4:** Tasa de participación de los colectivos entrevistados



La media de edad de las personas que han contestado el cuestionario es de 46 años (rango 24-64 años) y el 80% son mujeres. Un 41% trabajan en un centro de salud con más de un 1% de población inmigrante subsahariana.



**Gráfica 1:** Representación de las categorías profesionales en la muestra

## Conocimientos MGF

Todas las personas entrevistadas han afirmado saber qué es la mutilación genital femenina. Una de cada tres piensa que es una escisión de clítoris, y el resto incluye en la definición la escisión de labios mayores y menores. El 32% de los profesionales entrevistados han atendido a algún paciente con MGF. Un 9% desconocen si se sigue practicando o no. La opinión sobre los países que la siguen practicando queda recogida en la tabla 5. Del listado de países que constan en el cuestionario, hay 2 donde no se practica la MGF, Marruecos y la India, y ambos han tenido un 10% de respuestas incorrectas. Sólo un 6% afirman que la MGF también se realiza en España.

PAÍSES	% que piensan que practican MGF
Nigeria	76%
Senegal	71%
Somalia	71%
Gambia	64%
Kenia	62%
Uganda	61%
Mali	56%

Camerún	55%
Mauritania	39%
Egipto	26%
Marruecos	<b>12%</b>
India	<b>10%</b>
España	6%

**Tabla 5.** Países que practican MGF según las personas entrevistadas..

Sobre la edad en la que se practica la MGF, el 24% piensa que es entre 0 y 3 años, el 21% entre 4 y 8 años, el 15% entre 9 y 12 años y un 40% piensan que se practica a cualquier edad. El 95% de las personas entrevistadas creen que la MGF está relacionada con la cultura y la tradición, el 63% con la religión y el 34% con la higiene. El 31% no conoce la legislación sobre la materia.

La principal fuente de información sobre MGF para los profesionales consultados son los medios de comunicación (61%), seguida de las campañas de las ONG (37%), la bibliografía científica (30%), la experiencia en la consulta (26%) y la formación específica (25%).

### **Actitudes frente a la MGF**

Un 12% afirman no saber cómo intervendrían ante un caso de MGF. Un 2% no actuarían por respeto a su cultura. El 68% realizarían un parte de lesiones. El 39% realizarían un abordaje directo del problema. El 37% ofrecerían información sobre las consecuencias para la salud.

El 84% afirma tener interés en este tema y ante una pregunta abierta sobre el por qué de este interés se han identificado 4 temas principales:

- a) Profesionalidad: es un conocimiento necesario por su práctica.
- b) Necesidad práctica: atienden a mucha población subsahariana y ven casos de MGF.
- c) Principios: Se trata de una cuestión de derechos humanos que se quiere ayudar a erradicar.
- d) Desconocimiento: Afirman no saber cómo abordar este tema.

Sobre la importancia del tema, más allá del interés que les causaba, un 73% afirman que es muy importante, un 25% importante y un 2% poco importante.

## Género del profesional y MGF

Hay diferencias en algunas respuestas en función del sexo de la persona entrevistada:

- Los hombres tienden más a afirmar que en los países del cuestionario se practica la MGF (a todos excepto en la India, que es igual por hombres y mujeres).
- Los hombres han tenido menos casos de pacientes con MGF (19% respecto al 35% de las mujeres).
- Los hombres ven menos que las mujeres la relación de la higiene con la práctica de la MGF (18% respecto al 35% de las mujeres).
- Los hombres son menos proclives a informar sobre las consecuencias en la salud en los abordajes de MGF (23% respecto al 41% de las mujeres).
- Los hombres han obtenido más información de medios de comunicación (77% respecto al 57% de las mujeres) y de las ONG (50% respecto al 34% de las mujeres) y menos de formación específica (5% respecto al 31% de las mujeres).
- Las mujeres conceden más importancia al abordaje de la MGF por parte de atención primaria (76% respecto al 59% de los hombres).

Para interpretar estos resultados debemos considerar que la participación en el estudio ha sido voluntaria y que algunas profesiones están más feminizadas que otras. Así, no hay enfermeros ni comadronas que sean hombres entre las personas entrevistadas, y en cambio, el 37% de los pediatras y el 40% de los ginecólogos han sido hombres, considerando que estos sólo representan el 20% de la muestra.

### 4.3. Para conocer la percepción de los actores principales (objetivo 3)

En general, parece que el tema de la MGF causa mucho malestar a las mujeres cuando emigran a un país diferente y descubren que no todas las mujeres están mutiladas. En los profesionales se detecta que este tema causa un gran desconcierto y que, en general, hay una desorganización en las actuaciones que puede provocar incoherencias, inequidades y resultados no deseados. Entre las responsables de administraciones relacionadas como la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares y el Instituto Balear de la Mujer, se

detecta un interés en el tema, pero una descoordinación en términos de líneas de actuación.

### 4.3.1 Profesionales

#### Pediatría:

- Existe la impresión de que en los países que practican la MGF, ésta no se vive como un problema, que sería el equivalente a cuando en Europa se hacen agujeros a las orejas de las recién nacidas. En cambio aquí, la MGF produce espanto.
- Hay dificultades en la detección de la MGF:
  - o En la piel negra resulta más difícil hacer exploraciones dermatológicas. En las vulvas infantiles es complicado valorar la MGF tipo I, especialmente. Otras mutilaciones más severas son más evidentes. Esta dificultad la han confirmado mediadoras africanas expertas en MGF.
  - o Las exploraciones genitales que se practican en niñas y niños resultan igualmente complicadas de por sí.
  - o Cabe reseñar que se ha verbalizado el hecho de que la técnica de la MGF ha evolucionado mucho, por lo que las cicatrices de las intervenciones son casi imperceptibles.
- Hay dificultades para abordar el tema, especialmente cuanto más grandes son las niñas.
- Existe la sensación de que hay poca formación en este tema, no se conoce exactamente cuál es el modo adecuado de actuación.
- Se detecta interés entre los pediatras sobre este tema, porque a pesar de que no hay muchos de casos, **los casos detectados crean mucho desconcierto.**

#### Mediadora intercultural

- Discurso de abordaje desde el respeto, aprovechando la proximidad para hacer prevención.
- Advierte de la desorganización en el tratamiento de la realidad de la MGF, que conduce a la improvisación de circuitos según normas internas cambiantes o criterios personales.

- El trato desde el sistema sanitario puede causar rechazo para futuras intervenciones. Por ejemplo: la presentación de denuncia a los padres o de juicio de sus prácticas, puede hacer inviable futuras actuaciones de prevención sobre otras hijas. De este modo, advierte que los partes de lesiones sistemáticos son contraproducentes y que es necesario hacer un análisis detallado de cada caso antes de tomar estas decisiones.
- No hay ningún registro informatizado de los casos, porque las mediadoras interculturales de atención primaria de salud, que trabajan este tema y detectan casos, no tienen acceso a la historia clínica, por lo que practican un registro manual que no queda registrado en el sistema.
- Es un tema que provoca inseguridad en los profesionales sanitarios cuando se lo encuentran, porque desconocen cómo actuar.
- En Mallorca, las principales procedencias desde donde llegan casos son, especialmente, Malí, Senegal y Nigeria, a pesar de que parece que de Nigeria no llegan como hace un tiempo, y que la mayoría de los senegaleses en la isla son de etnia wolof, quienes no practican la MGF.
- Los hombres nigerianos llegan ahora con el discurso de “yo ya lo sé”, ya que parece que en sus países de origen se han hecho actuaciones en los últimos años sobre este tema.
- La mayoría de MGF en niñas que viven en nuestro país se practican cuando realizan viajes de visita a su país de origen, practicándose en muchas ocasiones sin el consentimiento de su familia más cercana. Por ejemplo, la menor viaja con sus padres, y una madrina aprovecha para realizarle la MGF sin solicitar permiso alguno a los progenitores.
- Considera imprescindible realizar formación específica y sucinta dirigida a profesionales concretos que puedan encontrarse con casos de MGF: especialistas en medicina y enfermería pediátrica, ginecología y mediación intercultural.
- Entiende necesaria la elaboración de un protocolo de actuación claro que recoja la prevención, la detección y la intervención coordinada ante los casos detectados.
- Realiza algunas propuestas de circuito de actuación:
  - o Utilizar las visitas del programa de niño sano a los 2 o 3 meses (antes las madres pueden encontrarse excesivamente atareadas con el neonato), a fin

de impulsar estrategias de prevención centradas en mujeres de los países donde se practica la MGF.

- La intervención ha de basarse en la prevención y aportar información al padre y a la madre. Esta se debe dar evitando hacer juicios culturales, sin practicar amenazas, pero explicando las repercusiones de estas prácticas, tanto a nivel de salud de las mujeres, como las posibles consecuencias legales que sufrirían los padres.
- Realizar un seguimiento de las familias.
- En los momentos previos a los viajes a los países de origen, hacer un refuerzo de la intervención y aportar más información.
- Coordinar toda la actuación con los servicios sociales competentes, si fuera necesario.
- El parte de lesiones debe entenderse como un recurso a utilizar para los profesionales, pero no debe ser empleado nunca de manera sistemática.
- En general, explorar más los genitales de las niñas. Si a los niños se les explora más, nos encontraríamos ante un sesgo de género en la exploración.

#### **4.3.2. A los representantes políticos**

##### **Esther Mato**

Responsable de salud sexual y reproductiva de la Conselleria de Salud y Consumo de las Islas Baleares.

- Demuestra interés en aglutinar esfuerzos de los recursos existentes para diseñar una actuación conjunta y coordinada, apoyada en un protocolo de actuación sociosanitaria.
- Desconoce la existencia de protocolos sobre este tema en otras Comunidades Autónomas.
- Su discurso se sitúa en la línea de facilitar información, centrada en la prevención, respetando la cultura.

##### **Isabel Llinás**

Responsable del Instituto Balear de la Mujer.

- No es un tema que esté muy trabajado por su entidad, pero demuestra interés.

- Afirma que el Instituto Balear de la Mujer, junto con la Conselleria de Salud y Consumo de las Islas Baleares, tendrían que liderar este tema.
- Discurso en la línea punitiva: informar sobre las consecuencias legales de practicar la MGF en España.

#### **4.3.3. Personas titulares de derechos**

Las mujeres y los hombres entrevistados coinciden en que hay una carencia de educación sexual en sus países de origen. Hablar de sexo se considera tabú, especialmente en las zonas rurales. No es un tema elegante, ni siquiera entre mujeres de la misma familia.

Las expresiones incorrectas han sido incluidas tal y como fueron verbalizadas.

*“Al vivir en el pueblo es todo muy cerrado. La gente no habla con facilidad de esos temas. En la ciudad es distinto y se habla algo más de estos temas” (HOMBRE MALÍ)*

*“Sabes, de eso... nos da vergüenza hablar del sexo. Como que no es respeto entre hermanas” (MUJER MALÍ).*

En estos países hay dificultades para hablar de igual a igual entre hombres y mujeres. Los hombres son una figura de poder y decisión y las mujeres tienen un rol, en ocasiones, sumiso. En países como Malí, parece que esto se observa más entre las parejas musulmanas.

*“Tenemos que respetar porque la mujer africana tiene idea de que si tú respetas bien a tu marido, todo lo que él dice, tu hijo va a salir bien, ¿sabes? Tenemos esta idea entonces hay que respetar todo lo que dice él” (MUJER MALÍ).*

La MGF es denominada popularmente como “el corte”. Es una práctica que se asocia a la religión, a pesar de que conviven diferentes religiones en algunos de estos países. Algunas personas entrevistadas se expresan en la línea de que esta práctica tiene más relación con la costumbre que con la religión. Es un mecanismo de control sexual de las mujeres, que asegura su sumisión a los hombres.

*“Porque yo pregunto por qué cortan a mujeres y dice que es para que mujeres puedan aguantar: hombre estar 6 meses trabajando fuera y ella puede aguantar. Si no, las chicas sienten y si no está el marido ellas están buscan chico para hacer cosas. Es una cultura, cosa antigua. Mi madre está de acuerdo” (MUJER NIGERIA).*

Según la justificación tradicional, pasar por la MGF es un rito de paso que purifica a las mujeres y las hace aptas para el matrimonio y, por tanto, les capacita para cumplir el rol que le es asignado en la comunidad.

*“Los mayores de 50 - 60 años, creen que es normal, que las mujeres que no lo tiene hecho no está bien, no está limpia. Si no han pasado por la tradición, no están bien para casarse” (HOMBRE BURKINA FASO).*

La edad de inicio de la MGF parece que ha sufrido variaciones. Anteriormente se aplicaba en la adolescencia, justo antes del matrimonio, pero en la actualidad se observa que se realiza antes. En cualquier caso, puede variar mucho.

*“Ahora se hace a niñas, de entre 1 a 5 años. Antes era a adolescentes, de entre 14 -17 años. Todo cambió por la multa del gobierno, porque hay gente que los puede denunciar” (HOMBRE BURKINA FASO).*

Por lo que verbalizan las personas entrevistadas, la mutilación genital provoca la desaparición del deseo sexual.

*“Sí, antes de 13 años el padre de mis hijos me violó. Yo entonces tenía ganas de hacer sexo pero cuando cortar, cortar ganas. Ahora ya no tengo ganas” (MUJER NIGERIA).*

Esta falta de deseo sexual genera graves problemas de salud sexual de estas mujeres, lo que repercute en las relaciones de pareja.

*“Cuando ellos están con nosotras, no sentimos nada, hombres sienten más que nosotras,... como yo, no siente nada, ellos sí y no les gusta por eso a veces trae problemas porque ellos quieren y ellas no y dicen “yo cansada” porque mujer no tiene ganas, más como*



*hombre forzar, como padre de mí hijo forzarme en cama y hace sexo, me pega, y yo no sentí nada, me duele... trae muchos problemas” (MUJER NIGERIA).*

Este problema parece agravarse cuando estas mujeres emigran a Europa, dado que conocen mujeres de procedencia occidental o africanas con años de residencia en Europa, lo que propicia un contraste entre discursos y sentimientos.

*“...porque mi marido me dice que si tú empiezas a acostarte como una mujer blanca nunca vas a volver con tu mujer, con tu chica de África” (MUJER MALI).*

*“Cambié de idea al venir aquí, porque las mujeres de mí pueblo y las de España no son iguales. Las mujeres en España tienen más ganas de relaciones. Las que han sido cortada tiene menos deseo” (HOMBRE BURKINA FASO).*

Entre las personas entrevistadas hay un discurso de cambio de mentalidad respecto a la MGF. El proceso de emigración a países con contextos culturales diferentes, donde no se practica la MGF, junto a diferentes cambios, les ha conducido a repensar algo que antes no era cuestionable. Ninguno de los entrevistados practicaría MGF a sus hijas, a pesar de que saben que cuando vayan de visita a su país de origen la familia les presionará y que, incluso, lo intenten hacer sin su consentimiento. Esto les causa miedo y malestar porque saben que en Europa esta práctica está perseguida y tienen miedo de las posibles consecuencias (expulsión del país, prisión...).

*“Yo estoy llamando a mi madre... si tu quieres que yo vuelva aquí, a Europa, si tocas a la niña no puedo volver... Mi marido ni siquiera él tampoco no quiere... Él me dice que no va a cortar a ella porque él sabe que aquí, hay control. Si hacemos... va a ser un problema...en la cárcel” (MUJER MALÍ).*

Este proceso de cambio de mentalidad se está produciendo, del mismo modo, en sus países de origen, sobre todo en las zonas urbanas y en las generaciones más jóvenes.

*“Hablamos mucho entre los hombres y ya nadie de mi generación le gusta. Con los mayores ya no se puede hablar”. (HOMBRE BURKINA FASO).*

*“En los últimos años, en las ciudades, las campañas de sensibilización han funcionado muy bien y creo que son “muy necesarias”. En los pueblos la mentalidad es distinta y la práctica es más habitual todavía” (HOMBRE MALÍ).*

Entre las medidas para prevenir la MGF, las personas entrevistadas destacan la sensibilización de las familias que proceden de los países donde se practica. Se menciona repetidamente la necesidad de sensibilizar a los hombres, a pesar de que apuntan que son las mujeres las que perpetúan esta tradición.

*“Primero haciendo campañas de sensibilización, como con los problemas de parto, para que la gente entienda los problemas que puede haber años después. También hay que sensibilizar a los hombres. Aunque la mayor parte de los problemas son con las mujeres: Las madres son las que perpetúan esta situación para no entrar en la vergüenza” (HOMBRE BURKINA FASO).*

## **5. CONCLUSIONES / DISCUSIÓN:**

Después de realizar el estudio y el análisis de los datos obtenidos mediante el cuestionario y las entrevistas personales a los/las profesionales sanitarios/as y personas procedentes de países subsaharianos podemos llegar a las siguientes conclusiones:

### **Conclusiones relacionadas con el objetivo 1:**

La MGF en Mallorca es una realidad. Hay mujeres mutiladas y existen aproximadamente 369 niñas menores de 14 años en riesgo de padecer la práctica de la MGF.

Se ha conseguido identificar algunas zonas prioritarias donde realizar intervenciones preventivas en mutilación genital femenina, es decir, zonas donde residen más de 10 menores de 14 años procedentes de países donde se practica la MGF. La gran mayoría de estas zonas son de Palma, excepto Inca, Lluçmajor y Sa Pobla. Las tres zonas básicas de salud priorizadas, Son Goteu, Pere Garau y Camp Redó, concentran el 38,2% de las menores de 14 años procedentes de países donde se practica la MGF de Mallorca.

En el Mapa de la mutilación genital femenina 2012, elaborado por el grupo de la doctora Kaplan, se calculaba que residían en las Islas Baleares 937 menores de 14 años procedentes de países donde se practica la MGF. Esto contrasta con los datos extraídos de este diagnóstico, donde el número es casi la mitad. Dicho baile de datos, por otra parte común en las investigaciones sobre personas inmigradas tal y como ya se ha explicado, se entiende cuando se considera que tanto la unidad de análisis como las fuentes de estos estudios, son diferentes. Para el Mapa se consultaban datos de empadronamiento de las Islas Baleares, mientras que para el diagnóstico se optó por los datos de tarjeta sanitaria de Mallorca, dado que la zonificación sanitaria era el ámbito de actuación que parecía más adecuado para la planificación de intervenciones preventivas sobre los profesionales y las familias.

A pesar estas divergencias en los datos concretos, ambos estudios coinciden en que la máxima concentración de esta población se encuentra localizada en Palma, seguida de Inca y Lluçmajor. El Mapa identifica que los cinco orígenes más comunes, donde todavía se

practica la MGF, de entre las personas residentes en las Islas Baleares son Nigeria, Senegal, Malí, Guinea y Ghana, concentrando los dos primeros el 75% de esta población.

### **Conclusiones relacionadas con el objetivo 2:**

En estudios con cuestionarios auto cumplimentados distribuidos on-line siempre hay un sesgo de voluntariado, es decir, que responden más aquellas personas interesadas en la temática que se trata. En este caso, la tasa de respuesta (36%) ha estado dentro de lo que se espera de un estudio de este tipo entre profesionales sanitarios, que suele estar en un arco entre el 30-50%. Han contestado más las mujeres y los profesionales que trabajan en ZBS de las destacadas como prioritarias de intervención en el objetivo anterior. Esto conduce a pensar que aquellas personas que atienden a inmigrantes subsaharianos y/o son mujeres, demuestran más interés por este tema: las primeras porque tiene una utilidad práctica por su trabajo, y las segundas por una cierta sensibilidad de género.

Los conocimientos generales sobre MGF de las personas entrevistadas parecen amplios, pero en cambio se detecta cierto desconocimiento en aspectos específicos. Por ejemplo, 3 de cada 10 afirman no conocer la legislación vigente sobre este tema. Esto, probablemente, se debe a que la mayoría no tienen formación específica sobre MGF, lo cual quiere decir que la principal fuente de información que tienen son los medios de comunicación, que a menudo realizan un seguimiento del tema muy general y sensacionalista, que a veces criminaliza a las personas que lo practican. Probablemente sería necesaria una formación específica de estos profesionales, sobre todo si tenemos en cuenta que la población diana para este objetivo eran aquellos que por su profesión están en mejores condiciones para detectar e intervenir en MGF.

Se evidencia que se trata de una realidad que casi todas las personas entrevistadas consideran importante o muy importante, y más del 80% consideran que es de su interés. Los motivos señalados de este interés son: por profesionalidad, ya que son conocimientos que consideran han de tener para atender en mejores condiciones a la población; por necesidad práctica, es un conocimiento que requieren, ya que atienden a población procedente de donde se practica la MGF; por principios, ya que estamos ante una cuestión de derechos humanos que debe erradicarse y quieren contribuir a ello con su práctica; o

por desconocimiento, es un tema del que no saben nada o saben poco y que despierta curiosidad o inseguridad.

Las actitudes y conocimientos sobre este tema que poseen los profesionales varían en función del género. Por ejemplo, las mujeres le conceden mayor importancia al abordaje de la MGF desde atención primaria, han recibido más formación específica, se han encontrado un mayor número de casos (lo cual probablemente indica un sesgo de género en la detección) y son más proclives a informar sobre salud en las intervenciones de MGF. Este aspecto debería ser considerado a la hora de plantear estrategias formativas e intervenciones para o desde los profesionales sanitarios.

### **Conclusiones relacionadas con el objetivo 3:**

Las personas del colectivo sanitario entrevistadas, detectan unas necesidades de formación en este tema. Estas necesidades formativas se dirigen tanto a la detección de la MGF como a su abordaje. También recogen una necesidad de organización institucional y profesional.

Esta información también se extrae de las entrevistas a las representantes de las instituciones, donde se detecta que existe un cierto interés en la temática, pero queda evidenciada la ausencia de acuerdos entre las propias instituciones.

Se saluda crear un espacio de comunicación entre las diferentes instituciones implicadas o interesadas en esta temática y los profesionales, a fin de propiciar un clima de consenso que ayude a definir el discurso y las actuaciones que tiene que tomar la administración y sus profesionales ante la MGF. Producto de este espacio de coordinación y reflexión, y también como demanda de los profesionales, hay una demanda de crear un protocolo o guía de abordaje en la MGF que oriente al profesional sanitario y ordene su coordinación con otros recursos definiendo un circuito, tal y cómo existe en otras CCAA.

Mediante el testimonio de las personas inmigradas de países donde se practica la MGF, se ha confirmado la problemática que para la salud sexual de las mujeres afectadas supone, algo que tendrá repercusiones a lo largo de todas sus vidas.

La MGF, es un fenómeno complejo, muy arraigado en la cultura y en el contexto concreto de los países donde se practica, pero que afortunadamente está en proceso de cambio, apreciándose un cierto declive como práctica. Apoyar este cambio es una responsabilidad de las instituciones del país de acogida hacia las personas migradas. Las personas entrevistadas solicitan explícitamente campañas de sensibilización dirigidas a las familias, tanto aquí como en sus países de procedencia.

## Conclusiones generales del Diagnóstico y recomendaciones:

A pesar de que no puede ser verificado, todo indica que la prevalencia e incidencia de la MGF en Mallorca no es muy elevada. No obstante, es un tema que causa molestia e incertidumbre entre los profesionales afectados, ya que desconocen el modo de actuación y, sobre todo, causa especial malestar a las personas que la sufren, pues nos enfrentamos ante una vulneración de derechos humanos. Este hecho hace que, a pesar de que los potenciales casos que existen en Mallorca no son prevalentes respecto a la población total, sí que este tendría que ser un **tema de máximo interés en salud pública**. Cabe añadir, por otro lado, que el número de personas susceptibles de padecer esta práctica es fácilmente abarcable y pudiera conducir a mitigar los riesgos de mutilación en el futuro.

Los resultados de este diagnóstico **identifican las ZBS de actuación prioritaria** respecto a la MGF. También identifican las **necesidades formativas de los profesionales sanitarios** más implicados: en detección, en abordaje, en prevención, en legislación, y en identificación de los países de origen donde se practica la MGF. Estas serían formaciones específicas breves, fáciles de organizar mediante los sistemas de formación continua del propio servicio balear de salud, y que deberían considerar las diferencias de conocimiento y actitudes de los propios profesionales en función de su género.

También se identifica una **necesidad importante de organización y coordinación** sobre este tema. Crear una mesa sobre la MGF que aglutine a profesionales, ONG's que trabajen el tema, asociaciones de migrantes, la Conselleria de salud y demás administraciones relacionadas con la materia, sería la propuesta inicial del grupo de trabajo que realiza este diagnóstico, a fin de dar inicio a un proceso de reflexión y consenso que conduzca a las actuaciones necesarias de coordinación. En este sentido, es imprescindible **definir el**

**círculo de actuación** en caso de detecciones de MGF, así como para su detección y prevención.

No existe ningún protocolo de actuación para la prevención de la MGF y la protección de las niñas en nuestra región. Tras la detallada lectura del presente diagnóstico, se presenta totalmente imprescindible la creación de un protocolo sobre MGF, protocolo que debería ser enfocado desde un punto de vista integral y a nivel autonómico, en el cual se especifiquen los mecanismos de actuación y los diferentes actores implicados (hospitales, centros de salud, colegios, asociaciones de ámbito local,...).

Por tanto, este diagnóstico ha detectado necesidades y zonas de actuación prioritaria en el ámbito de la MGF: **Ahora es el momento de actuar.**

## **6. AGRADECIMIENTOS:**

Agradecemos la participación de todas las personas que han contestado a los cuestionarios on-line, a quienes han participado voluntariamente en las entrevistas cualitativas, al esfuerzo e interés del grupo de mutilación femenina de Metges del Món, Junta Directiva y al equipo técnico de la organización que se ha implicado en el proceso, a Sebastià March, sociólogo y colaborador de la entidad, a María Ramos por su revisión ortográfica y gramatical, a la Unidad de investigación de Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, y a Ruth Díez, vocal de cooperación internacional de Médicos del Mundo Islas Baleares, por sus magníficas fotografías.