Informe

Evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la

Mutilación

Genital Femenina en el Estado español

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Autoría y edición:

- Médicos del Mundo. Diciembre 2020

Diseño y maquetación

- zmo@zakagrafico.com

Fotografías

Las fotografías hacer parte de la muestra "Mi Lucha, Nuestra Lucha", trabajo colectivo realizado por las mujeres del grupo de activismo de Mutilación Genital Femenina de Madrid, Joan, Benedicta, Aissatou, Lynda, Rachel, Betty, Nossa, Esse, Mónica, Maryam, Mariana Nalanda, Hariratou, Messi y Hodan y la fotógrafa y activista Camila Espinel.

- Portada “Mi cuerpo y mi mente dicen STOP”. Messi.

This work is licensed under CC BY-NC 4.0

evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en el estado español

Agradecimientos

A todas las personas que han participado en el proceso de evaluación aportando información, identificando informantes clave y participando en las entrevistas y cuestionarios.

A los equipos de mediación, a las personas voluntarias y los equipos técnicos del ámbito estatal de Médicos del Mundo que, gracias a su conocimiento y compromiso, han hecho posible esta evaluación y que aportan de alguna forma u otra al programa de Mutilación Genital Femenina de Médicos del Mundo.

Al grupo de Mutilación Genital Femenina de Médicos del Mundo, por aportar su expertise y orientar la reflexión y la acción en el marco del programa.

A Idoia Ugarte por su apoyo y por aportar conocimientos sobre metodologías de investigación, antropología y MGF.

A Alessandro Bua y a Julia Moreno, por su continuo apoyo, orientación y profundo conocimiento de la temática abordada en el informe.

Al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por la confianza depositada en nuestra organización y hacer posible realizar esta evaluación a través de su financiación.

Índice

PRESENTACIÓN 11

INTRODUCCIÓN 15

2.1. Justificación 17

2.2. Marco contextual 18

2.3. Objetivo general y específicos de la evaluación 25

METODOLOGÍA Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN 27

3.1. Diseño de la evaluación 29

3.2. Objeto y alcance de la evaluación 30

3.3. Configuración de la muestra, recopilación de datos y perfil de participantes 34

3.4. Procedimiento de análisis e interpretación 36

3.5. Consideraciones éticas y limitaciones del estudio 36

RESULTADOS 39

4.1. El diseño y conceptualización de los protocolos y guias 41

4.2. La implementación de los protocolos y guías 77

4.3. El desempeño en los protocolos y guías 90

VALORACIÓN DE LA INCLUSIÓN DE UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO, DE GÉNERO Y DE DERECHOS HUMANOS **103**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES **109**

6.1. Fortalezas y debilidades generales 115

6.2. Recomendaciones 122

BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS **125**

BIBLIOGRAFÍA **129**

ANEXOS **135**

Anexo I. Técnicas de recogida de información y participantes 136

Anexo II. Matriz de evaluación: Preguntas, criterios y dimensiones 138

Anexo III. Cuestionario evaluación de protocolos MGF dirigido a profesionales sociosanitarios 148

Índice de tablas e ilustraciones

Tablas

Tabla 1. Muestra estructural y perfil de participantes 35

Tabla 2. Normativa autonómica/local relativa a la MGF 43

Tabla 3. Nivel de desagregación de datos sobre la situación MGF en cada protocolo 51

Tabla 4. Organismos/instituciones y agentes participantes en la elaboración de los protocolos 54

Tabla 5. Mecanismos de seguimiento y evaluación en los protocolos 74

Tabla 06. Percepción de profesionales sociosanitarios de la formación/información sobre actuación y prevención de la MGF 81

Tabla 7. Nivel del conocimiento de los protocolos (estatal y/o autonómico) de profesionales sociosanitarios 82

Tabla 8. Profesionales sociosanitarios que han atendido casos de MGF 83

Tabla 9. Resumen actuaciones MGF desarrolladas en las CCAA hasta 2017. Informe VG de 2017 97

Tabla 10. Casos detectados de MGF en Euskadi según edad. Osakidetza 100

Tabla 11. Casos detectados en Euskadi según tipo MGF. Osakidetza 100

Tabla 12. Casos detectados en Euskadi según ámbito sanitario. Osakidetza 100

Ilustraciones

Ilustración 1. Línea del tiempo: Protocolos y Guías ante la MGF en el Estado español 32

Ilustración 2. Actuaciones sanitarias en el protocolo estatal con factores de riesgo o situación de riesgo inminente de MGF en niñas 57

Ilustración 3. Actuaciones sanitarias en el protocolo estatal con confirmación de MGF practicada en niñas 59

Ilustración 4. Líneas de actuación, tipo de intervención y sectores y profesionales recomendados en la prevención e intervención de MGF 71

Ilustración 5. Ante la detección de MGF el/la profesional ¿con que otros recursos o profesionales se coordina ante un caso de MGF? 85

Ilustración 6. Modo de detección de riesgo o de mutilación realizada de los casos atendidos de profesionales sociosanitarios 91

Ilustración 7. Actividades de prevención y actuación realizadas ante la MGF 93

Ilustración 8. Casos de MGF de menores identificadas por la Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra en Catalunya (2019) 101

Abreviaturas, acrónimos y siglas

AE	Atención Especializada
ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
AP	Atención Primaria
ARAPAP	Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
CIAF/IAC	Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
COVIGE	Comisión contra la Violencia de Género
DGVG	Delegación del Gobierno para la Violencia de Género
DID	Diseño, Implementación y Desempeño
EIGE	European Institute for Gender Equality-Instituto Europeo para la Equidad de Género
MENAs	Menores Extranjeros no Acompañados
MdM	Médicos del Mundo
MGF	Mutilación Genital Femenina
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo específico
OG	Objetivo general
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAP	Parlamento Panafricano
PG-ME	Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra
PSI	Programa de Salud Infantil
SPARS	Sociedad de Pediatría Aragón, la Rioja y Soria
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TdD	Titulares de Derechos
TdO	Titulares de Obligaciones
TdR	Titulares de Responsabilidades
VG	Violencias de Género
UAB	Universitat Autònoma de Barcelona
UE	Unión Europea
UNAF	Unión de Asociaciones Familiares
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

01

presentación

El presente documento corresponde al informe final de evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina (en adelante MGF) en el Estado español, adoptados por diferentes administraciones, tanto a nivel estatal como autonómico y municipal. El principal objetivo de la evaluación es contribuir a mejorar las políticas públicas y las estrategias de prevención y actuación ante la MGF, mediante una valoración del diseño, implementación y resultados de los protocolos y guías vigentes en el Estado español tanto a nivel estatal, autonómico y municipal.

Esta evaluación se ha apoyado en técnicas de investigación de carácter cualitativo, realizando entrevistas en profundidad, grupos focales y cuestionarios, con la participación de diferentes Titulares de Responsabilidades (TdR), entidades y profesionales del ámbito social y sanitario con vinculación con estos procesos, Titulares de Derechos (TdD) así como Titulares de Obligaciones (TdO) pertenecientes a distintas administraciones.

La evaluación combina un análisis descriptivo-analítico identificando los aspectos críticos de cada protocolo o guía, tanto en el diseño, como el proceso de implementación y resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos. Asimismo, la evaluación ofrece recomendaciones que fortalecen las estrategias futuras de las personas clave involucradas, proporcionando también un compendio de los avances y buenas prácticas que se están produciendo en nuestro país en las políticas públicas de prevención y actuación ante la MGF.

introducción

02

2.1. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto pretende contribuir a mejorar políticas públicas y estrategias de intervención en el ámbito de la Mutilación Genital Femenina (MGF) a través de la evaluación de los protocolos vigentes en este ámbito.

Estos protocolos han sido adoptados por diferentes administraciones, tanto a nivel estatal como autonómicos, y pretenden ofrecer pautas de intervención para la prevención y (en algunos casos) la actuación ante la MGF. Su contenido no es homogéneo, debido a que incorporan enfoques distintos: algunos presentan carácter sectorial, limitándose a contemplar pautas de actuación para profesionales del ámbito sanitario; en otros casos, se adopta un enfoque de carácter integral que implica a diferentes actores (institucionales, de la administración y sociales) que pueden entrar en contacto con familias en las que hay niñas en riesgo de MGF. Por otra parte, la mayor parte de los protocolos no contienen un sistema de monitoreo y evaluación que permita valorar el nivel de cumplimiento de los objetivos previstos, ni orientar las políticas públicas y las actuaciones necesarias para hacer frente a la MGF.

En diferentes trabajos exploratorios llevados a cabo por Médicos del Mundo en Aragón (2016) y Navarra (2017) se observaba que el nivel de conocimiento de los protocolos autonómicos existentes en materia de MGF era ampliamente mejorable entre profesionales de la salud entrevistados. Difícilmente las niñas en riesgo y las mujeres supervivientes de MGF podrán acceder a las medidas de prevención y protección previstas si los protocolos no consiguen el alcance y el impacto esperado en relación con su implantación, condicionando así la eficacia de las distintas estrategias preventivas.

Médicos del Mundo (en adelante MdM) cuenta con una trayectoria de casi 20 años en el trabajo sobre MGF desarrollando su programa en 11 ciudades del territorio estatal, 3 países de África, así como participando en iniciativas y proyectos a nivel europeo. MdM está posicionada como entidad referente en el sector, gracias a la incorporación de mediadoras interculturales como estrategia de participación de las propias comunidades desde el comienzo de la intervención. De esta forma, se contribuyó a visibilizar la problemática de la MGF, a situarla en la agenda política como forma de violencia de género, y generar un aprendizaje sobre el abordaje multinivel e intersectorial.

Por ello, MdM ha considerado necesario realizar, a través de este informe, una evaluación exhaustiva de los protocolos en materia de MGF, con el objetivo de contribuir a identificar áreas de mejora que permitan orientar la futura acción política y social en este ámbito.

2.2. MARCO CONTEXTUAL

2.2.1. La Mutilación Genital Femenina (MGF)

El término "mutilación genital femenina"[1] fue oficialmente adoptado en 1990 por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales (CIAF-IAC)[2] y la OMS. Desde una perspectiva de la salud, la MGF fue definida como la "extirpación total o parcial de los genitales femeninos, con una finalidad no terapéutica, llevada a cabo por razones sociales y culturales" (OMS, 2013). Dicha definición fue modificada por la OMS en 2016, abarcando todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos (OMS,2016).

La MGF se clasifica en cuatro tipos principales:

- Tipo I o Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio.
- Tipo II o Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- Tipo III o Infibulación: 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: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

La práctica de la MGF tiene consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo sobre la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de mujeres y niñas. En algunas zonas, la MGF se realiza durante la infancia, incluso un par de días después del nacimiento. En otras, se lleva a cabo durante la niñez, a la hora de contraer matrimonio, durante el primer embarazo de una mujer o tras el nacimiento de su primer hijo/a. Informes recientes sugieren que la edad ha ido disminuyendo en algunas zonas, y la mayoría de las MGF se realizan en niñas de entre 0 y 15 años.

La MGF es considerada por quienes la practican como una muestra de respeto a la tradición y a sus personas mayores, además de un rito de iniciación para el paso a la edad adulta, una exigencia para la integración y preservación de la cohesión social. Es por tanto una práctica que forma parte de tradiciones ancestrales que pretenden proteger a la mujer partiendo de unos determinados patrones culturales sobre la sexualidad y sobre la función que debe cumplir la mujer en la familia y en la sociedad.

Desde la perspectiva de salud, se alude a las consecuencias físicas y psicológicas que su práctica implica sobre la sa-

1 La expresión MGF ha suscitado algunas objeciones, argumentándose que expresa un juicio sobre una práctica ancestral de numerosas comunidades, por lo que algunas organizaciones hacen uso del término "ablación" o "corte", por ser considerado más neutro. Por el contrario, otros organismos consideran que el término "mutilación" incide, a nivel político, en la idea de que su práctica supone una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas, y refuerza el compromiso estatal e internacional para su eliminación. De este modo, y por lo general, el uso del término depende del contexto en el que se produzca, siendo utilizado en el abordaje entre familias y profesionales el término "ablación" o "corte", y a nivel político, el concepto de "mutilación". (MdM, 2019, p. 13).

2 III Conferencia del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas (1990).

lud y bienestar de mujeres y niñas. Sin embargo, el abordaje desde la salud por sí solo se muestra inefectivo, siendo necesario tener en cuenta aspectos sociales y culturales que llevan a realizar la práctica, y haciendo partícipe de este modo a las comunidades en las decisiones sobre su propia salud. En base a estas carencias, otros enfoques señalan que las causas estructurales que mantienen esta práctica se encuentran en la desigualdad de poder entre mujeres y hombres, haciendo necesario un abordaje con enfoque de género.

Actualmente la MGF es reconocida internacionalmente[3] como una violación grave de los derechos humanos, un tipo de violencia contra las mujeres y las niñas y una manifestación de la desigualdad de género, tal y como queda reflejado en el preámbulo de Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul): "Las mujeres y niñas se exponen a menudo a formas graves de violencia como la violencia doméstica, el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzoso, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del «honor» y las mutilaciones genitales, que constituyen una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y un obstáculo fundamental para la realización de la igualdad entre mujeres y hombres"[4].

Desde MdM se hace uso de la expresión Mutilación Genital Femenina (MGF), por considerar que describe una violación de los derechos de las mujeres. "Se entiende de esta forma el término MGF como un instrumento de sensibilización [...] y una herramienta de empoderamiento y autopromoción para que las supervivientes y las comunidades afectadas reconozcan el alcance de la violencia que padecen y trabajen hasta su erradicación" (MdM, 2017, p. 5). Una práctica tradicional nociva que supone una forma de violencia contra las mujeres y las niñas y que viola sus derechos humanos, al ser una acción directa que implica dolor extremo y produce daños físicos y psicológicos. En concreto, la MGF priva a mujeres y niñas de su derecho a la integridad física y mental; protección contra la violencia; el nivel más alto posible de salud; una discriminación basada en el género; derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes; derecho a la vida (cuando el procedimiento resulta letal).

2.2.2. La magnitud del fenómeno en el ámbito internacional y estatal

Se desconoce la realidad estadística exacta de la magnitud del problema a nivel internacional, siendo los datos existentes una mera estimación del fenómeno. Desde las cifras oficiales de UNICEF (2016) se apunta a que la MGF afecta al menos a 200 millones de mujeres y niñas en 31 países de todo el mundo. Esta cifra solo incluye países para los que existen datos procedentes de encuestas representativas a gran escala, entre los que se encuentran 27 países del continente africano además del Iraq, el Yemen, las Maldivas e Indonesia. En estos datos no están incluidos el resto de los países que carecen de datos estatales sobre la prevalencia de la MGF.

Aunque en las últimas tres décadas se ha registrado un descenso generalizado de la práctica a nivel global, no es suficiente para contrarrestar los efectos del crecimiento demográfico. Si las tendencias se mantienen, tal y como estima UNICEF, el número de niñas y mujeres en riesgo de sufrir MGF se incrementará significativamente en los próximos 12 años, aunque las tendencias apuntan a que las niñas tienen menos probabilidades de ser sometidas a ella hoy en día que sus madres. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2018), si la población sigue la tendencia actual, al menos otros 68 millones de niñas en todo el mundo sufrirán la MGF de aquí a 2030, aumentando la estimación actual de 4,1 millones de niñas mutiladas cada año hasta llegar a los 4,6 millones anuales para el año 2030. Estos datos previsiblemente pueden ser más numerosos, ya que no se tiene en cuenta de los 60 países que como mínimo no disponen de datos oficiales (EndFGM European Network, US EndFGM y Equality NOW, 2020).

---

3 Ver apartado 2.2.3. Contexto de la lucha contra la MGF en el ámbito internacional y estatal.

4 Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

Los orígenes de esta práctica no están claros, en muchos pueblos y sociedades diferentes a lo largo de los siglos y en todos los continentes han seguido la práctica de la MGF. La prevalencia de la MGF varía tanto de un país a otro, así como entre regiones. De acuerdo con la OMS (2010), la etnia es el factor que mejor ayuda a determinar tanto su prevalencia como el tipo de MGF que se practica, y puede encontrarse en comunidades de todo el mundo.

En el último informe publicado de la Red Europea contra la MGF (EndFGM,2020) se analiza la magnitud del fenómeno en más de 90 países de todo el mundo y llegan a las siguientes conclusiones:

- Existe una creciente evidencia de que la MGF se practica por todos los rincones del mundo, al menos en 92 países tanto de África, Asia, Oriente Medio, América Latina, Europa como Norteamérica, tanto en comunidades en origen como en diáspora.
- Solo 51 países[5] han abordado de forma específica esta práctica en su marco jurídico estatal, pero a nivel internacional se ha avanzado en la promulgación de decretos y normas supranacionales para luchar conta la MGF, como veremos en el siguiente apartado.
- Por último, el informe menciona que las acciones para combatir la MGF carecen en gran medida de recursos y requieren una inversión urgente. La mayoría de los fondos actuales se concentran en un número limitado de países en el continente africano, mientras que Asia, Oriente Medio y América Latina apenas reciben inversiones.

El Estado español y otros países europeos son receptores de población originaria de países/regiones donde se practica actualmente la MGF. Por ello, la lucha contra la MGF se desarrolla en distintas intervenciones y políticas estatales o locales, y se dirigen en primer lugar a la identificación de los escenarios más frecuentes en los que se puede encontrar a niñas y mujeres con una MGF realizada o en riesgo de padecerla, y que permiten valorar el tipo de intervención más adecuada. La magnitud del fenómeno es considerable, y no solo atañe a los países donde se practique, sino también a los países de acogida.

Situación de la MGF en el Estado español

Según estimaciones del Instituto Europeo para la Equidad de Género (EIGE, 2015), en Europa la cifra de mujeres y niñas en riesgo de MGF ronda el medio millón. Igual que en el ámbito internacional, a nivel estatal tampoco existen datos oficiales a nivel estatal o autonómico que muestren la realidad estadística de esta problemática. Todos los estudios y protocolos, que posteriormente se analizan, hacen referencia a las estimaciones de prevalencia de la MGF realizados por la Fundación Wassu-UAB.

El Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España (Fundación Wassu-UAB, 2016)6, apunta a que cerca de 70.000 mujeres y niñas corren riesgo de ser mutiladas, un 5,2% más que en 2012. De ellas, 18.396 son menores de 14 años, una cifra que ha disminuido ligeramente en los últimos cuatro años. En este estudio se estima también que en el Estado español viven 15.907 mujeres supervivientes de esta práctica.

Según los últimos resultados (Fundación Wassu-UAB, 2020), la estimación del número de niñas menores de 14 años nacidas en familias procedentes de países donde se practica la MGF asciende a 15.562. De estas niñas, aplicando los índices

5 A este dato hay que añadir la reciente aprobación el 22 de abril de 2020 en Sudán de un borrador de ley para criminalizar la MGF.

6 El Mapa de MGF en España es una herramienta que impulsa la Dra. Adriana Kaplan en 2001 para estudiar y monitorizar los movimientos migratorios de la población procedente de países donde se practica la MGF. Se actualiza cada 4 años, sirve para poder planificar políticas y estrategias de prevención y atención de la MGF a nivel municipal, provincial y estatal.

de prevalencia del país de origen correspondiente y valorando el impacto del proceso de aculturación en la realización de la práctica, se calcula que 3.652,13 están en riesgo de sufrir MGF. Barcelona es la provincia con el número estimado de niñas en riesgo más elevado, con 746,14 niñas. La segunda es Girona (504,025), seguida de Madrid (335,065).

En este último estudio se incluyen las siguientes recomendaciones de mejora: ofrecer una atención integral de la MGF, incluyendo a las niñas que están en riesgo y a las mujeres que ya la han sufrido, garantizando el acceso a recursos sanitarios de calidad que se adapten a sus necesidades específicas; hacer partícipe a la comunidad en todo el proceso de elaboración e implementación de nuevas políticas públicas en materia de MGF; ampliar los programas de sensibilización, formación y educación orientados a la comunidad migrante o con vínculos en países donde se practica la MGF, fomentando el establecimiento de agentes de cambio; fomentar las redes de solidaridad entre mujeres migrantes, que incentiven su empoderamiento, y que faciliten la detección y abordaje de las violencias machistas; crear herramientas estatales que permitan sistematizar y extender a todo el territorio estatal los programas que han dado buenos resultados en determinadas zonas; definir un plan estatal de formación continuada y en profundidad en materia de prevención y atención de la MGF, dirigida a los y las profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación; e incluir la MGF en los currículos formativos de todas las ciencias de la salud, sociales, de la educación, del ámbito jurídico y de las comunicaciones.

2.2.3. Contexto de la lucha contra la MGF en el ámbito internacional y estatal

A nivel internacional, la ONU, la Unión Africana, la Unión Europea y otros organismos han promovido tratados, documentos de consenso y acuerdos internacionales con el objetivo de proteger a mujeres y niñas frente a la vulneración de derechos que supone la MGF. Si bien el desarrollo de una protección jurídica internacional no tuvo un abordaje específico que considerase la MGF como forma de violencia hacia las mujeres y niñas hasta finales del siglo XX: "La MGF ha encontrado obstáculos para ser catalogada como una práctica que vulnera derechos fundamentales de las mujeres. Esto se debe a que ha sido y es una práctica fuertemente arraigada en las tradiciones culturales y llevada a cabo en un contexto privado, situación que ha dificultado, históricamente, su observancia por parte de instituciones públicas internacionales" (Fernández de Castro. P., Portal Martínez E. y Serrano García J., 2018, p.72).

En 1979, la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) constituyó un momento clave en el reconocimiento de las Mutilaciones Genitales Femeninas como violación de los derechos humanos. En ese mismo año, en el primer seminario regional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan la salud de la mujer (OMS, Jartum, Sudán), se realizó un llamamiento histórico de condena a la práctica de la MGF en todas sus formas. Pero no es hasta la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, adoptada en el seno de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, cuando se incluye expresamente la MGF como una forma concreta de violencia contra la mujer. Posteriormente se sucedieron distintos instrumentos internacionales donde sí se condenaba expresamente la MGF como violencia de género:

- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África de 11 de julio de 2003, también conocido como Protocolo Maputo, exige a los gobiernos de los países africanos, entre otros, que erradiquen toda forma de discriminación y violencia contra las mujeres en África y promuevan la igualdad entre hombres y mujeres. En su art. 5 prohíbe expresamente la mutilación genital femenina. Como consecuencia de este texto, la MGF ha ido progresivamente prohibiéndose por el ordenamiento jurídico interno de muchos Estados africanos, pero sin embargo solo con las leyes no es suficiente.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008a) aprobó el 24 de mayo de 2008 la Resolución WHA61.16, en la que se subrayaba la necesidad de una acción concertada entre todos los sectores - salud, educación, finanzas, justicia y asuntos de la mujer.

- La Declaración interinstitucional de OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS, para la eliminación de la mutilación genital femenina (OMS, 2008b).
- La Estrategia mundial para eliminar las distintas formas de mutilación genital femenina practicadas por los dispensadores de atención de salud (OMS, 2010).
- Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobada en diciembre de 2014: A/C.3/67/L.21/Rev.1 Intensifying Global Efforts for the Elimination of Female Genital Mutilation.
- Resolución 32/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, "Eliminación de la mutilación genital femenina" del 29 de junio de 2016.
- El Parlamento Panafricano (PAP), órgano consultivo de la Unión Africana, consensuó en agosto de 2016 junto a Naciones Unidas una iniciativa continental para prohibir la MGF. El acuerdo tiene como objetivo identificar acciones que aceleren la eliminación de la ablación y de los matrimonios infantiles.

A nivel europeo, un momento clave en la lucha contra la violencia contra las mujeres y por tanto contra la MGF, es la firma en 2011 del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul). Se trata del primer instrumento legalmente vinculante en Europa en materia de prevención y protección de víctimas de violencia de género, y el primero que reconoce explícitamente la MGF como una forma de violencia contras las mujeres y las niñas. El artículo 38 establece que todos los Estados que lo hubiesen ratificado están obligados a regular como delito cualquier tipo de escisión, infibulación o mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, menores o clítoris; igualmente, conlleva la obligación de sancionar aquellas conductas que pretenden obligar a una mujer u obligar e incitar a una niña a someterse a cualquiera de estos actos o proporcionarle medios para ello. El Gobierno español firmó ad referendum el Convenio el mismo 11 de mayo de 2011 y las Cortes Generales lo ratificaron el 6 de junio de 2014.

Este hito constituye el primer compromiso real y político del Consejo de Europa con medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF en la UE. Como objetivos más destacados se mencionan un mejor conocimiento de la MGF en la UE, promover una prevención efectiva e implantar medidas de apoyo a las víctimas, incluyendo el proceso de cambio social y el empoderamiento de las mujeres, apoyar la aplicación de las leyes que prohíben la MGF, garantizar la protección de las mujeres en riesgo dentro del marco legislativo existente en la UE en materia de asilo y, finalmente, promover la eliminación de la MGF en todo el mundo, mejorando la protección de las mujeres en riesgo en los países fuera de la UE.

De esta forma, la UE insta a los Estados miembros y a la Comisión Europea a desarrollar y emprender acciones multidisciplinarias efectivas para eliminar la MGF en aquellos lugares donde se practique, asegurando la participación de todos los perfiles relevantes, especialmente en el ámbito de la justicia, policial, de la salud, servicios sociales, protección infantil, educación, migración y asilo y acción exterior. Asimismo, se ha instado a la recopilación y difusión de datos fiables, comparables y periódicamente actualizados sobre la prevalencia de la MGF a nivel de la UE, así como a nivel estatal allí donde la MGF se practica, a la promoción de las actividades formativas para los/as profesionales en la materia y a garantizar el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de atención especializados.

Por último, hay que mencionar que desde el ámbito internacional se aborda el derecho de asilo y reconocimiento de la condición de refugiada en los supuestos de mutilación genital femenina. Si bien este reconocimiento queda a expensas de la interpretación en cada uno de los Estados[7].

7 Los últimos datos del informe del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) muestran que en 2017 unas 66.000 mujeres provenientes de países donde se practica la mutilación genital femenina son solicitantes de asilo en la Unión Europea, de las que al menos 24.000 la han sufrido ya.

Actualmente, el Parlamento Europeo mantiene un fuerte compromiso para contribuir a eliminar la MGF en todo el mundo. El 12 de febrero del año 2020 aprobó una nueva resolución que pide a la Comisión Europea que incluya medidas para poner fin a la MGF en su nueva estrategia de igualdad de género y que apoye a las supervivientes[8]. Asimismo, la importancia de eliminar la MGF está reconocida en el marco del Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS Agenda 2030), enfocado a lograr la igualdad entre los géneros. La meta 5.3 exige a los 193 países que han suscrito los ODS que tomen medidas para "eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina" (ONU, 2015).

En el caso del Estado español, en las últimas décadas se prestó una atención especial a la MGF derivado, fundamentalmente, de la llegada de población migrante procedente de países dónde se practica la MGF y también del incremento de la atención preventiva por parte de entidades especializadas y de las instituciones españolas, con el horizonte de 2030 como objetivo de Naciones Unidas para erradicar esta práctica. Ante esta situación, se fueron sucediendo normativas que hacen referencia a la MGF tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, tanto en el ámbito de la protección a la infancia como en relación con la violencia de género.

Con anterioridad a la ratificación del Convenio de Estambul, en el Estado español se desarrollaron distintas normativas e iniciativas para prevenir la MGF. Las más relevantes fueron:

- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, como modificación del Código Penal tipificando la MGF, en cualquiera de sus manifestaciones, como delito en su artículo 149.2.
- Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la 6/1985, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, en su artículo único se indica: "Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer (11) de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley penal española, con algunos de los siguientes delitos: a) genocidio... g) los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España".
- Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de protección subsidiaria, hace posible solicitar asilo por razones relacionadas con la MGF.
- Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, aprobada por el Consejo de Ministros del 26 de julio de 2013, contiene un eje específico denominado "visibilización de otras formas de violencia sobre la mujer" (medida 185) y se refiere a "promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina."
- El Pleno del Observatorio de la Infancia, órgano dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, aprobó en su sesión de 9 de junio de 2014 el Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar, manteniendo su identidad como protocolo marco de actuación conjunta e integral, susceptible de desarrollo en cada comunidad autónoma.

Tras la ratificación del Convenio de Estambul, se produjeron tres hitos importantes a nivel normativo:

- Por un lado, la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal, limitó la posibilidad de que la justicia española se pronuncie sobre un caso de MGF practicada en el extranjero solo en los supuestos en los que la

8 European Parliament resolution of 12 February 2020 on. An EU strategy to put an end to female genital mutilation around the world (2019/2988(RSP))

víctima tuviera nacionalidad o residencia española, dejando al margen la situación de niñas nacidas en el extranjero y que llegue al Estado español con la MGF ya practicada.

- Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó el día 14 de enero de 2015, y de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la MGF, para su aplicación a nivel estatal y que insta a cada CCAA a desarrollar sus propios protocolos de actuación.
- Por último, el Parlamento español, en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2016, p. 44), reconoce que "hay que ampliar el concepto de VG a todos los tipos de violencia contra las mujeres contenidos en el Convenio de Estambul [...], la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso sexual y el acoso por razones de género, el aborto forzado y la esterilización forzada, incluso en los casos en que no exista con el agresor la relación requerida para la aplicación de la LO 1/2004".

De esta forma, en los últimos años se han ido desarrollado en el ámbito autonómico diversas iniciativas legislativas que han incluido la MGF bien en las normas relativas a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y a la violencia contra las mujeres, o bien en materia de protección a la infancia.

2.2.4. Conceptualización de los protocolos y guías de actuación sanitarias

> *"En principio, los protocolos se usan como guía para el tratamiento en situaciones específicas y de enfermedades relevantes. Sin embargo, se ha extendido su uso para otro tipo de intervenciones, como es el caso de la MGF, ya que se han transformado en herramientas que orientan la acción, estipulando cómo proceder en cada caso. Su uso se ha extendido y popularizado, por lo que vivimos en una sociedad 'protocolizada' y los profesionales, ante la incertidumbre y la falta de formación, muchas veces los reclaman, aunque no sean nada más que eso, unas pautas de actuación" (Fundación Wassu-UAB, 2015, citado en Mangas, 2010, p.62).*

Los protocolos sanitarios, también denominados Guías para la Práctica Clínica (GPC), son "un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes" (Institute of Medicine, 2011, p. 29). Constituyen así instrumentos de aplicación eminentemente práctica, que establece un grupo de personas expertas para orientar la labor diaria de profesionales, contribuyendo al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, evitándose decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reduciendo la variabilidad de la práctica médica.

Es importante resaltar que este tipo de protocolos carecen de obligatoriedad jurídica, tal y como queda expresado en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias9, donde se resalta que los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todas las personas profesionales de un equipo, y han de ser regularmente

9 Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 4.7.b. También el artículo 59.2.c de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece que la infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud está constituida, entre otros elementos, por las guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

actualizados con la participación de aquellos/as que los deben aplicar. Sin embargo, en la práctica el cumplimiento de cualquier protocolo sanitario puede llevar a la interpretación por parte de los tribunales de si una actuación sanitaria ha sido correcta o no. Este hecho, como posteriormente veremos, da lugar a que la existencia de protocolos aporta, entre otras cosas, seguridad y garantía de la actuación profesional ante la prevención y actuación sanitaria ante la MGF.

Estas guías o protocolos pueden ser elaboradas por instituciones públicas o privadas, sociedades científicas, comités de expertos/as o grupos profesionales, tanto en el ámbito estatal, autonómico, o municipal. Por ese motivo, igual que ocurre en los protocolos de actuación ante la MGF, pueden existir diversas guías o protocolos cuyo contenido no es coincidente, ni si quiera dentro de una misma comunidad o ciudad, incluso entre diferentes centros hospitalarios de la misma localidad.

No parecen existir pautas y normas estandarizadas que puedan servir de guía para la elaboración y contenido que debe tratarse en los protocolos. Sin embargo, independientemente de la temática que trate cada protocolo, parece existir cierto consenso que cualquier protocolo/guía de actuación clínica debe cumplir los siguientes requisitos (Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC, 2018):

- Ser realizados en el propio país, o si son realizados en el extranjero, que sean aprobados por alguna de las instituciones públicas o privadas, sociedades científicas, comités de expertos o grupos profesionales, tanto en el ámbito estatal, regional, territorial o local.
- Reflejar su autoría.
- Contener la fecha de su realización o última revisión, y deben ser actualizados o revisados cada pocos años.
- Dirigidos a facilitar el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad concreta.
- Reflejar el ámbito de aplicación y a quién se dirige.
- Reflejar cómo se ha elaborado, qué pasos se han seguido, y en qué se ha basado, dejando constancia de la bibliografía y estudios utilizados.
- Formar un grupo de trabajo multidisciplinar para una implementación adecuada.

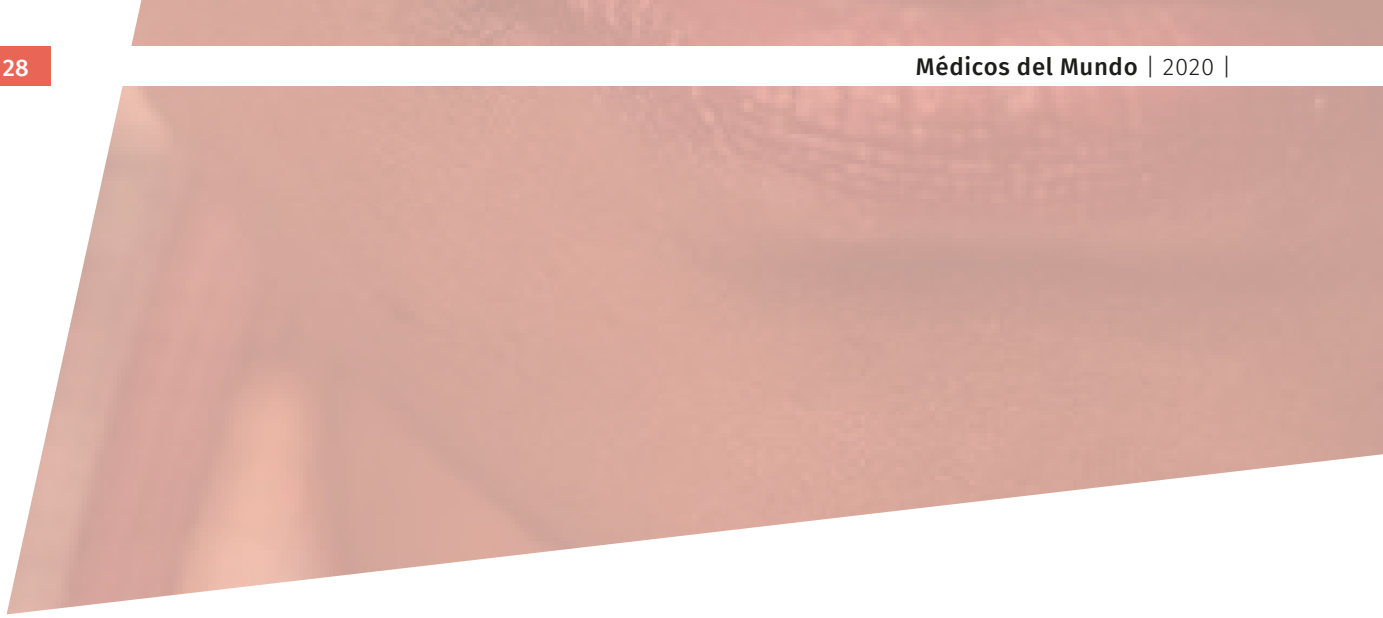
2.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta el marco teórico y conceptual de referencia descrito, el objetivo general (OG) y específicos (OE) de la evaluación son los siguientes:

- OG: Contribuir a mejorar políticas públicas en el ámbito de la MGF.
- OE1: Valorar críticamente el diseño, implementación y resultados de los protocolos y guías de prevención y actuación ante la MGF vigentes.
- OE2: Difundir el conocimiento generado, incluyendo buenas prácticas y recomendaciones de mejora.

metodología y alcance de la evaluación

03



3.1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Para esta evaluación, teniendo en cuenta sus objetivos, se ha seguido la metodología DID Diseño, Implementación y Desempeño (OPP, 2017), herramienta destinada a contribuir a la mejora continua de los servicios públicos. Esta metodología combina dos tipos de análisis: un análisis descriptivo-comparativo, que permite en primer lugar identificar los aspectos críticos de cada protocolo/guía, tanto en el diseño y la conceptualización inicial, como el proceso de implementación y resultados obtenidos en los distintos protocolos/guías; y una segunda fase de carácter analítico/valorativo que permite un análisis de la calidad de la conceptualización o diseño, la incorporación de los enfoques transversales, el marco interpretativo de partida, la implementación y los resultados alcanzados.

Todas las dimensiones y cuestiones de estudio se trasladaron a una matriz evaluativa, herramienta que recoge todas las preguntas iniciales a responder, según los dos niveles de análisis: descriptivo y analítico y diferenciando la técnica de investigación que puede posibilitar su respuesta[10].

El diseño de la evaluación se basa en los siguientes principios:

1. Participación de las principales personas implicadas en el objeto de evaluación.
2. Orientación hacia el aprendizaje: la evaluación debe producir información útil a todos los actores implicados y a sus destinatarios/as, garantizando la difusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.
3. Transparencia, entendiendo la evaluación como un ejercicio de responsabilidad hacia todos los actores implicados.

Asimismo, la evaluación ofrece recomendaciones que fortalecen las estrategias futuras de los agentes involucrados (Administración-Profesionales-Tercer sector) proporcionando también un compendio de buenas prácticas identificadas en las políticas públicas de prevención y actuación ante la MGF. Siguiendo el enfoque propuesto por el Instituto Europeo de Igualdad de Género (EIGE, s.f.), entendemos por buena práctica una actuación, una metodología o un modelo de intervención exitoso, desarrollado en un determinado ámbito, y que se caracteriza por los siguientes criterios:

10 Ver Anexo II. Matriz de evaluación: Preguntas, criterios y dimensiones.

1. Efectivas: en la consecución de sus objetivos, proporcionado logros en términos de igualdad de género y de reducción de la desigualdad entre mujeres y hombres.
2. Innovadoras: desarrollan soluciones nuevas o creativas a la hora de aplicar enfoques o metodologías, dirigidos a aportar soluciones ingeniosas o poco frecuentes para la resolución de problemas o dificultades.
3. Sostenibles: que se puede aplicar de forma continuada en el tiempo y cuyos efectos positivos no se diluyen cuando cesa el impulso inicial.
4. Replicables: sirven como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones en otros lugares.

Las buenas prácticas identificadas, desarrolladas en uno o en varios territorios, deben cumplir los criterios básicos anteriormente descritos, en alguna de las fases de la intervención: ya sea tanto desde la concepción, como en su diseño, metodología prevista, su desarrollo y/o implementación y resultado de la actuación en cuestión.

3.2. OBJETO Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se centra en el análisis del conjunto de protocolos y guías vigentes que permiten el desarrollo de trabajo coordinado de profesionales entre diferentes ámbitos, especificando los procedimientos y mecanismos a seguir en posibles casos de MGF, o a la hora de desarrollar acciones preventivas, con independencia de su ámbito de aplicación (estatal/autonómico) y de su naturaleza (sectorial/integral).

En el caso que nos ocupa, se han desarrollado tanto protocolos de actuación y prevención como guías de orientación y/o de actuación profesional ante la MGF. Ambas herramientas orientan la práctica profesional, y las diferencias entre ellas se basan más en la propia denominación de cada documento que en diferencias sustanciales de contenido o estructura entre ambas.

A nivel estatal, autonómico y municipal los protocolos/guías de actuación vigentes, objeto de esta evaluación, por orden cronológico, son los siguientes:

De aplicación estatal:

1. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la MGF. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015).

De ámbito autonómico:

2. Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF. Generalitat de Catalunya (2007).
3. Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF. Gobierno de Aragón (2011).
4. Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Navarra. Gobierno de Navarra (2013).
5. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria contra la MGF en la Región de Murcia (2016).

6. Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana (2016).
7. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Gobierno Vasco (2016).
8. Guía para la concienciación sobre MGF. Junta de Andalucía (2016).
9. Protocolo para la prevención e intervención en MGF. Junta de Extremadura (2017).
10. Protocolo para la Prevención de la MGF. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (2017).
11. Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF. Comunidad de Madrid (2017).
12. Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la MGF en las Illes Balears. Govern Balear (2018).
13. Protocolo de prevención e intervención ante la MGF en La Rioja (2018).

Existen a su vez experiencias de implementación de protocolos o guías de actuación y orientaciones para profesionales ante la MGF a nivel municipal:

14. Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona (2003/2006).
15. Guía de prevención de la MGF en Bilbao: orientaciones para profesionales. Ayuntamiento de Bilbao (2015).
16. Programa de Prevención y Atención de la MGF en la ciudad de Badalona (2010-2016).
17. Programa de Prevención y Atención de la MGF. Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet (2015).

También existen algunos protocolos que se encuentran actualmente en proceso de aprobación, como en el caso de Cantabria (Eldiario.es, 2018) o con diagnósticos y procesos de análisis previo en provincias como Málaga[11] y Sevilla (Fundación Wassu-UAB, junio de 2019),[12] o ciudades como Barcelona (Fundación Wassu-UAB, 2015).

11 En el caso de Málaga, se creó en 2018 un grupo local de trabajo con la participación de MdM, Ministerio Fiscal y distritos sanitarios, con la finalidad de elaborar una guía local para protocolizar la intervención ante la detección de casos. Paralelamente, MdM colaboró en la elaboración de una guía de actuación de niños y niñas migrantes solas de la Consejería de Salud y Familia de Andalucía.

12 La Junta de Andalucía, con la colaboración de la Fundación Wassu-UAB, acordaron la puesta en marcha de un Programa Piloto de Prevención y Atención de la MGF en Sevilla en 2019. El programa incluye la puesta en marcha del grupo motor, constituido por 8 representantes de la Junta de Andalucía y de los Servicios de Atención Primaria de Sevilla, formados/as en MGF bajo la Coordinación del Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y el Servicio de Coordinación. Recuperado de https://mgf.uab.cat/esp/novedades.html

ILUSTRACIÓN 1. LÍNEA DEL TIEMPO:
PROTOCOLOS Y GUÍAS ANTE LA MGF EN EL ESTADO ESPAÑOL

municipal | autonómico | estatal

Autonómico

Estatal

El marco temporal de la evaluación abarca desde la aprobación de los primeros protocolos (desde el 2003 en Girona, 2007 en Catalunya y 2011 en Aragón en adelante), su puesta en marcha e implementación en los distintos territorios y a nivel estatal, así como los procesos de evaluación y reajuste de estos hasta la actualidad (primer semestre de 2020).

CATALUNYA

ARAGÓN

NAVARRA

ESTATAL

ANDALUCÍA

COMUNITAT VALENCIANA

EUSKADI

REGIÓN DE MURCIA

CASTILLA LA MANCHA

COMUNIDAD DE MADRID

EXTREMADURA

ILLES BALEARS

LA RIOJA

3.3. CONFIGURACIÓN DE LA MUESTRA, RECOPILACIÓN DE DATOS Y PERFIL DE PARTICIPANTES

Esta evaluación se ha apoyado en técnicas de investigación, principalmente de carácter cualitativo, con el uso de entrevistas en profundidad, revisión documental, cuestionario estandarizado y un grupo focal. Todas las técnicas se complementan unas con otras, en la medida que han permitido contrastar y completar la información recabada con cada una de ellas.

Para el desarrollo de las entrevistas en profundidad, así como de los cuestionarios y grupo focal realizados, se ha tenido en cuenta la participación de las siguientes titularidades[13]:

- Titulares de Derechos (TdD): Mujeres que pertenecen a comunidades que practican la MGF y que son participantes en programas de prevención/actuación MGF de MdM.
- Titulares de Responsabilidades (TdR): Equipos de MdM España en las CCAA que cuentan con protocolo/guía MGF (personal técnico y voluntario de MdM, incluyendo personas mediadoras), profesionales del ámbito social (vinculados a la prevención y actuación ante la MGF), judicial, de la salud y educación.
- Titulares de Obligaciones (TdO): Representantes de la Administración Pública con capacidad de incidir en los procesos de toma de decisiones a nivel legislativo o ejecutivo (ámbito estatal y autonómico).

Para la configuración de la muestra los criterios de selección han sido los siguientes:

1. En la selección geográfica se ha optado centrar el contacto con las personas clave en la mayor parte de las comunidades autónomas en las que MdM desarrolla el programa de MGF y donde los protocolos/guías están aprobadas e implementadas en la actualidad (Aragón, Navarra, Illes Balears, Euskadi, Castilla La Mancha y Madrid).
2. Para el caso de aquellos territorios donde MdM no desarrolla programas de MGF (como Valencia) o no tiene sede física en el mismo (como el caso de la Región de Murcia o La Rioja) pero existe un protocolo/guía vigente, el alcance del análisis se ha limitado a la información documental disponible.
3. Se ha buscado la heterogeneidad entre las distintas titularidades y entre los distintos niveles de actuación y distribución territorial de las personas entrevistadas, dentro de la homogeneidad conferida por pertenecer a personas vinculadas a la prevención y actuación de la MGF en cada uno de los ámbitos involucrados.

A diferencia de las muestras estadísticas, que están centradas más en incorporar una mayor cantidad de sujetos, se ha optado por una composición de la muestra que incluya todos los grupos que proporciona información relevante para el objeto de estudio. La muestra viene determinada entonces cuando se alcanza la saturación discursiva, es decir, "la información recogida resulta sobrada en relación con los objetivos de investigación. Esto es, nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido." (Vallés, 2009, p. 68).

Siguiendo los criterios de selección, la configuración de la distribución muestral cualitativa ha sido la siguiente:

13 Ver Anexo I. Técnicas de investigación y participantes.

TABLA 1. MUESTRA ESTRUCTURAL Y PERFIL DE PARTICIPANTES

TÉCNICAS PREVISTAS	FINALIDAD	ÁMBITO GEOGRÁFICO	TITULARIDADES	Nº
Revisión documental	Análisis documental descriptivo	Estatal, autonómico y municipal	-	-
Cuestionario online y/o presencial estandarizado	Recogida de información del conocimiento de protocolos por profesionales de la salud y propuestas y recomendaciones de mejora	Estatal, autonómico y municipal	TdR Profesionales de la salud	27
Entrevistas en profundidad	Identificación de fortalezas y debilidades, normativa vinculada, mecanismos de coordinación, seguimiento casos, nivel de desarrollo e implementación, propuestas de mejora etc.	Estatal, Comunidad de Madrid, Euskadi, Aragón, Castilla la Mancha	TdO. Representantes de la Administración Pública (estatal y autonómica)	6
		Aragón, Castilla La Mancha, Bilbao, Madrid	TdR. Profesionales del sector sanitario (atención primaria, especializada, etc.)	3
		Estatal, autonómico	TdR. Profesionales de diferentes ámbitos (educativo, servicios sociales, otras entidades etc.)	5
		Aragón, Navarra, Illes Balears, Euskadi, Castilla La Mancha y Madrid	Profesionales y personas voluntarias de MdM que trabajan en MGF	6
	Identificación de fortalezas y debilidades, satisfacción con las actuaciones, enfoque antropológico etc.	Navarra	TdD. Mujeres que pertenecen a comunidades que practican MGF	3
Grupo focal	Reflexión grupal para compartir resultados, conclusiones y recomendaciones de la evaluación	Aragón, Navarra, Illes Balears, Castilla La Mancha y Madrid	TdR. Profesionales de MdM, profesionales del sector sanitario/ salud/servicios sociales y educativo y representantes de la administración pública	1 GF con un total de 8 participantes)

Fuente: Elaboración propia.

3.4. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Una vez finalizado el trabajo de campo, transcritas las entrevistas y recopilación de los cuestionarios recibidos, se procedió al análisis de la información.

Para las entrevistas en profundidad se optó por el análisis de los discursos, orientándose a la recogida y contraste de las diferentes opiniones y percepciones de las distintas titularidades sobre su contexto particular de actuación. Se trata de un proceso de análisis que permite recoger los discursos e información en todas sus dimensiones y ponerlos en relación con las condiciones sociales de producción de esos discursos, asignándoles un sentido. El uso de esta técnica ha permitido complementar la información obtenida a través de la revisión documental, así como recoger la valoración de cada persona entrevistada de los puntos críticos de mejora. En cuanto a la encuesta dirigida a profesionales del ámbito social y de la salud, se realizó un análisis descriptivo de las diferentes preguntas realizadas, teniendo en cuenta tanto el sexo, actividad y sector profesional de la persona entrevistada. Por último, el grupo focal permitió contrastar los primeros resultados evaluativos, ajustando las conclusiones preliminares y recogiendo propuestas de mejora de los protocolos y guías desde una visión general y no especifico a ningún territorio.

La triangulación de técnicas ha permitido poder completar mediante el volcado de la información cada una de las dimensiones y preguntas establecidas en la matriz de evaluación y que ha guiado todo el proceso de análisis y de redacción del presente documento.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Antes de iniciar todas las entrevistas y contactos realizados se informó a todas las personas entrevistadas sobre los objetivos de estudio, las posibles aplicaciones, la importancia de su participación (voluntaria) y la confidencialidad del tratamiento de los datos recogidos. Asimismo, toda la información recopilada ha sido analizada de manera confidencial, garantizando el anonimato de todas las personas entrevistadas.

En cuanto a las limitaciones del estudio es necesario subrayar en primer lugar que en algunos protocolos/guías que se analizan en este estudio están actualmente produciéndose modificaciones que pueden incidir en algunos elementos que se describen y se evalúan en el presente documento. Por otra parte, ante la multiplicidad de protocolos/guías vigentes a nivel municipal se ha optado por centrar el foco en aquellos con mayor bagaje y posibilidad de obtener información, sin obviar la importancia que pueda tener la implementación de algunos protocolos/guías de forma local.

Por último, con el inicio del Estado de Alarma debido a la crisis COVID-19, la principal limitación para el desarrollo de esta evaluación ha sido la imposibilidad de contactar con algunas personas clave involucradas, sobre todo responsables de la administración y profesionales de la salud. Por ello, se ha optado por realizar también un cuestionario online dirigido a estos perfiles. Asimismo, los desplazamientos previstos para la realización de las entrevistas y grupos de discusión tuvieron que ser anulados y fueron realizadas en formato online.

Resultados

04

4.1. EL DISEÑO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS Y GUIAS

4.1.1. Complementariedad con la normativa y agenda internacional

El impulso para erradicar la MGF es cada vez mayor, tanto en los países de origen como en los países en los que reside la población en riesgo. En el Estado español, dos hechos fundamentales han posicionado la MGF en la agenda política y en el ámbito de la intervención sociosanitaria: por un lado, la migración desde países dónde se lleva a cabo la MGF hacia países del norte global ha extendido esta práctica a través de las comunidades en la diáspora. Por otro lado, el incremento de la atención preventiva por parte de las administraciones estatales y autonómicas, con el horizonte de 2030 como objetivo de Naciones Unidas para erradicar esta práctica.

Al igual que en otros países europeos, el ordenamiento jurídico del Estado español se fue adaptando a los requerimientos internacionales de protección y erradicación de la MGF a través de distintas normativas y reformas legales. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó en 2015 el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la MGF, para su aplicación a nivel estatal, cumpliendo así con la medida 185 de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, así como con el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género de 2012. Este último documento promovía la inclusión de la MGF como una forma de violencia de género, para lo que preveía la creación de un protocolo específico que atendiese las características propias de esta forma de violencia.

El objetivo principal del protocolo estatal es "constituirse en herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina en su país de origen, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 13). Asimismo, este documento establece la necesidad de adoptar protocolos y guías de actuación que concreten más el tipo de intervenciones a llevar a cabo en contextos autonómicos e incluso locales.

El Instituto Europeo de la Igualdad de Género analizó los diferentes enfoques estatales en los países de la UE para abordar la MGF (EIGE, 2013). En este informe comparativo se señala que el Estado español, como la gran parte de países de la UE, cuenta con una disposición legal específica sobre la MGF en el derecho penal, con la inclusión de la MGF en un plan de acción nacional, así como con intervenciones para la protección de la infancia ante la MGF. Sin embar-

go, al contrario de otros países como Bélgica, Francia o Países Bajos, España en el momento del estudio no contaba con estudios de prevalencia estatal, ni con registros hospitalarios o médicos de la MGF, ni se contemplaba explícitamente la MGF como un supuesto específico para la concesión del asilo.

Por tanto, existe una complementariedad de la normativa estatal de protección y abordaje de la MGF con los mandatos internacionales, sin embargo, actualmente la protección legal recogida en el ámbito internacional todavía no tiene una respuesta clara en el caso español como ocurre con la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de protección subsidiaria[14]. El género es uno de los motivos de protección internacional reconocidos en esta norma, pero sin embargo no se especifica claramente que se pueden acoger a la protección internacional en casos de MGF. Es por tanto una norma que queda sujeta a la interpretación de cada uno de los casos. Muchas de las sentencias que deniegan la condición del estatuto de refugiada en este ámbito lo hacen basándose en motivos tales como que no se acredita la identidad por carecer de documentos como el pasaporte; falta de credibilidad de la víctima; persecución por parte de actores no estatales; o por haberse prohibido la MGF por la ley del país de origen y, por tanto, considerar que existen alternativas en el país de procedencia. Según estimaciones de ACNUR en los últimos 5 años son apenas 20 mujeres las que han solicitado asilo por MGF en España (ACNUR, 2013, p. 26).

Teniendo en cuenta que quedan algunas normativas internacionales pendientes de desarrollo a nivel estatal, sí que se puede concluir que en los últimos años se ha prestado una atención especial a la MGF. La mayor parte de las Comunidades Autónomas han incorporado referencias a la MGF en sus normas autonómicas en materia de igualdad de oportunidades y de violencia contra las mujeres, así como de protección a la infancia. En algunos territorios se abordan ambas materias, mientras que en otros la norma se concreta en un solo ámbito. También, aunque de forma anecdótica, se pueden encontrar referencias a la MGF en planes y programas estratégicos en materia de migraciones o de salud sexual y reproductiva, así como también se han ofrecido recursos para las mujeres supervivientes de MGF[15].

A continuación, se muestra una tabla con las referencias de cada CCAA objeto de estudio con las distintas normativas según ámbito de abordaje:

14 La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de protección subsidiaria considera la posibilidad de conceder el estatus de refugiado a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país. En su artículo 7.e recoge que se considerará como grupo social determinado, si, en particular: las personas integrantes de dicho grupo comparten una característica innata o unos antecedentes comunes que no pueden cambiarse, o bien comparten una característica o creencia que resulta tan fundamental para su identidad o conciencia que no se les puede exigir que renuncien a ella.

15 El proyecto europeo ACCESS (REC-RDAP-GBV-AG-2017), cuyo objetivo es mejorar la prevención, protección y apoyo a las mujeres migrantes afectadas por cualquier forma de violencia de género, dispone de una web con un mapa que geolocaliza los recursos y servicios existentes. Enlace

TABLA 2. NORMATIVA AUTONÓMICA/LOCAL RELATIVA A LA MGF

CCAA O MUNICIPIO	PROTOCOLO O GUÍA VIGENTE	ÁMBITO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	ÁMBITO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	OTROS ÁMBITOS (MIGRACIÓN, DESARROLLO)
CATALUNYA	Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de Cataluña	Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia Artículo 76. sobre la prevención de la ablación o la mutilación genital de las niñas y las adolescentes; y en su artículo 102.2 establece la prevención, atención y protección de las niñas que podrían experimentar dicho procedimiento, prestando especial atención a aquellas situaciones en las que concurren indicadores o factores de riesgo que ponen de manifiesto la probabilidad de que la menor que se encuentre en estas situaciones resulte en el futuro víctima de estas prácticas.	Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista. Incluye la mutilación genital femenina o el riesgo de padecerla como una manifestación de la violencia en el ámbito social o comunitario (artículo 4). El artículo 57.3 prevé que los servicios de atención y acogimiento de urgencias se destinan a las mujeres que sufren, entre otras formas de violencia, la MGF. Los servicios de acogida sustitutoria del hogar, regulados en el artículo 59.2, también se destinan a las mujeres que han sufrido MGF o están en riesgo de sufrirla. Y el artículo 75 enumera las medidas que debe adoptar el Gobierno autonómico. Incluye, como forma de violencia de género, la MGF; aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer. Asimismo, la norma pone a disposición de las víctimas de la MGF: (i) servicios de atención y acogimiento de urgencias, (ii) servicios de acogida y recuperación; y (iii) servicios de acogida sustitutoria del hogar.	
ARAGÓN	Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón		Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón. El artículo 2 contempla la MGF entre las formas de violencia contra las mujeres.	

NAVARRA	Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra		Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres. Artículo 3.g Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o la niña. Artículo 40. Detección y atención en materia de mutilación genital femenina y matrimonio forzado. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra establecerá protocolos de actuación que permitan una atención y detección ante casos de mutilación genital femenina y matrimonio forzado, para lo cual se procurará la formación específica necesaria a los/as profesionales intervinientes.	
MURCIA	Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria contra la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia	La Ley 3/1995, de la Infancia de la Región de Murcia, regula el derecho que todo menor tiene al mejor nivel de salud posible y a la prevención del riesgo sociosanitario, así como a la atención sanitaria que precise.	Ley de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género. Artículo 40 especifica que la MGF se considera como una forma de violencia de género, a los efectos de la ley.	

COMUNITAT VALENCIANA	Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunitat Valenciana	Ley de la Comunidad Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia. Artículo 9.1. La Generalitat adoptará las medidas pertinentes para proteger la integridad física y psíquica del menor frente a situaciones de maltrato, abuso, violencia, amenaza, mutilación genital en todo tipo de conductas, ya sean intencionales por acción u omisión como imprudentes.	Ley de la Comunidad Valenciana 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Contempla en su artículo 3 que la MGF es una manifestación de la violencia sobre la mujer.	
EUSKADI	Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi		Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE. En base a la ley se elabora el VII Plan para la Igualdad de mujeres y hombres de 2018. Programa punto 6 (6.3.2): Impulsar la prevención de la mutilación genital femenina y otras manifestaciones de las violencias relacionadas con prácticas culturales, como los matrimonios forzosos, los abortos y las esterilizaciones forzadas y los delitos cometidos supuestamente en nombre del "honor". (6.3.4.): Mejorar la eficacia de los programas y medidas de prevención y atención en el ámbito de la violencia contra las mujeres.	

ANDALUCÍA	Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas de Andalucía		Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Ampliación del concepto de víctima de género a los casos de MGF. Artículo 3. Concepto, tipología y manifestaciones de violencia de género.	Guía para examen de salud inicial de Menores Extranjeros no Acompañados (MENAs). Consejería de Salud y Familias, 2019. Objetivo 5: Promover la detección de indicadores de trata infantil y riesgos de sufrir mutilación genital femenina.
EXTREMADURA	Protocolo para la prevención e intervención en mutilación genital femenina de Extremadura		Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género. Artículo 61.2: "Igualmente, se establecerán las medidas que garanticen, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, la integridad física y psíquica de las mujeres y niñas, impidiendo la realización de prácticas médicas o quirúrgicas que atenten contra dicha integridad." Artículo 81. Derecho a la atención y la asistencia sanitarias específicas: Las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género tienen derecho a una atención y una asistencia sanitaria especializadas. Dicha atención contempla: a) La atención por parte del Servicio Extremeño de Salud mediante la aplicación de un protocolo de atención y asistencia en todas las manifestaciones de la violencia de género, en los diferentes niveles y servicios. b) La atención por parte de los dispositivos terapéuticos de la Red de Atención a Víctimas de la Violencia de Género. Dichos dispositivos prestarán atención psicológica especializada a las mujeres víctimas, a los hijos e hijas de ésta, así como a menores víctimas de la violencia de género."	

CASTILLA-LA MANCHA	Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha		Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. Artículo 4. Manifestaciones de la violencia de género. g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer.	
COMUNIDAD DE MADRID	Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid		Ley de la Comunidad de Madrid 5/2005, de 29 de septiembre, de Violencia de Género. Incluye en su ámbito de aplicación la MGF en cualquiera de sus manifestaciones. Dispone en su artículo 7.4 que, a efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia. Además, dispone en el artículo 29 que la Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de mutilación genital.	
ILLES BALEARS	Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la mutilación genital femenina en las Illes Balears		Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres, incluye la mutilación genital femenina como forma de violencia machista. Artículo 65 punto 4. A los efectos de esta Ley, se considera violencia machista: g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o niña.	

LA RIOJA	Protocolo de prevención e intervención ante la mutilación genital femenina en La Rioja		La Ley de la Comunidad Autónoma de La Rioja 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja, incluye en su artículo 5 la MGF como una forma de violencia	
GIRONA	Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona	Ley 14/2010, del 27 de mayo, dels Drets i les Oportunitas en la Infancia i l'Adolescència, una ley específica que establece la prevención, atención y protección de las niñas que han sido sometidas a la MGF o que corren riesgo de experimentar el procedimiento.	Resolución 832/VI, de 20 de junio, de adopción de medidas contra la MGF. 2001 Ley 5/2008, del 24 de abril, del dret a les dones a erradicar la violencia masclista	Pla Interdepartamental Intersectorial de Salut Pública (PINSAP) y Pla de Migracions i Ciutadania y Plan de trabajo ante la MGF del Grupo local (2019)
BILBAO	Guía de prevención de la MGF en Bilbao: orientaciones para profesionales Bilbao		Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE. En base a la ley se elabora el VII Plan para la Igualdad de mujeres y hombres de 2018. Programa punto 6 (6.3.2) Impulsar la prevención de la mutilación genital femenina y otras manifestaciones de las violencias relacionadas con prácticas culturales, como los matrimonios forzosos, los abortos y las esterilizaciones forzadas y los delitos cometidos supuestamente en nombre del "honor". (6.3.4.) Mejorar la eficacia de los programas y medidas de prevención y atención en el ámbito de la violencia contra las mujeres.	Programa Mujer, Salud y Violencia, 2013. se incluye estratégicamente en el Programa una nueva línea de intervención preventiva en materia de Mutilación Genital Femenina (MGF).

BADALONA Y SANTA COLOMA DE GRAMENET	Programa de Prevención y Atención de la MGF en la ciudad de Badalona (2010-2016) y en Santa Coloma de Gramenet (2015)	Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia de Cataluña, que reconoce a la administración municipal las competencias relativas a las intervenciones sociales preventivas, con la coordinación de otras administraciones.	Llei /2008 del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista	
CANARIAS	Sin protocolo ni guía aprobada		Ley de la Comunidad Autónoma de Canarias 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género, incluye en su artículo 3. relativo a las formas de violencia de género, la MGF	

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Proceso de elaboración y diseño de los protocolos/guías

Justificación de la intervención

Todos los protocolos pretenden la erradicación de la práctica de la MGF porque se considera especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Tal y como se expresa en el protocolo estatal: "Es una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, una forma de violencia contra la mujer, es decir, una manifestación especialmente cruel de la discriminación por razón de género ya que es un acto de violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas por el hecho de serlo. Es, en definitiva, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 11).

Como se ha comentado anteriormente, el Estado español, en consonancia con las normas internacionales en esta materia, ha promovido a lo largo de los últimos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la persecución de la MGF, "desde la consideración de que el respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos, por lo que prácticas como ésta no pueden, en ningún caso, contar con amparo o legitimación por tales motivos" (*ibid.*).

Si bien con anterioridad a la aprobación del protocolo estatal, se produjeron distintos hechos que aceleraron la puesta en marcha de protocolos desde un abordaje de carácter punitivo. A principios de los 90, con la reagrupación

familiar se detectan los primeros casos de MGF en niñas y se desata la polémica en la opinión pública, ya que la elaboración del protocolo autonómico catalán estaba dirigido fundamentalmente a dar una respuesta sancionadora a la práctica. Tal y como señala Aina Mangas: "Este documento se crea con la intención de mejorar la coordinación entre los y las profesionales que intervienen con las familias subsaharianas. Sin embargo, a efectos prácticos, la actuación se centra en controlar y perseguir a las familias que viajan al país de origen, hecho denunciado públicamente por profesionales que trabajan directamente con la comunidad" (Mangas, 2007, p. 25).

Posteriormente, la perspectiva y la justificación de la necesidad de intervenir para erradicar la MGF cambia de foco para centrarse en la prevención, coordinación y sensibilización, así como en la necesidad de orientar las actuaciones que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado la MGF en su país de origen, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo en niñas que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad. De esta forma, en todos los protocolos se justifica la necesidad de dotar de pautas a profesionales para poder detectar casos, prevenir e intervenir ante la MGF, explicando por un lado tanto sus consecuencias físicas y psicológicas, así como la prevalencia en el ámbito internacional, estatal y local.

Diagnósticos y análisis previos de la MGF en cada territorio

Todos los protocolos/guías aportan en el propio documento una descripción estadística de la situación de prevalencia en su territorio utilizando principalmente las siguientes fuentes:

- Fuentes estadísticas de prevalencia sanitarias.
- Fuentes estadísticas de población (Padrón, INE).
- Mapas de MGF en España (Kaplan, A. y López, A., Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, 2006) (Kaplan, A. y López, A., 2010, 2013 y 2017).

El nivel de desagregación de datos (por municipios, por grupos de edad de mujeres/niñas, países de origen etc..) difiere de un protocolo a otro, existiendo documentos que aportan datos básicos de prevalencia, mientras que otros muestran una mayor desagregación.

En la siguiente tabla se muestra de forma comparada el nivel de información en cada documento, donde cada nivel es el siguiente:

- Nivel básico: información general de prevalencia a nivel estatal y/o en la CCAA o territorio.
- Nivel medio: estadísticas desagregadas por provincias y/o municipios y/o por grupos de edad y/o países de origen donde se practica la MGF.
- Nivel alto: información desagregada por municipios, grupos de edad y países de origen donde se practica la MGF. Existencia de un diagnóstico previo de la situación en cada territorio incluyendo en algunos casos un análisis del nivel de conocimiento del personal sanitario sobre la práctica de MGF.

TABLA 3. NIVEL DE DESAGREGACIÓN DE DATOS SOBRE LA SITUACIÓN MGF EN CADA PROTOCOLO

TERRITORIOS	BÁSICO	MEDIO	ALTO
Estatal			x
Catalunya	x		
Aragón		x	
Navarra		x	
Murcia	x		
Comunitat Valenciana		x	
Euskadi			x
Andalucía		x	
Extremadura		x	
Castilla-La Mancha		x	
Comunidad de Madrid			x
Illes Balears			x
La Rioja	x		
Girona	x		
Bilbao	x		
Badalona			x
Santa Coloma de Gramenet		x	

Fuente: Elaboración propia

En algunas CCAA y territorios, antes de la elaboración del protocolo/guía se elaboraron diagnósticos de situación, realizados por instituciones universitarias o entidades sociales conocedoras de la problemática, y que orientan la conceptualización de los documentos. Son los siguientes:

- **Euskadi:**
  "Diagnóstico para la Implementación de un Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi", realizado por la Fundación Wassu-UAB a petición de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer (2016).

- **Illes Balears:**
  MdM en 2014 lleva a cabo un diagnóstico sobre MGF en Mallorca, un estudio demográfico que permitía identificar el número de niñas en riesgo de MGF.

- **Castilla-La Mancha:**
  Se realizó una investigación desde el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha y la Universidad de Alcalá de Henares (Carrasco, C., Francisco, C. e Ibáñez, M., 2016).

- **Badalona:**
  Con la colaboración de la Fundación Wassu, en 2009 se inicia un diagnóstico participativo que lleva a la elaboración durante 2010 del programa municipal de atención y prevención de la MGF.

En la mayoría de los protocolos/guías la participación de las entidades sociales y del ámbito académico (Fundación Wassu-UAB, Médicos del Mundo, UNAF o la Universidad de Alcalá de Henares, entre otros) fue imprescindible para promover el proceso institucional. La articulación de herramientas para la gestión del conocimiento e intercambio de experiencias desde las organizaciones de la sociedad civil ha posibilitado un mayor crecimiento y rapidez a la hora de iniciar el programa en nuevas localizaciones (como el caso de Málaga o Barcelona), así como impulsar y asesorar el desarrollo de actuaciones en gran parte de las CCAA.

Población potencial y objetivo de la intervención

En todos los protocolos/guías, la población destinataria de las actuaciones son mujeres y niñas a las que ha sido practicada la MGF, así como aquellas que se encuentran en situación de riesgo en función de su país de origen. En algunos protocolos, como el estatal, el de Illes Balears o el de Euskadi, además se incluyen otras variables para identificar a la población destinataria:

- Etnia: Dentro de un mismo país, la MGF no se practica en todos los grupos étnicos. Asimismo, como se menciona en la Guía de actuación sanitaria de Euskadi "hay que tener en cuenta que podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF y viceversa; mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas. La respuesta podemos encontrarla en los matrimonios mixtos: hombres y mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, si una mujer de un grupo no practicante se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, probablemente haya sido mutilada como requisito para casarse".

- Nivel de prevalencia de la MGF en el país de origen.

- La edad de las niñas a la que se practica la MGF varía mucho de una sociedad a otra, pero, en general, oscila entre los 5 y los 14 años.

- El nivel educativo de la madre y del padre, y la opinión de ambos en relación con la MGF.

Es importante resaltar que en el protocolo estatal se hace hincapié en tomar en consideración específica la situación de aquellas familias en las que las hijas son adultas (mayores de 18 años) pero de edad joven. Se trata de hijas adultas que no tienen practicada la MGF, que conviven con su familia y dependen de ella. Estas mujeres jóvenes pueden encontrarse en una situación de riesgo en ocasión de la realización de un viaje al país de origen, bien por vacaciones, bien para contraer matrimonio, ya que la MGF puede ser un requisito ineludible para poder casarse. No obstante, este grupo de mujeres no se mencionan específicamente en la mayor parte de los protocolos y guías de actuación de ámbito autonómico y local.

En detalle, en el informe realizado por la Fundación Wassu-UAB (Fundación Wassu-UAB, 2018, p. 16), "la identificación de las situaciones o escenarios más frecuentes en los que encontramos a niñas y mujeres con una MGF realizada son los que se detallan a continuación y permiten valorar el tipo de intervención y acompañamiento más apropiado que debe darse des de los servicios de atención primaria:

- Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.
- Niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.
- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus progenitores, existiendo o no consentimiento de estos.
- Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de su padre o madre y regresan con una MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de sus progenitores.
- Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos.
- Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.
- Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada".

Por último, en gran parte de los protocolos y guías se describe la importancia de la participación de las familias, así como de las comunidades de países y etnias en los que se practica MGF residentes en España para garantizar el éxito de la prevención, tanto aquí como en sus comunidades de origen. En el caso de las familias, en los protocolos y guías se identifican actuaciones dirigidas a la sensibilización e información sobre las consecuencias de la MGF. En el caso de comunidades, grupos o asociaciones de migrantes, en ningún documento analizado se han identificado actuaciones concretas en este aspecto, aunque, como veremos más adelante, desde las organizaciones sociales sí se realiza este trabajo específico.

Organismos e instituciones participantes en el diseño

En cada territorio, la administración local de referencia y los organismos vinculados con la temática (normalmente del ámbito sanitario o igualdad) han liderado el proceso, contando en la mayor parte de los casos con la participación de agentes e instituciones involucradas (educación, servicios sociales, jurídico), así como con asociaciones de profesionales del ámbito sanitario y organizaciones del tercer sector especializadas.

TABLA 4. ORGANISMOS/INSTITUCIONES Y AGENTES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS

TERRITORIOS	ORGANISMOS/INSTITUCIONES Y AGENTES PARTICIPANTES EN EL DISEÑO
Estatal	› Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia) y la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. › Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. › Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria ante la VG y Grupo de Aspectos Éticos y Legales con representación de las Comunidades Autónomas. › Personas expertas del Sistema Nacional de Salud y de otros sectores. › Representantes de asociaciones profesionales y organizaciones civiles. › Fuerzas y Cuerpos de Seguridad Autonómicos.
Catalunya	› Grupo interdisciplinario de la Comisión de Personas Expertas que había recibido el encargo por parte del Parlamento de Catalunya. › Revisión y readaptación del protocolo elaborado en 2002: Comisión de Seguimiento, que está compuesta por los departamentos de Educación, de Interior y Relaciones Institucionales y Participación, de Salud y de Acción Social y Ciudadanía mediante la Secretaría de Políticas Familiares y de Derechos de la Ciudadanía, la Secretaría de Infancia y Adolescencia, el Instituto Catalán de la Mujer y la Secretaría para la Inmigración.
Aragón	Gobierno de Aragón, con la participación de: › Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales: Instituto Aragonés de la Mujer. Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia, Servicio de Prestaciones Económicas, Subvenciones y Programas. › Departamento de Educación, Cultura y Deporte: Dirección General de Innovación, Equidad y Participación, Centro Aragonés de Recursos para la Educación Inclusiva. › Departamento de Sanidad: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Provincial de Sanidad de Zaragoza. › Con la colaboración de Médicos del Mundo Aragón.
Navarra	Grupos Técnicos del Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres: Grupo Técnico de Prevención, Investigación y Formación; Grupo Técnico de Atención e Intervención y Grupo Técnico de Protección. Los miembros de estos grupos técnicos pertenecen a distintos ámbitos de actuación relacionados con la protección y atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en Departamentos de Políticas Sociales, Educación, Salud, Justicia, Vivienda, Empleo, Protección Civil, Medicina Legal y Forense, Policía Foral, Delegación del Gobierno en Navarra, Policía Nacional y Municipal de Pamplona, Guardia Civil, Fiscalía Superior de la Comunidad Foral de Navarra., C.G.P.J., Tribunal Superior de Justicia de Navarra, Servicio de Atención Jurídica a las Mujeres de los Colegios de la Abogacía de Navarra, Federación Navarra de Municipios y Concejos y Médicos del Mundo y expertas en MGF.

Murcia	Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud. Colaboraciones: Asociación DEMUSA y Fiscalía de menores.
Comunitat Valenciana	Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Profesionales sanitarios de atención primaria, atención especializada, salud pública y servicios centrales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. También se ha contado con colaboración de líderes comunitarios del ámbito asociativo.
Euskadi	Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y la participación coordinada de los servicios sanitarios, educativos, sociales, de igualdad y la colaboración del tejido asociativo.
Andalucía	Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Dirección General de Violencia de Género. Instituto Andaluz de la Mujer. Asociación Mujeres Entre Mundos.
Extremadura	Junta de Extremadura y Asociación de Derechos Humanos de Extremadura (ADHEX).
Castilla-La Mancha	Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, Consejería de Bienestar Social, Consejería de Educación, Cultura y Deportes, Consejería de Sanidad, Fundación KIRIA contra la MGF, MdM Castilla La Mancha, Universidad de Alcalá de Henares.
Comunidad de Madrid	Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid: Dirección General de Salud Pública, Servicio Madrileño de Salud, Ayuntamiento de Madrid, Ayuntamiento de Parla, Lasexologia.com, Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), Save a girl, Save a generation, MdM, Sexólogos sin fronteras, Federación de Mujeres Progresistas, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Madrileña de Matronas y Asociación Madrileña de Salud Pública.
Illes Balears	Gobierno de las Illes Balears con la participación de las siguientes Direcciones Generales: Salud Pública y Participación, Servicio de Salud, Planificación y Servicios Sociales, Menores y Familia e Innovación y Comunidad Educativa, así como la colaboración con el Instituto Balear de la Mujer y el tejido asociativo (Cáritas, Asociaciones de Inmigrantes Africanos, Médicos del Mundo y Cruz Roja)
La Rioja	Elaborado conjuntamente por varias administraciones de la Comunidad Autónoma: Servicios Sociales, Educación, Salud Pública, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Gobierno Civil, Ayuntamiento de Logroño, Colegio de Abogados y Psicólogos de La Rioja, Justicia e Interior.
Girona	Generalitat de Catalunya, Grup de treball de prevenció de la mutilació genital femenina (MGF) de les comarques gironines. DT de Justicia, Fiscal de la Audiencia Provincial, Mossos d'Esquadra, Secretaría para la Inmigración, Delegación Territorial de Bienestar Social, CatSalut y Región Sanitaria de Girona.
Bilbao	Comisión Interinstitucional del Programa de Prevención de la MGF del Ayuntamiento de Bilbao compuesta por: Bilboko Udala - Ayuntamiento de Bilbao: Áreas de Igualdad, Cooperación, Convivencia y Fiestas y Acción Social, Salud y Consumo. Eusko Jaurlaritza - Gobierno vasco: OSI Bilbao-Basurto, Departamento de Educación, Diputación Foral de Bizkaia: Servicio de Infancia. Asociaciones: Módulo Auzolan

Badalona	Ayuntamiento de Badalona (Barcelona), Badalona Serveis Assistencials (BSA), en colaboración con la Fundación Wassu de la Universidad Autònoma de Barcelona.
Santa Coloma de Gramenet	Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet en colaboración con la Fundación Wassu-Universidad Autònoma de Barcelona.

Fuente: Elaboración propia

4.1.3. Estructura, contenidos, acciones generales y soportes

La estructura de contenidos que se presentan en cada protocolo/guía son muy similares entre ellos, y suelen comprender los siguientes apartados:

- Introducción: finalidad del protocolo.
- Justificación de la necesidad de la intervención. Contextualización de la MGF: origen, tipologías, países donde se practica, datos de prevalencia internacional y en cada territorio.
- Factores e indicadores de riesgo.
- Consecuencias psicológicas, físicas y sexuales.
- Marco jurídico internacional, estatal y autonómico.
- Actuaciones de prevención e intervención según sector o ámbito profesional y/o según momentos y/o destinatarias de la intervención.
- Recomendaciones generales.
- Documentos de soporte (compromiso preventivo, parte de lesiones) y recursos del territorio.

Las actuaciones sanitarias propuestas de forma general distinguen según el momento de intervención (con confirmación de MGF practicada o existencia de factores o situación de riesgo inminente), así como la edad (mujeres, adolescentes o niñas)[16] de la persona en situación de riesgo de sufrir una MGF o que ya la tenga practicada. En los protocolos se incluyen, además de las acciones específicas en materia sanitaria, acciones educativas y de servicios sociales (coordinación intersectorial), y están dirigidos a contemplar tanto acciones con mujeres, niñas o adolescentes con MGF practicada como a niñas en riesgo, orientando las acciones pre y post viaje.

Se distinguen las siguientes tipologías de medidas y niveles de intervención contenidas en cada uno de los instrumentos estudiados:

16 En el protocolo estatal incluyen además actuaciones específicas ante la existencia de factores de riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia.

Las **actuaciones de prevención** incluyen todas aquellas acciones dirigidas a evitar la MGF. Estas medidas tienen una perspectiva más comunitaria, siendo la comunidad, o los grupos específicos afectados directamente por la problemática, los/as destinatarios/as de este tipo de acciones.

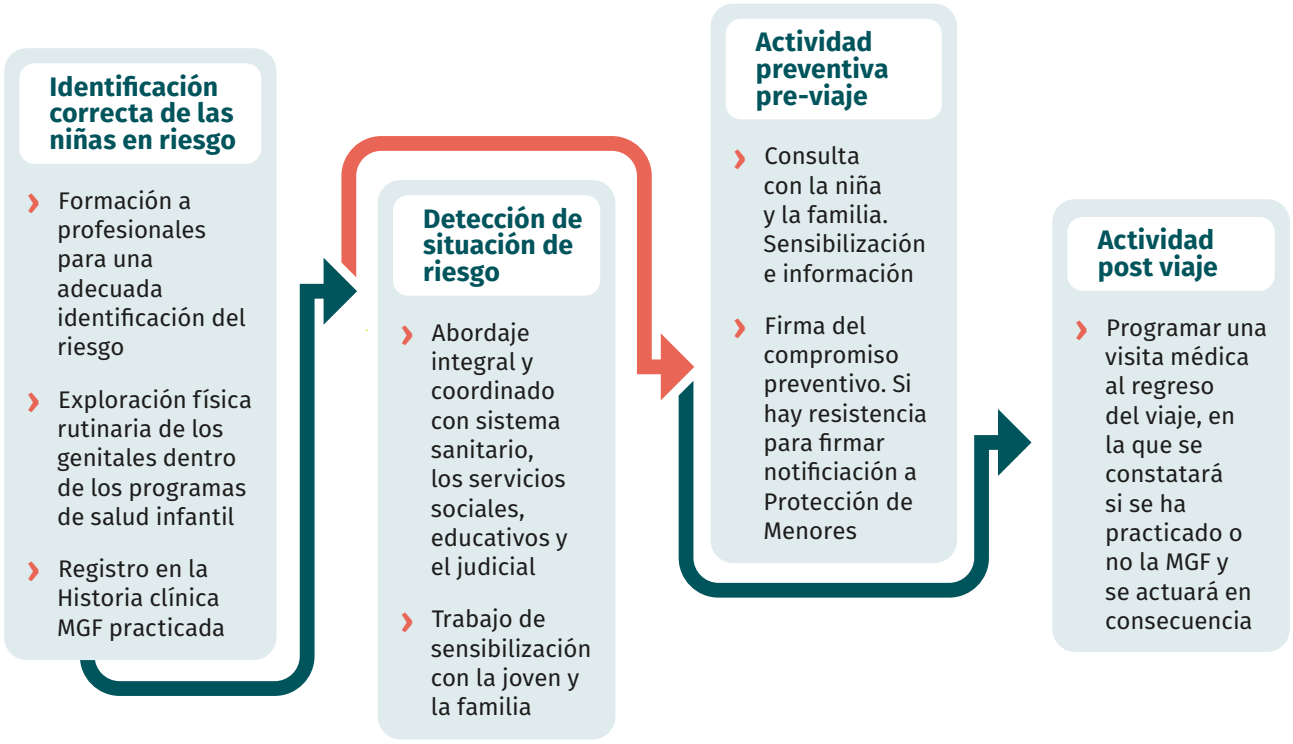
a. Informar-sensibilizar a las familias sobre las consecuencias para la salud de la MGF en las mujeres y las niñas. Se informa asimismo sobre el marco legal vigente para procurar que las familias cambien de actitud ante la mutilación.

b. Anticipar, es decir, actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, para lo que resulta necesario detectar las situaciones de riesgo de MGF.

Las **actuaciones en caso de riesgo de MGF inminente** se activan en caso de que el/la profesional en los ámbitos de la salud, servicios sociales y educación detecte elementos de riesgo inminente de MGF. Se realiza cuando hay indicios por parte de la familia de aprobar la realización de la MGF en sus hijas, o la familia no colabora en las propuestas indicadas en el nivel anterior de intervención. En este caso, es necesaria una valoración del riesgo bien por parte de los/las profesionales referentes en salud, o de servicios sociales y, en algunos casos, educación. Si se valora que la niña está en riesgo, se informará de la situación a la Fiscalía de Menores y/o Juzgado de Guardia, para que adopten las medidas necesarias de protección de la menor.

Tal y como el protocolo estatal establece, los pasos de actuación serían los siguiente:

ILUSTRACIÓN 2. ACTUACIONES SANITARIAS EN EL PROTOCOLO ESTATAL CON FACTORES DE RIESGO O SITUACIÓN DE RIESGO INMINENTE DE MGF EN NIÑAS



Fuente: Elaboración propia a partir del protocolo estatal.

Las actuaciones de protección y asistencia a mujeres y niñas que han sido mutiladas incluyen todas aquellas acciones que guarden relación con las necesidades de atención que presentan las supervivientes de MGF a lo largo de su vida y en los diferentes ámbitos en los que las consecuencias se manifiestan. La detección de la MGF practicada se puede producir en diferentes situaciones: durante un control de embarazo, en la revisión ginecológica, en la consulta a personal médico de familia por problemas de salud, o en la revisión pediátrica de las niñas, en el marco de los protocolos de salud en la infancia.

En el caso de mujeres adultas con MGF practicada, se establecen las siguientes acciones:

a. Información, acompañamiento y sensibilización a la mujer como a su familia sobre las consecuencias en la salud física, psicológica y sexual, a corto, medio y largo plazo, así como sobre las implicaciones legales y e impacto en la salud de sus hijas, nacidas ya o por nacer.

b. Estrategias en colaboración con otros recursos y servicios de la zona.

c. Atención ginecológica y planificación familiar.

d. Atención durante el embarazo. Tratamiento de las secuelas de la MGF en la mujer embarazada.

e. Complicaciones obstétricas y postparto. Cuidados tras el parto.

f. Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la MGF. Técnica de la desinfibulación.

El protocolo estatal describe las pautas generales recomendadas en estos casos. Son las siguientes:

- Anamnesis. Elección cuidadosa de la terminología, evitando connotaciones culpabilizadoras.
- Respeto de los tiempos para el cambio de actitud, garantía de confidencialidad e intimidad.
- Evaluación clínica de la mutilación: tipo, cicatrices, elasticidad de los tejidos, etc.
- Informar y explicar a la paciente los problemas relacionados con la práctica.

En caso de detectar una MGF practicada en niñas, se debe realizar una intervención educativa con la familia, valorando en equipo o con una supervisión técnica la decisión más favorable para la niña en relación con la conveniencia de ponerlo en conocimiento del juzgado.

ILUSTRACIÓN 3. ACTUACIONES SANITARIAS EN EL PROTOCOLO ESTATAL CON CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA EN NIÑAS

Fuente: Elaboración propia a partir del protocolo estatal.

Finalmente, las **medidas de persecución** se dirigen al enjuiciamiento del delito, poniendo el foco en las personas responsables de haber practicado y/o consentido una mutilación genital a una mujer o niña.

Compromiso preventivo

Todos los protocolos incluyen un modelo de compromiso preventivo, una herramienta de soporte para las familias en sus viajes a los países de origen, y para profesionales en relación con la evaluación del riesgo[17]. Este documento debe ser firmado por los padres/madres o tutores de la menor y la/el pediatra correspondiente cuando se tiene conocimiento de que la niña va a viajar al país de origen familiar. Se trata de evitar la mutilación de la niña ofreciendo a su padre y madre un argumento que les descargue de la presión que puedan sufrir por parte de la comunidad de origen. Dicho documento consta de tres partes:

17 Documento diseñado por Fundación Wassu y que se fue implementando desde 1998.

1. Se recogen los datos personales de la niña y se certifica que sus progenitores cuidan de su bienestar, salud y educación.

2. Se detalla el marco legal de la MGF en el Estado español, tipificada como un delito de lesiones, con penas de entre 6 y 12 años de prisión para sus responsables, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de menores, aunque sea realizada fuera del territorio estatal.

3. Y, por último, se certifica que la niña no presenta lesiones en sus genitales. Además, declara haber informado a la familia de los riesgos legales, sociosanitarios y psicológicos que supone la práctica, junto con la entrega de recomendaciones sanitarias para el viaje. Por otro lado, la persona responsable de la niña declara haber sido informada de lo anterior y se compromete a cuidar de la salud de su hija durante la estancia en el extranjero, a evitar su mutilación genital y a llevarla a una revisión pediátrica al regreso del viaje.

El modelo de compromiso preventivo es similar en todos los protocolos/guías objeto de estudio, aunque cabe mencionar algunas diferencias significativas entre territorios. Tal y como se describe en el estudio realizado por la Fundación Wassu (Fundación Wassu-UAB, 2019) algunos protocolos, como el de las Illes Balears, incorporan dos tipos distintos de compromiso preventivo, uno genérico y otro para firmar antes de un viaje. El genérico es una herramienta de sensibilización y de trabajo previo de carácter holístico, y no de una herramienta exclusivamente utilizada para un viaje inminente. En otros, en cambio, como en La Rioja, se plantea su firma como un paso indispensable del trabajo de prevención a desarrollar por el/la profesional de la salud, mientras que en el Protocolo de Murcia, Aragón o Andalucía en el diagrama de actuación en caso de riesgo inminente (un viaje), aparece la firma del compromiso preventivo como elemento decisivo para comunicar el posible delito, convirtiéndose en un elemento fiscalizador.

La experiencia de Navarra, donde también participa la mediadora cultural, que se encarga de la sensibilización sobre los aspectos tradicionales relacionados con la MGF, o la aportación de territorios como Madrid a la hora de presentar este compromiso preventivo traducido en varios idiomas, se consideran muy positivas, representando una estrategia efectiva para mejorar el entendimiento de este documento por parte de las familias y las comunidades de origen.

Asimismo, en la mayor parte de los protocolos se incluyen modelos de derivación a otros recursos y/o el modelo de parte de lesiones, así como instrucciones para incorporar los datos en la historia clínica y recursos para profesionales (guías, folletos, contactos con otros recursos, etc.) o algoritmos gráficos de intervención.

Por la particularidad de los soportes, cabe destacar la inclusión en el protocolo de actuación de la Comunitat Valenciana de un modelo de Informe médico de presunta violencia de género/doméstica o, en el caso de Madrid, las pautas para la realización de una entrevista mediante técnicas motivacionales que promuevan una aproximación a un trabajo de colaboración con el/la paciente.

4.1.4. Enfoques de la intervención

De acuerdo con Aina Mangas (Mangas, 2017), existen cuatro enfoques en torno a la conceptualización e intervención ante la MGF:

1. Enfoque desde la salud, basado en las consecuencias que tiene la MGF en la salud de las mujeres y las niñas y, por extensión, en la comunidad. Se considera que el empoderamiento de las personas debe estimular la reflexión y el pensamiento crítico, de manera que la práctica pueda ir reduciéndose.

2. Enfoque de Derechos Humanos, que entiende la MGF como una práctica que vulnera los derechos de las mujeres y las niñas al violar el derecho a la integridad física, a la salud, a la no discriminación y al no sometimiento a torturas, tratos crueles, inhumanos degradantes. Desde esta perspectiva, surge el

enfoque de intervención basado en los Derechos y Salud Sexual y Reproductiva, que aborda la MGF como un problema de salud integral que contempla a las familias como sujetos activos responsables de su salud. Desde esta visión, se tienen en cuenta los factores sociales y culturales como determinantes.

3. Enfoque de violencia con perspectiva de género, que considera que la causa que mantienen esta práctica reside en la desigualdad estructural de poder entre mujeres y hombres.

4. Enfoque antropológico, que se centra en conocer el significado cultural y social de la práctica, tanto para las personas que han sido mutiladas como para aquellas que lo legitiman. La adopción de este enfoque permite diseñar estrategias culturalmente adaptadas, que resultan más eficaces a la hora de conseguir cambios en las percepciones en torno a la MGF.

A estos cuatro enfoques podemos también añadir el enfoque legal/punitivo, centrado en medidas reactivas orientadas a persecución del delito (más allá de que se produzca en el contexto del viaje o no), más que en las preventivas.

En su mayoría, las perspectivas adoptadas en los protocolos y guías se combinan entre sí, centrando el foco en un aspecto más que en otro. En algunos protocolos se pretende una intervención multi-enfoque, mientras que en otros se dirige claramente hacia uno solo.

Todos estos enfoques han ido surgiendo, cambiando y complementándose los unos a los otros a lo largo de los años como resultado de las características del contexto a nivel local, estatal e internacional y la necesidad de ampliar el foco de la intervención. La evolución de los enfoques indica que se ha producido un cambio de perspectiva a la hora de concebir y abordar la MGF, pasando de ser entendida inicialmente como un aspecto centrado únicamente en las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, a una forma de violencia contra las mujeres y, por lo tanto, una vulneración de sus derechos humanos.

Asimismo, en los últimos años podemos observar la incorporación de un enfoque integral, multidisciplinar e intersectorial de la prevención de la MGF. Este enfoque implica acciones coordinadas entre los distintos sectores implicados (social, educativo, sanitario, educativo, etc.), niveles y ámbitos de intervención (individual, grupal, institucional y comunitario) en un determinado territorio. Parte de una perspectiva de género y de interculturalidad como un primer paso en la articulación de una respuesta colectiva, integradora e institucional dentro del ámbito sociosanitario.

La aprobación del protocolo estatal (2015), instrumento de referencia de prevención y actuación ante la MGF, aborda exhaustivamente las actuaciones a realizar exclusivamente desde el ámbito sanitario. Este hecho se debe principalmente a la distribución de competencias entre distintos niveles de la administración, tal y como queda expresado en el siguiente fragmento de las entrevistas realizadas:

> *"Una de las críticas que se hacen al protocolo es que, a diferencia de los autonómicos, sólo aborda el ámbito sanitario [...]. Digamos que desde Sanidad no pueden entrar en las competencias de educación o las competencias de servicios sociales. Para ello, habría que haber llevado el protocolo a las otras reuniones con las comunidades autónomas y eso hace muchísimo más largo. El proceso ya lo hace muchísimo más complejo". (E. TdO.)*

Pese a esto, se considera que el protocolo estatal supuso y supone un gran impulso hacia la elaboración o reajuste de los protocolos y guías de actuación de carácter territorial ya vigentes, adaptando el protocolo estatal y complementando la intervención hacia un abordaje de carácter más integral. Este enfoque busca garantizar la coordinación entre los diferentes ámbitos de la administración involucrados en la prevención y actuación ante la MGF (social, sanitario, educativo, etc.) y amplia la conceptualización hacia aspectos sociales y culturales y que considera al individuo, la familia y la comunidad en su conjunto.

Es importante resaltar que en el análisis del enfoque del que parten algunos protocolos y guías, podemos observar la utilización terminológica en el propio documento que puede llevar a cierta confusión en relación con la perspectiva o abordaje seleccionado. Es el caso del propio protocolo estatal, donde la utilización de términos como integral, multidisciplinar e interdisciplinar están presentes a lo largo del documento, pero referidos exclusivamente al ámbito sanitario: "Las actuaciones de los profesionales sanitarios se deben realizar desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, abarcando desde la atención primaria como la especializada" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 59).

Más allá del uso de conceptos como integral o multidisciplinar referidas exclusivamente al ámbito sanitario, el protocolo estatal supuso un estímulo para el desarrollo de protocolos y guías en muchas comunidades autónomas. Aunque no se contemplan medidas concretas desde un abordaje integral, el protocolo insta a los territorios a adoptar actuaciones dirigidas a un trabajo en red con otros profesionales y organizaciones como son los servicios sociales, la comunidad educativa, el sistema de protección de menores, fiscalía, mediación intercultural, ONGs, etc.

De esta forma, se puede considerar que el protocolo estatal catalizó la elaboración o reajuste de diferentes protocolos y guías no solo en el ámbito autonómico, sino también en el municipal, produciéndose en algunos casos la peculiaridad de coexistir en el mismo territorio un protocolo/guía de carácter autonómico y otro de ámbito municipal. Para algunas de las personas entrevistadas, este elemento resulta poco deseable:

> *"Creo que los protocolos mejores son los interdisciplinares y cuanta más población abarcan mejor y que si en vez de locales son autonómico, mejor [...] pero a mí no me hace mucha gracia cuando sale el protocolo en Bilbao, porque no me parece que tenga que haber un protocolo en Zaragoza". (E. TdR. Entidades)*

4.1.5. Diferenciación de los protocolos según tipología de actuación: sanitario o integral

Según el enfoque prioritario considerado en cada protocolo o guía, se puede distinguir entre aquellos que plantean actuaciones principalmente en el ámbito sanitario (aunque también mencionen alguna actuación en otras áreas y sectores involucrados) y aquellos que abordan la problemática desde una perspectiva integral, detallando de forma más exhaustiva los mecanismos y actuaciones desde un abordaje integral.

En términos generales, la distinción entre uno y otro tipo de abordaje (con predominio del sanitario o integral) se relaciona fundamentalmente con el organismo o institución que lidera su elaboración. Si es desde las Áreas, Consejerías o Departamentos de Sanidad el peso de las actuaciones se centra en un abordaje sanitario, mientras que cuando la responsabilidad descansa en Departamentos o Áreas de Igualdad, Migración o Servicios Sociales, el abordaje de la intervención tiende hacia un enfoque más integral.

Teniendo en cuenta este hecho, una clasificación de los protocolos y guías de actuación objeto de estudio, según sea el abordaje principal de sus actuaciones, puede ser el siguiente:

Protocolos o guías de actuación con predominio de un abordaje sanitario

Todos los protocolos cuyo abordaje se plantea principalmente desde en el ámbito sanitario tratan de desarrollar las actuaciones previstas en el protocolo estatal, pero presentan algunas particularidades respecto a este. Gran parte

de los protocolos que se incluyen dentro de esta categoría hacen hincapié en enfoques de intervención más integrales y multidisciplinares, e incluyen de manera más específica que en el protocolo estatal niveles de intervención que trascienden el individual y/o familiar.

Los territorios que pueden incluirse dentro de este abordaje sanitario y las diferencias que plantean respecto al protocolo estatal son los siguientes:

- **Región de Murcia:**
  - Incluye acciones de seguimiento y evaluación del protocolo, así como acciones centradas en asegurar la implementación en el ámbito sanitario y el establecimiento de un modelo informático de recogida de datos.
  - Contempla programas de sensibilización y formación universitaria a profesionales de la salud.
  - Establece un programa de sensibilización para la ciudadanía en general.

- **Comunitat Valenciana:**
  - Se implementa evaluación periódica a través de una comisión específica creada al efecto.
  - Diferencia las acciones de intervención según la niña tenga más o menos de 15 años, siendo el corte de edad en el protocolo estatal es de 18 años.
  - Prevé acciones de coordinación con otros ámbitos ajenos al sanitario.

- **Euskadi:**
  - Presta especial atención al trabajo en red y a la coordinación entre los distintos ámbitos de actuación.
  - Considera la intervención en los procesos familiares tras la detección de riesgo o de mutilación practicada en mujeres o niñas.
  - Inclusión de entidades de migrantes y del movimiento asociativo.
  - Intervención tanto con hombres como con mujeres, y especialmente con ellas a través de estrategias de promoción del empoderamiento.
  - Mirada transversal que abarca la perspectiva de género y transcultural.
  - Incluye la necesidad de tener en cuenta para la intervención la situación socioeconómica de las TdD, que puede conllevar a que la MGF no sea contemplada como problema prioritario para ellas y sus familias.

- **Comunidad de Madrid:**
  - Incorporación de actuaciones de carácter integral y multidisciplinar.
  - Incorpora actuaciones individualizadas con hombres.

Protocolos o guías de actuación con un predominio del enfoque integral

Dentro de esta categoría se incluyen aquellos protocolos o guías que plantean y detallan la intervención desde un punto de vista interdisciplinario, coordinado y en red con la participación de profesionales de distintos ámbitos como mejor estrategia de intervención.

La diferencia que puede identificarse entre protocolos o guías que pertenecen a esta tipología tiene que ver más con la configuración del circuito de intervención, así como con las distintas medidas planteadas según sea el momento de intervención, y el mayor grado de detalle de las actuaciones integrales planteadas.

Dentro de esta tipología, podemos identificar los protocolos/guías de las siguientes CCAA y territorios con las siguientes singularidades en su propuesta de intervención:

- **Catalunya:**
  - Respuesta integral a las mujeres que sufran cualquier situación de violencia machista.
  - En todos los niveles de actuación, se involucran distintos agentes, pero sin embargo, los y las profesionales de la salud son los que tienen una función preponderante, destacando su presencia e implicación en las acciones previstas en todos los niveles.

- **Navarra:**
  - Se centra fundamentalmente en describir las acciones de coordinación con cada uno de los sectores de intervención en los cuatro niveles de intervención que propone.
  - En la detección e intervención con niñas en riesgo y mujeres mutiladas, se incluye al sistemas sanitario, educativo, judicial y de servicios sociales.
  - En el nivel de prevención y educación, se incluye al sistema de servicios sociales y educativo, pero no se involucra de forma activa ni a la comunidad ni a las propias mujeres.
  - La finalidad de la intervención está más dirigida hacia la denuncia que a la prevención.

- **Aragón:**
  - Destinado prioritariamente al sistema sanitario, al educativo y al sistema de servicios sociales, sin mencionar otros sectores.
  - Distingue tres momentos de intervención: la detección de factores de riesgo, situaciones de riesgo inminente y MGF practicada, estableciendo de manera paralela las actuaciones por parte de cada uno de los ámbitos e integrando, en su caso, las labores de coordinación necesarias entre todos.
  - La intervención se centra en el núcleo familiar, incluyendo al padre y a la madre en el proceso.
  - Considera también fundamental el trabajo en red entre todas las instituciones implicadas, siendo clave la prevención a través de la información y la educación y tomando las medidas judiciales como último recurso.
  - Prevé medidas orientadas a la mejora de la situación social y económica de las mujeres.

Extremadura:

- Se establecen cuatro ámbitos destinatarios a los que se dirige el protocolo (sistema judicial, social, sanitario y educativo), desarrollando fundamentalmente la intervención en los tres últimos, según cuatro momentos de intervención que coinciden con los identificados en el protocolo estatal.
- Se describen acciones sobre la intervención preventiva con la comunidad, pero de forma muy escueta, señalando tan solo recomendaciones generales de actuación.
- El papel de los/as profesionales del ámbito educativo va más allá de la mera comunicación/coordinación con los otros sistemas e instituciones que intervienen.

Castilla-La Mancha:

- Se considera necesaria la coordinación y las propuestas de acción conjuntas entre los sectores sanitarios, educativo y social en el abordaje de la MGF.
- Se describe el circuito de intervención en distintas fases distinguiendo si se dirige hacia la prevención de la practica en niñas, o a mujeres y niñas con la MGF realizada.
- Se dan pautas de intervención destinadas a las asociaciones, pero no se prevé la coordinación con servicios sociales.

La Rioja:

- Diferencia las acciones según sean de prevención, de detección de casos de MGF y de intervención.
- Para las acciones de prevención y sensibilización incluye el trabajo con la comunidad, con mujeres y hombres de las comunidades afectadas, incorporando el trabajo realizado por parte del tercer sector.
- En las acciones de detección e intervención, centraliza las actuaciones de notificación y derivación en la/el profesional de trabajo social del centro de salud de atención primaria.

Andalucía:

- Se describe el trabajo a realizar según ámbitos (social, sanitario y educativo) y ésta depende del momento en que se realice: 1) prevención. 2) Riesgo inminente (pre-viaje) y 3) sospecha y/o confirmación de haberse realizado una MGF.
- Se dan pautas de intervención para cada ámbito, pero de forma aislada respecto al resto, sin especificar las medidas de un abordaje coordinado.

Illes Balears:

- Identifican cuatro ámbitos esenciales en el trabajo de prevención: sistema sanitario, educativo, social y servicios de migración.

- La formación, coordinación y participación son los pilares que sustentan el Protocolo de prevención y actuación con las mujeres y niñas en riesgo de MGF.

› **Bilbao:**

- Se basa en cuatro líneas de intervención: 1) Formación de agentes de empoderamiento; 2) Talleres de información y sensibilización; 3) Diseño, actualización y difusión de la guía para todas las mujeres; 4) Formación de agentes de salud y prevención de MGF con madres y padres provenientes de países donde se sigue practicando.
- Partiendo de estas cuatro líneas de intervención, se diseña un abordaje orientado al empoderamiento de las mujeres, de sus familias y la construcción de espacios de encuentro intercultural.
- La intervención con los padres contempla a través de talleres grupales de formación y sensibilización. También se dispone de seguimiento psicosocial y sensibilización en el marco de atenciones familiares y en pareja.
- Dentro de los flujos de coordinación y derivación, se incluye al Módulo Auzolan, que constituye uno de los ejes principales en la labor preventiva.

› **Badalona:**

- Se prioriza la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos y se procura la implementación sobre todo del primer nivel del protocolo (prevención).
- El trabajo en red existente incorpora la prevención de la MGF desde los circuitos normalizados para que resulte un modelo eficiente y sostenible por las propias estructuras.

› **Santa Coloma de Gramenet:**

- Se considera la prevención de la MGF desde la educación para la salud (empoderamiento vs. control de la familia), incorporando a la familia en el proceso de abandono de la práctica.
- Abordaje multisectorial desde la confianza.
- Presunción de inocencia versus persecución legal.

El protocolo de Girona no se puede incluir en las dos categorías anteriores, ya que fomenta un trabajo reactivo más que preventivo, y se centra en el control de viajes de las menores al país de origen de sus familias. Se focaliza la activación del protocolo a partir del nivel 4 (punitivo) en vez del nivel 1 (prevención). Se muestra de forma gráfica el circuito de actuación y los agentes implicados según sea actuaciones de prevención ante una situación de riesgo o actuación ante una MGF ya practicada. En las dos últimas actuaciones, los principales actores intervinientes son del ámbito judicial y policial.

4.1.6. Estructura organizacional, funciones, roles

Funciones y roles de los y las profesionales en materia preventiva

Según el informe de la Fundación Wassu-UAB (2017, p. 42), la intervención preventiva de la MGF se refiere a "cualquier acción de educación para la salud que los y las profesionales puedan emprender, con el propósito de generar actitudes positivas que fomenten el abandono de la práctica. El objetivo de esta intervención es impedir que se realice una MGF, contribuir a una mejora en su salud psicosexual y reproductiva, y ofrecer acompañamiento a quienes la hayan padecido, en caso necesario".

Como se ha mencionado anteriormente, las intervenciones preventivas que de forma generalizada se exponen en cada protocolo/guía se realizan fundamentalmente en cuatro ámbitos y servicios profesionales: servicios de salud, servicios sociales, educación y otros servicios relacionados con la atención a las personas. Veamos brevemente las funciones y roles que se suelen asignar al trabajo de prevención e intervención en cada tipología de servicio:

› 1 / Prevención e intervención desde los servicios de salud.

Los servicios de atención primaria de salud son cruciales para realizar intervención preventiva de la MGF con familias, detectar y atender las consecuencias y complicaciones de las distintas tipologías de la práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres. Las intervenciones más frecuentes se dan en los siguientes ámbitos:

- Servicios de pediatría de los centros de atención primaria. Se recomienda que, durante el primer año de vida, se hayan hecho las revisiones genitales que corresponden según el Protocolo del Niño/a Sano y, al menos, una intervención indagatoria y preventiva respecto a la MGF. Tras dejar constancia de todas estas actividades en la historia clínica, se pautan visitas posteriores. Cuando se constatan factores de riesgo inminente en esta primera visita, se puede abordar la MGF. Si no es urgente la intervención preventiva, se espera la oportunidad en visitas sucesivas.
- Consultas de medicina y enfermería de familia y comunitaria. El principal objetivo de los equipos de atención primaria (tanto de las Áreas Básicas de Salud como de los equipos municipales de salud pública) es promover su prevención y abandono. Cuando ésta se haya producido, se tratarán las complicaciones asociadas a los distintos tipos de MGF.
- Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva. La consulta ginecológica o de obstetricia es el ámbito donde se pueden detectar consecuencias de la MGF en jóvenes o mujeres. Es un espacio clave para su atención y para el trabajo preventivo. Los canales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva son bien por embarazo, planificación familiar, o derivación desde servicios de la salud o servicios sociales. En estos servicios se constatan las lesiones producidas y se trabaja en la recuperación de la salud física (ámbito gineco-obstétrico) y psicosexual (vida sexual).

› 2 / Prevención e intervención desde los servicios sociales.

El/la profesional de los servicios sociales tiene un rol primordial en la intervención preventiva de la MGF mediante abordajes de sensibilización, empoderamiento y educación para la salud de las familias a las que atiende, procedentes de países donde se practica la MGF. El/la profesional puede detectar casos de MGF practicada en niñas o mujeres, generalmente a través de comunicaciones orales por parte de estas u otros familiares o personas de referencia, y casos de riesgo en niñas o jóvenes. La

intervención suele plantearse en familias procedentes de países donde se practica la MGF con las que ya se está trabajando para abordar otras dificultades o necesidades.

Las principales funciones vinculadas a los/las profesionales de servicios sociales en materia de MGF son:

- Identificar los núcleos familiares o de convivencia que provienen de países donde se practica la MGF y que tienen niñas –especialmente menores de edad– o pueden tenerlas en un futuro próximo. Estos núcleos pueden ser foco de futuras intervenciones preventivas.
- Planificar y realizar intervenciones preventivas con estas familias a través de la sensibilización, el empoderamiento y la educación para la salud sobre las consecuencias negativas para las niñas o jóvenes.
- Valorar la necesidad de atender a mujeres con consecuencias físicas o psicológicas de la MGF y poder derivarlas a la consulta médica o psicosocial de referencia.
- Seguir los protocolos de prevención y atención de la MGF, cuyo primer nivel es la prevención.
- Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la inclusión y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Es importante que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres (a valorar si conjuntamente o por separado, etc.).
- Fomentar la comunicación y coordinación entre profesionales de los diferentes ámbitos que intervengan en la atención a las familias en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).

3 / Prevención e intervención en el ámbito educativo.

El rol que desempeña el centro escolar es fundamental, ya que es un espacio donde se pueden identificar a niñas en situación de riesgo o ya mutiladas.

En el caso de posible riesgo, las actuaciones contempladas suelen concretarse en intervenciones de prevención con las familias en tutorías y acciones de sensibilización con madres y padres. Además, comunican con el centro de atención primaria la situación de viaje inminente para la aplicación del compromiso preventivo, y establecen coordinación con el centro para dar seguimiento al caso.

4 / Prevención e intervención desde el ámbito comunitario.

Las entidades del tercer sector que trabajan en la prevención de la MGF realizan un amplio abanico de actividades de carácter preventivo, así como de intervención ante casos de MGF. Especialmente destacable resulta el papel de liderazgo de las propias comunidades a través de las asociaciones de personas migrantes que luchan contra la MGF. En este marco, se pueden mencionar las acciones de sensibilización y formación tanto a profesionales como a familias y comunidades, así como actividades de promoción del empoderamiento de las mujeres, movilización de las personas migrantes, y de promoción del diálogo intergeneracional en el ámbito familiar.

› **5 / Otros ámbitos.**

También hay que destacar el papel de estas entidades en el desarrollo de investigaciones, diagnósticos y estudios en la materia para mejorar la intervención y el conocimiento de la práctica, así como para orientar procesos de incidencia política.

Finalmente, cabe mencionar las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que actúan en caso de necesidad de establecer medidas cautelares contra los familiares que se dispongan a realizar la práctica. En el caso de que la sospecha sea por causa de consumación, directamente se tramita el expediente al juzgado para que inicie las investigaciones con la apertura de las diligencias pertinentes. Esta actuación se llevará a cabo tanto si han intervenido otros u otras profesionales con anterioridad, como si aún no han intervenido.

Organismos, instituciones, profesionales involucrados en las actuaciones

Los/as profesionales y sectores implicados en la intervención que se identifican en el protocolo estatal son los siguientes:

› Profesionales implicados en AP de los servicios de pediatría, enfermería, medicina de familia, trabajo social y obstetricia.

› Profesionales implicados en AE: personal médico y de enfermería de los servicios de ginecología, obstetricia, urología, pediatría, salud mental y urgencias.

› Otros profesionales implicados: personal de los centros de vacunación internacional, personal administrativo y de admisión.

También se identifican los Programas de Salud a través de los cuales deben vertebrarse las actuaciones ante la MGF:

› Programa de Salud Infantil (PSI) / Programa de Salud Adolescencia- Juventud.

› Programa de Actividades Preventivas en Salud Sexual y Reproductiva.

› Programa de la Mujer.

› Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix.

› Programa de Vacunación Internacional.

De forma general, los servicios y perfiles profesionales identificados en las actuaciones previstas son:

› **Ámbito sanitario:**

- Atención primaria: Pediatría y enfermería de pediatría, medicina y enfermería de familia y trabajo social.
- Atención especializada: ginecología y obstetricia, urología, psicología, psiquiatría.
- Servicios de urgencia.

- Personal de admisión, citaciones y administración.
- Centros de vacunación internacional.
- Centros de salud sexual y reproductiva.

› **Ámbito educativo y servicios de orientación:**

- Personal educativo y Dpto. de Orientación Educación infantil, Educación primaria, ESO, Bachillerato, Formación profesional.
- Personal inspector del centro educativo.

› **Ámbito de servicios sociales, infancia, atención a la violencia de género y migración:**

- Servicios sociales de zona: trabajadoras/es sociales.
- Servicios de infancia, atención especializada a menores.
- Centros de información y orientación para personas migrantes.
- Red de recursos de atención y recuperación de mujeres en situación de violencia.

› **Ámbito del tercer sector y centros de estudios universitarios:**

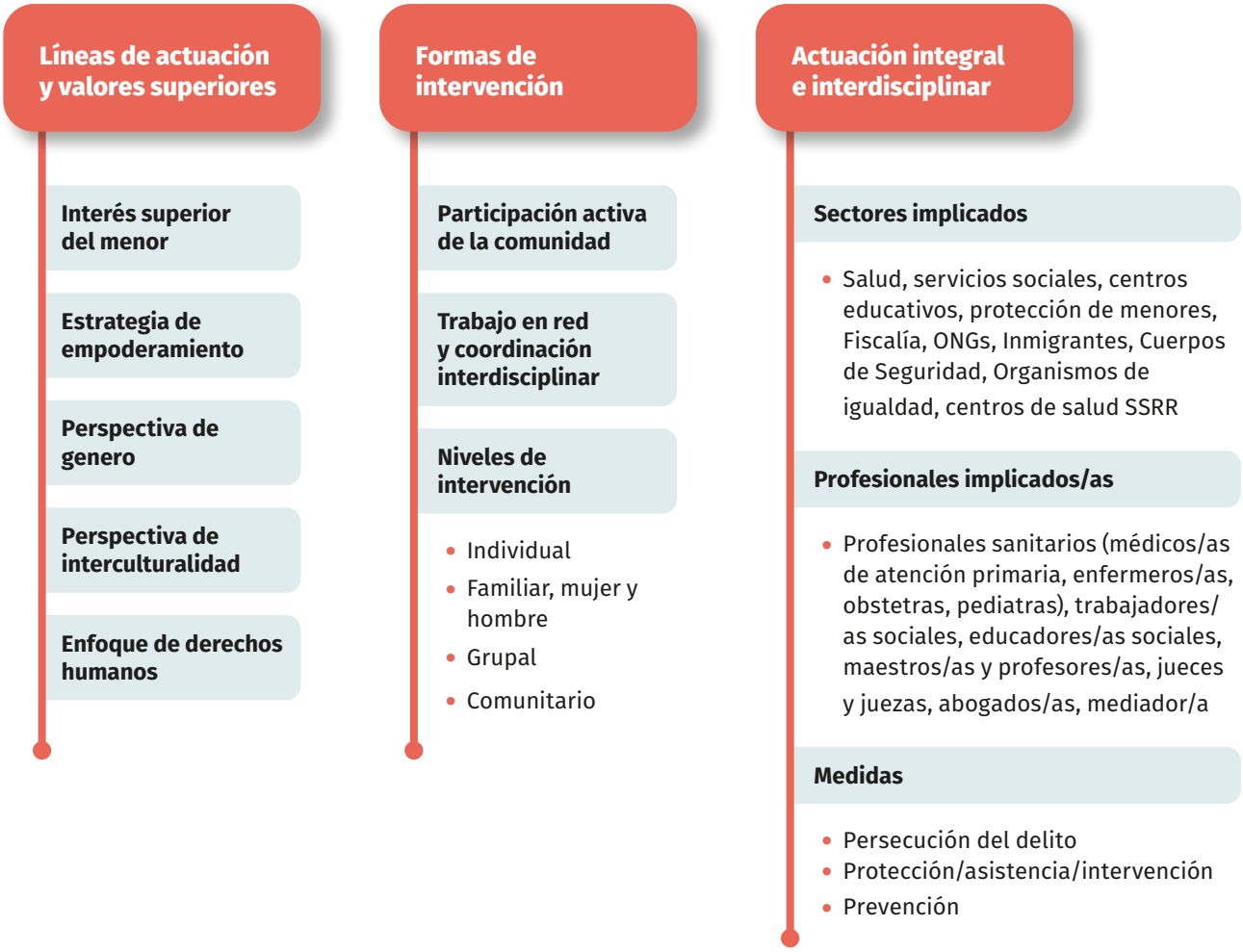
- Formadoras/es, mediadores/as interculturales o agentes influyentes en la comunidad.
- Universidad de Alcalá de Henares o la Universidad Autónoma de Barcelona.

› **Ámbito judicial:**

- Servicios de protección de menores.
- Fiscalía de menores.
- Familias. Redes de apoyo social y personas que ejercen un liderazgo en la comunidad.
- Medios de comunicación.

A modo de resumen, las líneas de actuación, el tipo de intervención y los sectores y profesionales involucrados en la prevención y actuación ante la MGF recomendados son los siguientes:

ILUSTRACIÓN 4. LÍNEAS DE ACTUACIÓN, TIPO DE INTERVENCIÓN Y SECTORES Y PROFESIONALES RECOMENDADOS EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE MGF



Fuente: Elaboración propia a partir de la ilustración del estudio elaborado por Fernández et al., (2018, p. 172).

Al igual que la identificación de TdD no se especifica de forma exhaustiva en los protocolos o guías, tampoco existe una diferenciación entre los distintos operadores, profesionales e instituciones involucradas en las actuaciones en cada territorio. En la mayor parte de las ocasiones, se menciona el organismo o el ámbito de actuación, pero no siempre existe una mención concreta de los/as profesionales involucrados/as de cada ámbito y adaptado a la realidad y organigrama público de cada localidad. Como excepción, el protocolo que identifica de forma expresa los distintos organismos y profesionales distinguiendo entre titularidades (de responsabilidades y obligaciones), es en la *Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*, mientras que la *Guía de Prevención de la MGF en Bilbao: Orientaciones para profesionales* incluye hasta el contacto con las personas de referencia de cada ámbito.

Recursos económicos

En cuanto a los recursos económicos y materiales destinados tanto al diseño como al logro de los resultados de los protocolos, no se encuentran reflejados de ninguna forma en la mayoría de los protocolos/guías estudiadas, imposibilitando una descripción detallada del coste previsto por actuación. Tampoco se define el presupuesto asignado a cada organismo/entidad involucrada, ni mucho menos la dotación del personal ni material necesario para la puesta en marcha de las actuaciones previstas.

Como excepción resalta la mención explícita en el protocolo de Illes Balears, que sí detalla los recursos necesarios (formación profesional en sanidad, educación, trabajadores/as sociales y mediación social, material de difusión digital e impreso, desarrollo de una página web de información para profesionales, creación de una página web de información comunitaria, etc. para garantizar la implementación, seguimiento y evaluación del protocolo), aunque no especifica el monto global ni específico por acción.

4.1.7. Definición de los mecanismos de coordinación

Como se ha mencionado anteriormente, los protocolos suelen defender un abordaje multidisciplinar con una perspectiva integral, con el fin de favorecer una coordinación de acciones entre los diferentes agentes, servicios y profesionales que intervienen en todo el circuito de atención. En todos los protocolos/guías analizadas se explicita la importancia de esta coordinación, pero sin embargo no existe de forma generalizada una descripción detallada de los mecanismos y herramientas concretas que pueden favorecer dicha coordinación.

Como señala el protocolo estatal, la coordinación entre recursos y servicios es fundamental, pero no se detalla cómo desarrollar de la mejor manera una coordinación con todos los agentes implicados, ni tampoco los mecanismos de seguimiento y evaluación ni de las acciones en términos generales ni de los protocolos que se pongan en marcha en las comunidades (tampoco existe mecanismo de seguimiento del protocolo estatal).

En los algoritmos de intervención se mencionan las vías de derivación y comunicación entre los diferentes ámbitos involucrados según sea el caso, pero hacen referencia a una coordinación puntual, normalmente en las atenciones a niñas en riesgo o ya mutiladas. En otros casos, cuando existe mención explícita de algún mecanismo de coordinación, fundamentalmente abarca el ámbito sanitario y no tanto para el trabajo en red.

Como excepción, destaca el caso de la guía de actuaciones sanitarias de la Comunidad de Madrid o el protocolo de Girona. En Madrid, la guía prevé la necesidad de coordinación y participación en mesas territoriales de salud y/o de prevención de la MGF, con los sectores implicados, asociaciones y fiscalía, para unificar las acciones preventivas y de detección (sistema de alerta) e intervenir en caso de confirmación de MGF y, en su caso, de denuncia. En el protocolo de Girona establece las mesas de prevención de la MGF, que reúne a todos los agentes que participan en la intervención, con la misión, entre otras, de coordinar el trabajo comunitario (sensibilización, información y formación) y seguimiento de casos (identificación de casos de riesgo y seguimiento del proceso). Sin embargo, parece que estas mesas estaban diseñadas para una coordinación de carácter reactivo-punitivo en el control de viajes de las menores a los países de origen.

4.1.8. Diseño de sistema de seguimiento y evaluación

Registro en historia clínica. Seguimiento de casos

En el protocolo estatal se menciona la necesidad de registrar en la historia clínica de la mujer o de la niña el tipo de MGF y las secuelas existentes, la planificación y prevención realizada, así como los cuidados que se precisen, pero no se aportan pautas concretas sobre cómo realizar estos registros de forma unificada por todos los servicios y dispositivos implicados.

En el protocolo estatal se menciona la importancia del registro constante de cada caso atendido:

> *"[...] según los criterios y procedimientos propios de cada servicio, de todas las actuaciones propias y la derivada de la coordinación con otros sectores /profesionales. Este registro, garantizando la confidencialidad debe facilitar el trabajo en red y la coordinación de las actuaciones realizadas con las personas (contactos en consulta, exploraciones realizadas a las personas de riesgo, seguimiento e intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo, etc.)" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 62).*

También el documento común establece que el/la profesional responsable de la atención a la niña incluya una copia del compromiso preventivo en la historia clínica. Y si se trata de una mujer adulta que tiene practicada la MGF, también debe ser registrado en la historia clínica, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, la planificación y prevención realizada y los cuidados que se precisan.

Siguiendo estas recomendaciones, en la mayor parte de los protocolos y guías aparecen las acciones de registro de la información en el historial clínico de cada paciente. En algunos protocolos, además, se menciona también la incorporación de la información de casos de menores en el registro unificado de maltrato infantil (Programa RUMI).

El registro en el historial clínico sigue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)[18] con tres posibles códigos de diagnóstico: la mutilación genital femenina, la amputación traumática de genitales externos y la situación de riesgo. Este tipo de clasificación no parece estar exenta de dificultad, ya que puede tener distintas interpretaciones y variar según el/la profesional y, especialmente, cuando no se haya recibido la formación necesaria para ello.

Indicadores, metas y mecanismos de evaluación

Únicamente se describen en el protocolo de Baleares una serie de indicadores de seguimiento para evaluar la implementación del protocolo. Se incluyen los criterios a evaluar y los indicadores cuantitativos a medir en la cobertura de la formación, detección y registro de MGF (por edad y regiones de origen), intervención comunitaria con asociaciones y grupos originarios de países donde se practica la MGF y la formación de líderes.

18 En enero de 2016 la clasificación de referencia para la codificación clínica en España se unifica con el Código Internacional de Enfermedades CIE-10, para la atención primaria y hospitales, sustituyendo otras codificaciones existentes.

En cuanto a los mecanismos de evaluación, en gran parte de los protocolos/guías se define la creación de comisiones de seguimiento del propio protocolo, así como de la valoración de los soportes de registro y seguimiento de casos y de la actuación de prevención, sensibilización y formación a profesionales. En algunos protocolos se detallan las funciones, instituciones involucradas y tareas concretas de esa comisión, mientras que en otros se mencionan muy someramente estos mecanismos.

TABLA 5. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN EN LOS PROTOCOLOS

TERRITORIOS	MECANISMO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	FUNCIONES
Estatal	No se detalla ningún mecanismo de seguimiento de la implementación del protocolo.	-
Catalunya	Comisión de Seguimiento, compuesta por los Departamentos de Educación, de Interior y Relaciones Institucionales y Participación, de Salud y de Acción Social y Ciudadanía mediante la Secretaría de Políticas Familiares y de Derechos de la Ciudadanía, la Secretaría de Infancia y Adolescencia, el Instituto Catalán de la Mujer y la Secretaría para la inmigración.	Revisar y ajustar el protocolo en caso necesario.
Aragón	Comisión de Seguimiento, formada por todos los organismos que se considere necesario, que se reunirá al menos una vez al año.	No se mencionan.
Navarra	Comisión de Seguimiento del Acuerdo interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres.	› Difusión en los respectivos ámbitos de trabajo y adecuar su actuación al mismo. › Diseño de un modelo unificado de recogida de datos para la gestión de información. › Diseño de la formación de profesionales que intervienen en esta materia. › La evaluación continua del protocolo y de su implementación. › Valoración de modificaciones al Protocolo como consecuencia de su adaptación a los cambios.

Murcia	Comisión de Seguimiento.	› Implementar y difundir el protocolo en el ámbito sanitario. › Implementar los programas de sensibilización y formación a profesionales del ámbito sanitario, previendo también la evaluación de los conocimientos adquiridos. Establecimiento de un modelo de recogida de datos.
Comunitat Valenciana	Comisión de Seguimiento de la Actuación Sanitaria ante la MGF en la Comunitat Valenciana.	Evaluar periódicamente tanto la implantación del protocolo como los resultados de la detección precoz y de la reconstrucción genital.
Euskadi	No se explicitan los mecanismos y herramientas de seguimiento y evaluación del protocolo ni la responsabilidad de medición y seguimiento de los registros.	-
Andalucía	No se explicita ningún mecanismo de coordinación ni de seguimiento. Solamente se menciona el registro de casos en el historial clínico.	-
Extremadura	No está explicitado en el protocolo, pero según noticias (Junta de Extremadura,2018) en 2018 se crea una Comisión de Seguimiento del Protocolo de Intervención en MFG, formada por el Instituto de la Mujer de Extremadura, las direcciones generales de Políticas Sociales, Infancia y Familia, Salud Pública, representantes de la Consejería de Educación y Empleo, de la Fiscalía Superior de Justicia de Extremadura, de la Asociación de Derechos Humanos de Extremadura y de la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo.	-
Castilla-La Mancha	Se explicita la creación de una Comisión de seguimiento regional y Comisiones de seguimiento en cada provincia, formadas por todos los Organismos que se considere necesario, que se reunirá al menos una vez al año.	› Impulsar la puesta en marcha de las medidas contempladas en el protocolo. › Proponer las medidas necesarias para su perfeccionamiento, adaptándolo a las nuevas necesidades que se pudieran presentar. › Hacer seguimiento y evaluación del nivel de cumplimiento.

Comunidad de Madrid	No se explicita ningún mecanismo de coordinación ni de seguimiento. Solamente se menciona el registro de casos en el historial clínico.	
Illes Balears	Se establece la creación de una Comisión de seguimiento y evaluación compuesta por el personal técnico en representación de las diferentes direcciones generales que participaron en la elaboración de este protocolo. Esta comisión se reunirá como mínimo una vez al año.	› Recoger todas las incidencias, dificultades u oportunidades de los diferentes servicios que intervienen en la implementación del Protocolo. › Realizar un registro y seguimiento de todos los casos de MGF en los que haya intervenido la Fiscalía.
La Rioja	No se detalla ningún mecanismo de seguimiento de la implementación del protocolo. Se menciona la necesidad de registro de casos de menores en el registro unificado de maltrato infantil (Programa RUMI) y en el historial clínico.	
Girona	Mesas de prevención de la MGF.	Realizar el seguimiento de casos.
Bilbao	Comisión interinstitucional.	› Analizar datos sobre los perfiles objeto de prevención. › Definir y revisar los principios rectores de la intervención. › Clasificar la detección del riesgo y el formato de la intervención. › Valorar herramientas de apoyo para el correcto funcionamiento: compromiso preventivo, folletos de derivación, documento de orientaciones a profesionales, etc.
Badalona	Mesa de Infancia y Adolescencia con representación de todas las administraciones, sectores y personas implicadas.	› Establecer un espacio de reflexión permanente, de seguimiento de casos y de la evolución demográfica. › Revisar la codificación del hospital, de los contenidos del compromiso preventivo y de los soportes de apoyo a profesionales.
Santa Coloma de Gramenet	Grupo motor, compuesto por profesionales sanitarios, de los servicios sociales y de atención a las personas.	Diseñar y hacer el seguimiento de las actuaciones.

Fuente: Elaboración propia

4.2. LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS

4.2.1. Nivel de implementación de los protocolos/guías

La aprobación del protocolo estatal supuso un impulso para otras comunidades autónomas, así como diversos municipios, pusieran en marcha actuaciones de prevención ante la MGF. Sin embargo, en la actualidad no podemos hablar de una implementación territorial de alcance general.

Aragón, Catalunya y la Comunidad Foral de Navarra son los territorios donde hace más tiempo que existen protocolos. Aunque eso no siempre es significativo desde el punto de implementación en el que se pueden encontrar, sí les dota de un bagaje y una experiencia en el abordaje del tema a nivel de políticas públicas:

> *"Yo creo que el hecho de que ya después de 10 años en salud lo tengamos asumido como una cosa más, incluso las familias lo tengan asumido, que no pasa nada y que tiene que ser así y que además es un beneficio para las niñas. No sé, de alguna manera la sensación que tengo yo, somos optimistas. La sensación que tengo es que el propio proyecto va madurando, y la maduración da lugar a que ya no sea tan necesario estar tan pendiente de todo porque rueda solo". (E. TdR. Entidades)*

Como veremos en los apartados posteriores, en las primeras comunidades autónomas y municipios donde se implementaron los protocolos/guías han tenido resultados positivos, sobre todo en cuanto al grado de sensibilización y conocimiento de profesionales en la materia, así como en referencia a mejorar los mecanismos de coordinación y de actuación ante la MGF.

Muchos de los territorios que iniciaron la implementación de protocolos/guías en los años posteriores a la aprobación del protocolo estatal pudieron contar con la experiencia de los territorios pioneros, aprendiendo de sus procesos y replanteándose la intervención y el abordaje desde una perspectiva integral. Este hecho da lugar a que tanto el proceso de elaboración y diseño del protocolo como la propia implementación de acciones parece haber sido algo más fácil, contando con la referencia de las experiencias anteriores:

> *"Entonces revisamos todos los protocolos que había vigentes en otras comunidades, y justo en el proceso de empezar el grupo de trabajo a trabajar, salió el protocolo nacional, lo cual dio también bastante de referencia para orientar contenidos [...] luego lo que fue muy interesante, que se fue haciendo como un proceso de implementación un poco en cascada. Y bueno, aparte de la formación de profesionales, luego, por ejemplo, teníamos otras compañeras que estaban trabajando todo el tema de los mapas, de la vulnerabilidad, de la georreferenciación de zonas más vulnerables. Aprovechando esta herramienta, vimos los centros de salud que tenían mayor presencia de población africana, donde había población más expuesta al problema". (E. TdO.)*

La existencia de un protocolo diseñado y aprobado no tiene por qué mantener una relación directa con haber podido llegar a implementar sus actuaciones tal y como se conceptualizaron en ese momento. En algunos territorios, el nivel y la forma en que se ha implementado el protocolo o guía no parece corresponder fidedignamente a la idea prevista en el diseño, debido principalmente a la falta de una dotación económica y de recursos para llevar a cabo las actuaciones previstas. Esta situación tiene como consecuencia directa poner en riesgo la eficiencia y eficacia de la política pública en cuestión, así como su sostenibilidad. Estas parecen sostenerse por la voluntariedad del aporte de otros organismos públicos vinculados y del compromiso de los/as profesionales de los diferentes ámbitos. En algunos casos, esto parece traducirse en una falta de compromiso institucional firme que apueste claramente y de forma prioritaria por la prevención y actuación ante la MGF:

> *"No se han preocupado porque permee a todos los niveles donde tiene que llegar y ni hay un compromiso. No están claras, no hay como insistencia en recordar las responsabilidades. Y no lo entiendo. No hay un único presupuesto, son para cuatro formaciones. Tampoco sé si es un protocolo de coordinación. Se tiene que coordinar todo el mundo, pero bueno, no hay una persona tampoco encargada de implementar ese protocolo ¿no? Esa es la mayor debilidad". (E. TdR. Profesionales)*

Desde las titularidades de obligaciones son conscientes de la falta de asignación presupuestaria clara a las acciones de prevención y actuación ante la MGF, proponiendo algunas mejoras al respecto:

> *"A lo mejor, hay que darles una vuelta a las subvenciones para garantizar mediante su objeto una mejor definición de la subvención. Las metas que pretenden conseguirse creo que pueden ser útil. Estas son las dificultades que yo creo que tienen todos los organismos". (E. TdO.)*

El grado de implementación también va muy unido a la adaptación a la nueva normativa estatal en relación con los ámbitos de igualdad y violencia de género, así como de protección a la infancia. Este aspecto puede suponer un impulso para promover un compromiso institucional en la práctica para mejorar el nivel de implementación en todo el territorio estatal:

> *"Es un avance incluir la MGF en ese proyecto de Ley (Anteproyecto de Ley de Violencia Sexual) para abordarla desde todas las perspectivas: la preventiva, la asistencial, la reparadora [...] Es también una manera de cumplir con el propio Pacto de Estado que insta a poder abordarlo de esta manera. También está incluido en el Anteproyecto de Ley de Violencia contra la Infancia. El Pacto de Estado tiene actualmente fondos que se transfieren a las comunidades autónomas y aquellas que lo deseen pueden realizar actuaciones sobre MGF". (E. TdO.)*

De esta forma, tanto la elaboración de políticas que incluyen la MGF como una forma de violencia de género, como el desarrollo de estudios y el acercamiento a la problemática desde las entidades sociales y el ámbito académico, están suponiendo un impulso claro a incrementar el nivel de implementación de los protocolos/guías en los territorios. Siendo muy positiva la inclusión de la MGF como violencia de género, no hay que obviar la necesidad de adoptar mecanismos y herramientas concretas para el abordaje de MGF teniendo en cuenta su especificidad, las causas por las que se produce, y el nivel de conocimiento general del fenómeno para su prevención y abordaje. En palabras de Patricia Fernández de Castro, "la MGF requiere necesariamente el abordaje de una manera independiente e intersectorial" (Fernández et al., 2018, p. 141).

Por último, hay que destacar, tal y como se ha expuesto en diversas entrevistas realizadas para esta evaluación, el miedo existente a un posible retroceso en la implementación de medidas preventivas de la MGF y en la atención integral a las supervivientes como consecuencia de la pandemia por la COVID-19. La elevada presión asistencial sobre los servicios públicos y la urgencia de atender también otras prioridades sociales y sanitarias, así como la suspensión de los programas preventivos de carácter comunitario debida a las restricciones derivadas de la pandemia podría suponer un retroceso significativo en los avances que se han ido consiguiendo los años anteriores (UNFPA, 2020). Por tanto, uno de los retos actuales de los sistemas públicos de salud consiste en articular los mecanismos necesarios para seguir impulsando políticas preventivas en la materia.

4.2.2. Formación y sensibilización de profesionales: conocimiento sobre MGF y aplicación del protocolo

Como describíamos en el capítulo anterior, la mayoría de los protocolos establecen como medida la formación y sensibilización en MGF a las y los diversos profesionales que intervienen en los procesos, pero no se definen los mecanismos para llevarlo a cabo. Este aspecto da lugar a que la mayor parte de los territorios con protocolos/guías han desarrollado algún tipo de acción formativa, pero, en algunos casos, éstas se limitan a la celebración de una jornada anual, mientras que en otros la formación se extiende a diferentes espacios, teniendo mayor o menor alcance[19].

> *"Yo creo que la formación la impartieron directamente desde la Consejería de Sanidad. La formación faltaría más, que yo creo que lo que ya se aprobó es de otro sitio [...] pero lo importante es que sí que hubo esa difusión y eso da igual de qué organismo surgiese la formación, pero sí que hubo una formación previa a diferentes ámbitos". (E. TdO.)*

En gran parte de los territorios, la mayoría de las formaciones están destinadas a profesionales del ámbito sanitario, no contemplándose la inclusión de profesionales del ámbito educativo y social, entre otros:

> *"Todavía hay centros educativos que no conocen el tema de la mutilación genital ni conocen el protocolo". (E. TdR. Entidades)*

Ejemplo de esto es el caso de Euskadi, donde la formación ofertada está muy focalizada en el ámbito sanitario para determinados perfiles profesionales:

> *"Lo que se hizo aquí fue dirigir la formación a perfiles concretos sobre el tema. Se ofertaba el curso para perfiles de este tipo: matronas, pediatras, enfermeras de atención primaria, ginecólogos y médicos de familia y, además, se ofertaban en los sitios, en los centros de salud y hospitales donde mayor población de riesgo tenemos. Queremos decir que no ha sido homogéneo y hemos decidido ser muy selectivos con el tema de la formación. Yo creo que eso es una herramienta potente, más allá de la propia difusión del protocolo general, que eso se ha hecho de forma general". (E. TdO.)*

19 Ver tabla 9 del apartado 4.3.2. Aproximación del alcance de los protocolos en cifras.

Pero no solo en el alcance y cobertura de las formaciones realizadas hay diferencias entre territorios, sino también en el propio contenido tratado. Parece que, en algunos casos, las actuaciones formativas se circunscriben a ofrecer información sobre el protocolo de referencia, mientras que en otras se incluyen, además, contenidos más extensos sobre la MGF y su abordaje.

La tendencia parece mostrar que el interés de profesionales es cada vez mayor, así como que existe un cierto incremento de las formaciones recibidas, sobre todo en aquellos territorios con mayor bagaje en el abordaje, algo que es indudablemente un aspecto muy positivo:

> *"El interés es mucho mayor por las formaciones ahora. Hace unos años, cuando íbamos y casi pidiendo 'Oye, mira, tenéis que recibir esta formación'. Y ahora es al revés". (E. TdR. Entidades)*

> *"Hombre, cada vez hay más (formaciones), pero todavía falta conocimiento en algunos ámbitos". (E. TdR. Entidades)*

> *"Yo creo que ahora mismo hay ya personas, profesionales en diferentes sectores o ámbitos que funcionan ya solas. Otras que les cae un primer caso y no saben qué hacer. Yo creo que aquí hemos hecho mucho, mucho hincapié en el ámbito sanitario". (E. TdR. Entidades)*

Además de limitarse en muchas ocasiones a formaciones al ámbito sanitario, hay que añadir la rotación permanente que caracteriza este sector profesional, dificultando la aplicación de los conocimientos adquiridos:

> *"Pero ya no es como ámbito, sino como personas, que tú date cuenta de que tú haces ahora una formación en un centro de salud y el año que viene vuelves y el 60 % de personas no son las mismas. Claro, es un poco complicado". (E. TdR. Entidades)*

En esta línea, Médicos del Mundo llevó a cabo dos estudios, uno en Aragón (MdM Aragón, 2016) y otro en Navarra (MdM Navarra, 2017), en los cuales se analizaba el grado de conocimiento por parte de profesionales sanitarios de los protocolos autonómicos y sobre la temática de la MGF. Los resultados de ambos estudios mostraron que el nivel de conocimiento de la temática y de las pautas de actuación ante casos de riesgo o de MGF era ampliamente mejorable. En el caso de Navarra, el 53% de las y los profesionales encuestados no conocía ningún protocolo de actuación, y el 59% no había recibido nunca formación al respecto. En Aragón, el 86,8% de la muestra afirma conocer el protocolo autonómico, aunque el 84% expresa interés en recibir formación sobre MGF para reforzar la intervención preventiva. Estos estudios, en concreto el de Aragón, mostraban que, a pesar de llevar a cabo acciones preventivas con familias y hacer uso del compromiso preventivo, existía un porcentaje de profesionales (22%) que no programaban visitas tras la vuelta del viaje, la coordinación con otro tipo de recursos era del 61%, y que el 67% de profesionales consideraba necesario mejorar el sistema de registro de la MGF en el sistema informático. En ambos territorios, estos informes han permitido ajustar las formaciones y dotar de herramientas para la intervención, así como reclamar a la administración el cumplimiento de los protocolos.

En el marco de esta evaluación, también hemos podido aproximarnos a obtener información sobre el conocimiento de la prevención y actuación ante la MGF de profesionales sociosanitarios a través de un cuestionario de ámbito estatal remitido a los diferentes ámbitos profesionales. Todas las personas que respondieron al cuestionario afirman saber qué es la MGF y entre los motivos que consideran más relevantes a la hora de realizar la MGF, las respuestas se han concentrado en su mayoría en motivos religiosos, culturales y de tradición.

En relación con la formación, es interesante resaltar que de todas las personas que respondieron el cuestionario, casi un 63% del total han recibido formación sobre actuación y prevención de la MGF, de los cuales tan solo el 26% considera que ésta ha sido suficiente. Esta categoría se concentra fundamentalmente en profesionales de atención primaria, siendo sobre todo otros sectores profesionales no vinculados al ámbito sanitario los que afirman no hacer recibido ninguna formación o insuficiente.

TABLA 06. PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DE LA FORMACIÓN/INFORMACIÓN SOBRE ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF

SOBRE FORMACIÓN/INFORMACIÓN SOBRE ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS...			
Centro de trabajo/ Actividad profesional	**No he recibido ninguna formación ni información**	**Sí, he recibido suficiente formación/información**	**Sí, pero no he recibido formación/ información suficiente**
Administración	**33,3%**	**33,3%**	**33,3%**
Trabajador/a social	0,0%	50,0%	50,0%
Educador/a social	100,0%	0,0%	0,0%
Ap./Centro de salud	**0,0%**	**75,0%**	**25,0%**
Médica/o General o de Familia	0,0%	0,0%	100,0%
Trabajador/a social	0,0%	100,0%	0,0%
Mediadora/o cultural	0,0%	100,0%	0,0%
Hospital (no pediatría/ ginecología)	**50,0%**	**0,0%**	**50,0%**
Enfermera/o	0,0%	0,0%	100,0%
Trabajador/a social	100,0%	0,0%	0,0%
Hospital área ginecología/ maternidad	**33,3%**	**25,0%**	**41,7%**
Ginecóloga/o	36,4%	18,2%	45,5%

Trabajador/a social	0,0%	100,0%	0,0%
Tercer sector/Otras	**66,7%**	**0,0%**	**33,3%**
Trabajador/a social	66,7%	0,0%	33,3%
TOTAL, GENERAL	**37,0%**	**25,9%**	**37,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020

En los resultados se constata que, a pesar de existir avances en cuanto al conocimiento general en esta materia, todavía existe un alto volumen de profesionales que no han tenido la oportunidad de formarse y, en consecuencia, desconocen la existencia de protocolos de actuación ante la MGF (más del 55%), así como las pautas de actuación.

TABLA 7. NIVEL DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS (ESTATAL Y/O AUTONÓMICO) DE PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS

¿CONOCES EL PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (ESTATAL Y/O AUTONÓMICO?				
Centro de trabajo/Actividad profesional	**Sí**	**No**	**NS/NC**	**Total**
Administración	**3,7%**	**7,4%**	**0,0%**	**11,1%**
Trabajador/a social	3,7%	3,7%	0,0%	7,4%
Educador/a social	0,0%	3,7%	0,0%	3,7%
Atención primaria/Centro de salud	**11,1%**	**0,0%**	**3,7%**	**14,8%**
Médica/o General o de Familia	0,0%	0,0%	3,7%	3,7%
Trabajador/a social	7,4%	0,0%	0,0%	7,4%
Mediadora/o cultural	3,7%	0,0%	0,0%	3,7%
Hospital (no pediatría/ginecología)	**3,7%**	**3,7%**	**0,0%**	**7,4%**
Enfermera/o	3,7%	0,0%	0,0%	3,7%

Trabajador/a social	0,0%	3,7%	0,0%	3,7%
Hospital área ginecología/maternidad	**11,1%**	**29,6%**	**3,7%**	**44,4%**
Ginecóloga/o	7,4%	29,6%	3,7%	40,7%
Trabajador/a social	3,7%	0,0%	0,0%	3,7%
Tercer sector (entidades, ONGS...) /Otras	**7,4%**	**14,8%**	**0,0%**	**22,2%**
Trabajador/a social	7,4%	14,8%	0,0%	22,2%
TOTAL, GENERAL	**37,0%**	**55,6%**	**7,4%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020

En la tabla anterior, llama especialmente la atención que el mayor volumen de profesionales que desconocen los protocolos se concentra en ginecología en el ámbito hospitalario, y en menor proporción entre profesionales sociales del tercer sector, mientras que la mayor parte de profesionales de atención primaria afirman conocer la existencia de los protocolos.

Del conjunto de profesionales, es interesante observar el volumen de todos ellos/as que han atendido casos en los últimos años y relacionarlo con la información de la tabla anterior: del 37% de ginecólogos/as del ámbito hospitalario que han atendido casos de MGF, más del 70% desconoce el protocolo de actuación:

TABLA 8. PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS QUE HAN ATENDIDO CASOS DE MGF

¿HA ATENDIDO ALGÚN CASO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?			
Centro de trabajo/Actividad profesional	**No**	**Sí**	**Total**
Administración	**7,4%**	**3,7%**	**11,1%**
Trabajador/a social	3,7%	3,7%	7,4%
Educador/a social	3,7%	0,0%	3,7%
Atención primaria/Centro de salud	**7,4%**	**7,4%**	**14,8%**
Médica/o General o de Familia	3,7%	0,0%	3,7%

Trabajador/a social	3,7%	3,7%	7,4%
Mediadora/o cultural	0,0%	3,7%	3,7%
Hospital (no pediatría/ginecología)	**7,4%**	**0,0%**	**7,4%**
Enfermera/o	3,7%	0,0%	3,7%
Trabajador/a social	3,7%	0,0%	3,7%
Hospital área ginecología/maternidad	**7,4%**	**37,0%**	**44,4%**
Ginecóloga/o	3,7%	37,0%	40,7%
Trabajador/a social	3,7%	0,0%	3,7%
Tercer sector (entidades, ONGS...) /Otras	**18,5%**	**3,7%**	**22,2%**
Trabajador/a social	18,5%	3,7%	22,2%
TOTAL, GENERAL	**48,1%**	**51,9%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020

En cuanto a la formación de profesionales, cabe subrayar la gran importancia que se le otorga desde todas las titularidades a este tipo de actuaciones para mejorar el abordaje de la MGF, y como se expone posteriormente, supone uno de los grandes ejes de mejora en cuanto a incremento del número de formaciones, de alcance multisectorial e incluso de la posible incorporación de la materia en los currículos universitarios especializados.

Además de la formación a profesionales, otra vía de alcance sobre la prevención de MGF son las diferentes actuaciones de sensibilización y difusión del propio protocolo. De hecho, en los territorios con protocolos vigentes se han realizado acciones en esta línea, pero parece que no siempre han tenido el impacto buscado:

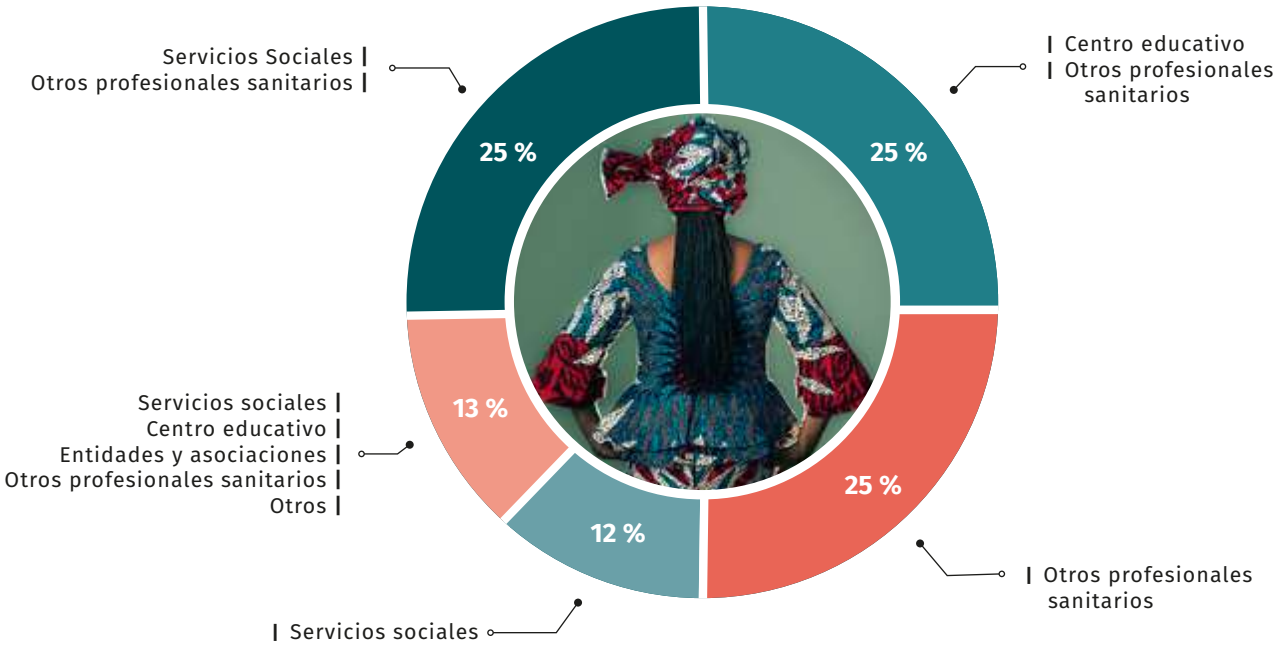
> *"[...] se elaboró un tríptico, se elaboraron folletos, pero hay quien dice que es muy largo. Es un poco difícil a veces redactar protocolos porque quieren recoger toda la información posible y luego, una vez, convertirlo en algo cercano y accesible y de fácil lectura para quien la tiene que aplicar, y más en este tema. Yo creo que esa parte sigue siendo un reto". (E. TdO.)*

4.2.3. Procesos de coordinación

Como se ha mencionado anteriormente, los protocolos suelen defender un abordaje multidisciplinar con una perspectiva integral, con el fin de favorecer una coordinación de acciones. Sin embargo, los mecanismos y herramientas de coordinación se describen de forma explícita solamente en algunos de los protocolos/guías analizadas.

Asimismo, en los protocolos se menciona la necesidad de coordinación multisectorial ante la firma del compromiso preventivo, antes y después del viaje de la niña. Esta coordinación entre diferentes ámbitos, y según la información extraída en las entrevistas a profesionales, consiste básicamente en el seguimiento de la firma del compromiso y en el seguimiento del caso a la vuelta del viaje de la menor. En esta coordinación no siempre participan las mismas personas involucradas y/o sectores. Como se muestra en el siguiente gráfico, tan solo el 13% de profesionales sociosanitarios afirman coordinarse ante un caso o riesgo de MGF con los distintos profesionales de diferentes ámbitos, mientras que el resto se coordina exclusivamente con profesionales de su mismo sector y/o exclusivamente con otro sector.

ILUSTRACIÓN 5. ANTE LA DETECCIÓN DE MGF EL/LA PROFESIONAL ¿CON QUE OTROS RECURSOS O PROFESIONALES SE COORDINA ANTE UN CASO DE MGF?



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020

Aunque no se especifica en la mayor parte de los protocolos, la coordinación parece que se materializa a través del registro de información en el historial clínico de cada paciente, así como en la comunicación directa entre profesionales del mismo centro sanitario. El resto de los ámbitos involucrados, como servicios sociales, entidades sociales o fiscalía, parece que de nuevo la coordinación se realiza entre profesionales de referencia de cada ámbito, pero no es

a través de ninguna institución o herramienta creada ad hoc, exceptuando algún caso específico (por ejemplo, Euskadi con la mesa de prevención de la MGF, actualmente inactiva).

> *"Entonces hicimos una mesa interdisciplinar en Huesca que estuvo funcionando mucho tiempo. Una comisión. Había muchas, muchas personas implicadas de centros de salud, educativos y tal, y eso fue al principio que salió el protocolo, hasta que poco la gente lo conoció y ya desapareció. Intentamos otra en uno de los barrios más complicados y participamos en una. Hace mucho que se formó en el barrio, que era como el centro más potente de población. También desapareció, pero no se ha conseguido nada oficial. Es una propuesta que ya estaba encima de la mesa muchas veces". (E. TdR. Entidades)*

La razón de la falta de mecanismos estables de coordinación se explica por la ausencia de referentes claros en cada ámbito o sector involucrado, diluyéndose por tanto esta tarea esencial:

> *"Yo creo que se tiene que nombrar a una persona de cada centro de salud, una o dos de cada colegio. La orientadora, o algo, no sé, pero que fuera realmente la persona encargada de este tema y que llevara un seguimiento y que se coordinara con las otras personas, que estuviera claro quién es él. Así como hay referentes de violencia de género, sería la referente de mutilación genital". (E. TdR. Entidades)*

Por último, también se echa en falta una coordinación de carácter estatal que permita agilizar ciertos procesos comunes:

> *"Actualmente, con todo el sistema de gestión, por ejemplo, de procesos de asilo y refugio y tal, realmente se está haciendo a nivel estatal, está implicando a un montón de comunidades autónomas. Una persona puede estar hoy en una parte de España y mañana en otra. Y hace falta también un poco tener esa coordinación en la atención, en ese intercambio y también ser un poco facilitadoras para nuevas iniciativas, porque realmente en España todavía queda mucho trabajo que hacer en este sentido, cuando comparamos con las experiencias de otros países en Europa, vemos que todavía en España falta trabajar mucho más". (E. TdR. Entidades)*

4.2.4. Implementación de sistemas de seguimiento y evaluación

Para que exista un sistema de seguimiento y evaluación es necesario contar previamente con un sistema de registro de casos adecuado y unificado. En el estudio de la Fundación Wassu (2019) se mencionan las dificultades del registro en el historial clínico, que pocas veces es sistemático, así como con la codificación de las actuaciones preventivas respecto a la MGF. Identifican los siguientes problemas de registro de casos que se producen en algunos territorios:

- Identificación con nombres y apellidos no garantiza el anonimato.
- No se visualiza si existe una acción preventiva previa o no, lo que conlleva un riesgo de repetición contraproducente.

- No está centralizada la recogida de datos dentro de una misma administración.
- Los sistemas de información sanitaria no permiten un intercambio de información eficaz entre diferentes administraciones.
- Registro de casos solo cuando interviene la administración local o interviene la policía ante la retirada del pasaporte.
- Registro de la acción preventiva ligada exclusivamente a la firma del Compromiso Preventivo.

Por otra parte, distintos responsables de políticas públicas manifiestan dificultades con el registro como consecuencia de la propia codificación de las actuaciones preventivas respecto a la MGF. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) hay tres posibles códigos de diagnóstico: la mutilación genital femenina, la amputación traumática de genitales externos y la situación de riesgo. Se detecta que en determinadas situaciones puede haber un debate de cuál es la clasificación adecuada, que puede variar según cada profesional y, especialmente, en ausencia de formación previa.

A estas dificultades, se suma también una infra codificación de la MGF por las siguientes razones: "En primer lugar, debido a la escasez de revisiones genitales que se realizan a niñas, a diferencia de las de los varones, que sí se realizan con más periodicidad para detectar una fimosis. En segundo lugar, la no detección de esta práctica en las mujeres y niñas debido a la falta de formación de profesionales de la salud. Y, en tercer lugar, la no codificación por razones éticas de cada profesional". Así parece no existir "un consenso entre profesionales sobre si se debe codificar o no la MGF en la historia clínica, lo que constituye un dilema de primera magnitud, encontrándose argumentos en contra y a favor" (Fernández et al., 2018, p. 22).

Asimismo, desde la percepción de profesionales de la salud a nivel práctico no es sencillo ni intuitivo el proceso de registro en el historial clínico de la paciente:

> *"No es una cosa que manejes continuamente. Se te olvida esto por donde salía el compromiso preventivo, hasta que encuentras el compromiso para que te salga a través de la historia clínica con los datos rellenos de la niña. Y tal vez es más sencillo [...]. Es lo que no vemos habitualmente, pero se pretendía que fuera mucho más intuitivo [...] pero tampoco tenemos la historia integrada entre hospital y atención primaria, porque lleva a otro programa distinto, con lo cual a veces es difícil ver lo que hacía en el hospital y nosotros [...]. Es como meter demasiada maquinaria del programa y entonces yo creo que ese aspecto se quedó ahí". (E. TdR. Profesionales)*

Esta situación tiene como consecuencia que actualmente no exista información unificada del número de compromisos preventivos firmados, ni del número de mujeres y niñas supervivientes que viven en territorio español, ni de las niñas residentes en el Estado que han sido mutiladas en viajes a sus países de origen, que han llegado ya mutiladas a través de un proceso de reagrupación familiar o adopción, o que no han regresado del viaje a su país de origen. Tampoco existe la posibilidad de medir el impacto cuantitativo de las acciones de prevención y atención ante la MGF, ni a nivel estatal ni autonómico, exceptuando algunos avances de sistematización y registro en Euskadi[20].

> *"Entiendo que no hay ningún informe o datos globales que digan mira el protocolo o por lo menos el tema de mutilación genital en la Comunidad de Madrid. Hemos registrado X casos que han sido*

20 Ver apartado 4.3.2. Aproximación del alcance de los protocolos en cifras.

> *resueltos o han sido intervenidos. Eso no existe. Nosotros vamos viendo información a medida que necesitamos. Pedimos información a los sistemas de información [...]. Pues realmente de una manera poco sistemática, creo yo que hay mucho esfuerzo en sacar adelante los proyectos y las guías, los protocolos, etcétera, pero luego sostenerlo en el tiempo es complejo". (E. TdO.)*

En cambio, en algunos territorios sí se registran y se reportan datos a nivel estatal, incorporándose al Informe Anual de Violencia de Género que publica la Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) las actuaciones de formación y sensibilización que realizan las comunidades autónomas con arreglo a los protocolos vigentes. Se trata de datos básicos de numero de formaciones y profesionales participantes, así como de realización de jornadas y difusión de folletos y cartelería[21].

> *"[...] que nosotros, una vez que se presentó la guía, sí que cerramos a febrero de 2018, sea porque fue el momento de mayor impulso tras la publicación de ella. Entonces ahí sí que se recogió la información, cuántos profesionales se habían formado, cuántos acudieron a las presentaciones, etcétera". (E. TdO.)*

La dificultad de unificar todos los registros se debe, entre otras cosas, a la existencia de distintos sistemas de información sanitaria en las comunidades autónomas, que no permiten homogeneizar datos ni trabajar con indicadores comunes.

> *"Pero a nivel sanitario todavía no existe nada de eso y mucho menos con la mutilación genital femenina. La experiencia nos dice que ponemos muchas expectativas, por así decirlo, en los sistemas de información sanitaria, pero los sistemas de información sanitaria, tal y como están concebidos, llega hasta dónde llega a veces y es lo que tenemos. Lo que tendríamos que hacer es tirar de otros registros que no sean solo los sanitarios porque claro, en temas como estos, que son lo de siempre, social y sanitaria... pero ¿cómo lo hacemos?" (E. TdO.)*

A pesar de ello, parece que hay experiencias en algunas comunidades autónomas que han avanzado en mejorar los sistemas de registro e información en los casos de violencia de género y que podría ser interesantes para poder transferir al conjunto del sistema y de aquellos casos de MGF:

> *"A nivel de sistemas de información sanitaria con respecto a violencia de género, pues una de las que más ha evolucionado es la Comunidad Valenciana, que ha ido a hacer un sistema propio de seguimiento de casos y de registro, pero sólo para violencia de género. Un sistema de información sanitaria con la historia clínica a través del código de identificación del paciente. Luego ya sabes que a ti te sale, que tú tienes un caso de violencia de género. Ya toda la información añadida sobre ese caso, sobre todas las características que tiene de todo tipo socioeconómicas del paciente. Por ejemplo, otra comunidad que también avanzó bastante con el tema de la historia clínica, por ejemplo, es en La Rioja. Ahí han evolucionado la técnica y luego también, por ejemplo, en Castilla y León, que también han evolucionado bastante en el tema de violencia de género con la implantación de su sistema asistencial". (E. TdO.)*

21 Ver apartado 4.3.2. Aproximación del alcance de los protocolos en cifras.

Por último, en cuanto al registro o cuantificación de los compromisos preventivos tampoco parece existir un proceso sistemático que permita realizar un seguimiento de este instrumento. En general, como puede extraerse de las entrevistas, no hay un registro centralizado. En ocasiones, los compromisos preventivos se gestionan exclusivamente en pediatría mientras que, en otros casos, se derivan al personal de administración, al centro educativo o del/la trabajador/a social del centro. Por tanto, se hace difícil tener una explotación real del número de procesos de sensibilización realizados, documentos firmados o diagnósticos corroborados y regresos de los viajes. Esto da lugar, como hemos mencionado anteriormente, a que se produzcan descoordinaciones entre los servicios, y que diferentes profesionales soliciten a las familias la firma del documento.

En cuanto a mecanismos de seguimiento y evaluación del propio protocolo, no existe ningún sistema establecido, ni indicadores ni procesos de monitoreo, que permita ir valorando y reajustando la implementación del protocolo. Si bien en algunos protocolos estaba prevista la creación de Comisiones de Seguimiento, basándonos en las entrevistas y documentación revisada, estas comisiones no parecen haber sido establecidas a tal fin:

> *"[...] que haya una Comisión de Seguimiento que se active regular o anualmente. Eso no se ha conseguido nunca [...]. No hay nunca herramientas de evaluación y no hay recogida de datos de la Administración. Eso se ve cada 6 de febrero, cuando preguntan cuántos protocolos, cuántos compromisos se han firmado, cuántas han viajado, cuántas mujeres hay y tal". (E. TdR. Entidades)*

Aunque sí que han existido y existen profesionales de las administraciones responsables de dichos protocolos que han valorado la necesidad de realizar análisis de la problemática o la revisión y actualización de los protocolos vigentes, como los siguientes ejemplos:

- Documento de análisis y evaluativo: el impacto de la intervención preventiva dentro del ámbito sanitario en mutilación femenina en Aragón (MdM Aragón, 2016).
- Evaluación del el Programa de Prevención y Atención de la MGF desplegado en Badalona entre 2010 y 2014 (Mangas, 2015).
- Adaptación y actualización del protocolo de Aragón (2016) y en curso la revisión de la guía de actuaciones sanitarias de Madrid.

En definitiva, podemos concluir que no se realizan evaluaciones periódicas que permitan conocer cómo se está abordando la problemática y cuáles son las consecuencias, efectos e impacto para la erradicación de la MGF de las actuaciones planteadas en el protocolo. La evaluación y el seguimiento son esenciales en cualquier política pública para conocer los resultados de la intervención realizada y poder corregir los aspectos necesarios.

4.3. EL DESEMPEÑO EN LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS

4.3.1. Principales resultados en la prevención y atención de la MGF

Una de las mayores debilidades encontradas a la hora de evaluar los protocolos/guías es la falta de información cuantitativa clara y concisa relativa a los principales resultados conseguidos. Por ello, en este apartado se describen los resultados alcanzados en los protocolos/guías en términos de percepción de las personas implicadas en la materia. En determinados aspectos, se añaden algunos datos registrados tanto de actuaciones desarrolladas en algunos territorios como de la cobertura estimada de las acciones a modo de referencia, pero debe tomarse con cautela debido a que esta información es incompleta en la mayor parte de las ocasiones.

Resultados de las actuaciones sociosanitarias

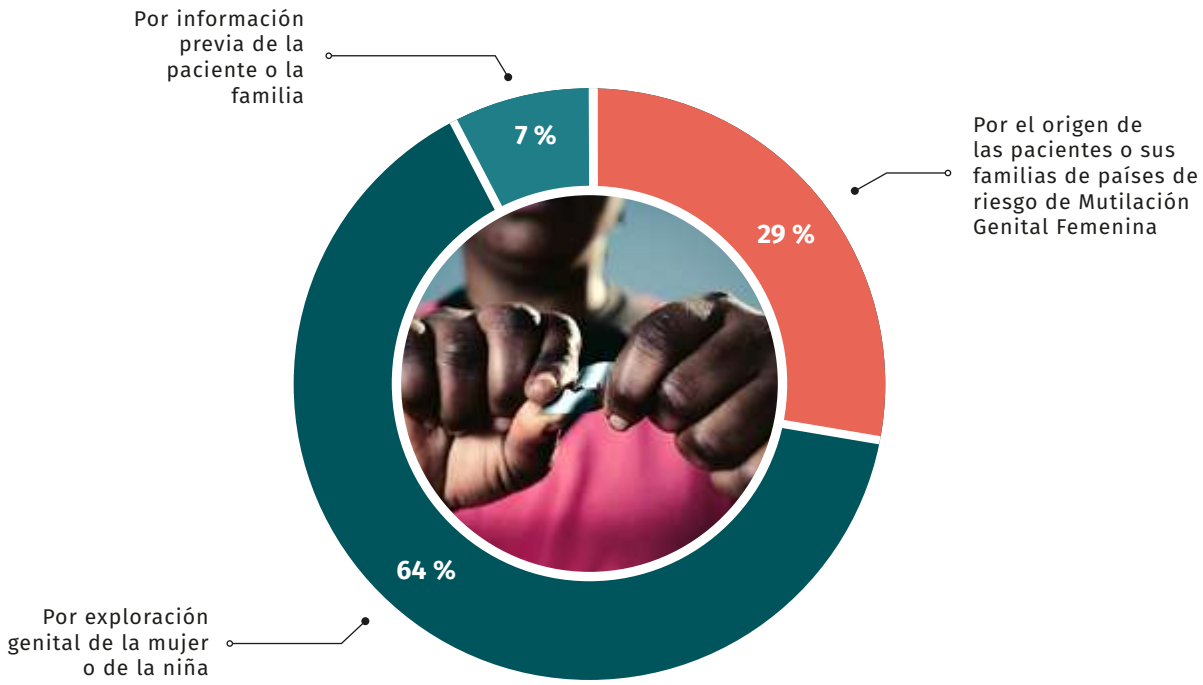
El hecho de que el ámbito sanitario tuviera tanto protagonismo en los primeros protocolos establecidos y en el estatal, ha dado lugar a que los resultados más destacados se produzcan en este espacio, quedando en muchos casos pendiente el desarrollo en otros sectores (social o educativo). Pese a esto, la percepción general es que existe una mejora sustancial, en términos generales, tanto de la detección, intervención y aplicación del protocolo y, por tanto, de la atención y prevención de la MGF en el Estado español.

En el marco de la presente evaluación, se realizó un cuestionario a profesionales sociosanitarios sobre la prevención y actuación ante la MGF y, entre otros aspectos, se les pedía información sobre el modo de detección de casos de MGF o en riesgo más habituales.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la mayor parte de los casos se detectan en la exploración genital de la mujer, la niña o la adolescente. Este tipo de diagnósticos no están exentas de dificultades sobre todo en mutilaciones menos visibles o en el caso de niñas muy pequeñas.

El 30% de los/s profesionales sociosanitarios afirman detectar el riesgo o la MGF practicada por la procedencia de las pacientes y sus familias de países de riesgo de MGF. De forma más residual, se encuentran aquellas pacientes o sus familias que informan previamente al profesional.

ILUSTRACIÓN 6. MODO DE DETECCIÓN DE RIESGO O DE MUTILACIÓN REALIZADA DE LOS CASOS ATENDIDOS DE PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020.

A todo esto, se une la falta de diagnósticos previos que permitan identificar la población destinataria, el propio desconocimiento de cómo abordar la intervención, con falta de tiempo y de posibilidad de coordinación con otros/as profesionales para una actuación integral, las barreras de comunicación, así como en ocasiones el miedo de la paciente:

> *"La paciente no suele colaborar mucho bien por creencias o bien por miedo a algún tipo de represalia". (C. TdR. Profesionales)*

Asimismo, hay otros aspectos de contexto que pueden dar indicios sobre un posible caso, como puede ser que el marido de la mujer atendida sea originario de un país/zona donde se practica la MGF y ella no. Aunque se trata de una situación de riesgo, no parece tenerse especialmente en cuenta:

> *"En un país donde no practican la mutilación y tu pareja de donde es sí, claro, sabes que es un país donde no hay mutilación, pero sí para casarse con ella. O sea que hay que vigilar bien esas cosas. Tener un poquito esta pila...Eso en el protocolo no lo muestra y se puede escapar a muchos profesionales". (E. TdR. Profesionales)*

En cuanto a la intervención que se realiza, en ocasiones parece que la falta de un enfoque integral ha dado como resultado una atención de carácter asistencial, reproduciendo un abordaje de carácter paternalista que adolece de la necesaria cultural y contextual:

> *"Yo creo que aún falta, porque hay muchos médicos que solamente te cogen como pobrecita. ¡Qué barbaridad! No saben lo que hay detrás, porque ninguna persona coge a su hija para hacerle algo mal. Todo lo que haces es por tus hijas. Lo haces pensando que le haces bien, entonces, hay personas que ni se molestan en hablar contigo. Ves la cara cuando te examina y ves una cara rara y no te explican nada, ni te preguntan porque tienen ellos una idea en su cabeza [...] Yo creo que los profesionales aún les falta aprender la cultura africana, porque lo hacen para poder ayudar y también ponerse en tu piel porque igual esa persona no entiende esas palabras muy técnicas". (E. TdD.)*

> *"Los protocolos tienen un enfoque muy paternalista que precisamente luego es el que se traslada a la práctica y que también es un obstáculo, porque es todo ese, ese miedo o ese trato, ese no trato de igual a igual sino más bien como de protección de pobrecitas y tal". (E. TdR. Entidades)*

A este tipo de abordajes etnocéntricos se suman las barreras de acceso a la salud a las que se enfrentan las mujeres y niñas supervivientes o en riesgo de MGF. Entre ellas, cabe destacar las dificultades en las interacciones comunicativas entre personal sanitario y pacientes de distintas procedencias debidas a barreras idiomáticas, así como a los diferentes patrones comunicativos que se dan en las diversas culturas. Y, sobre todo, las diferentes maneras de concebir y dar significado al cuerpo, la salud y la enfermedad.

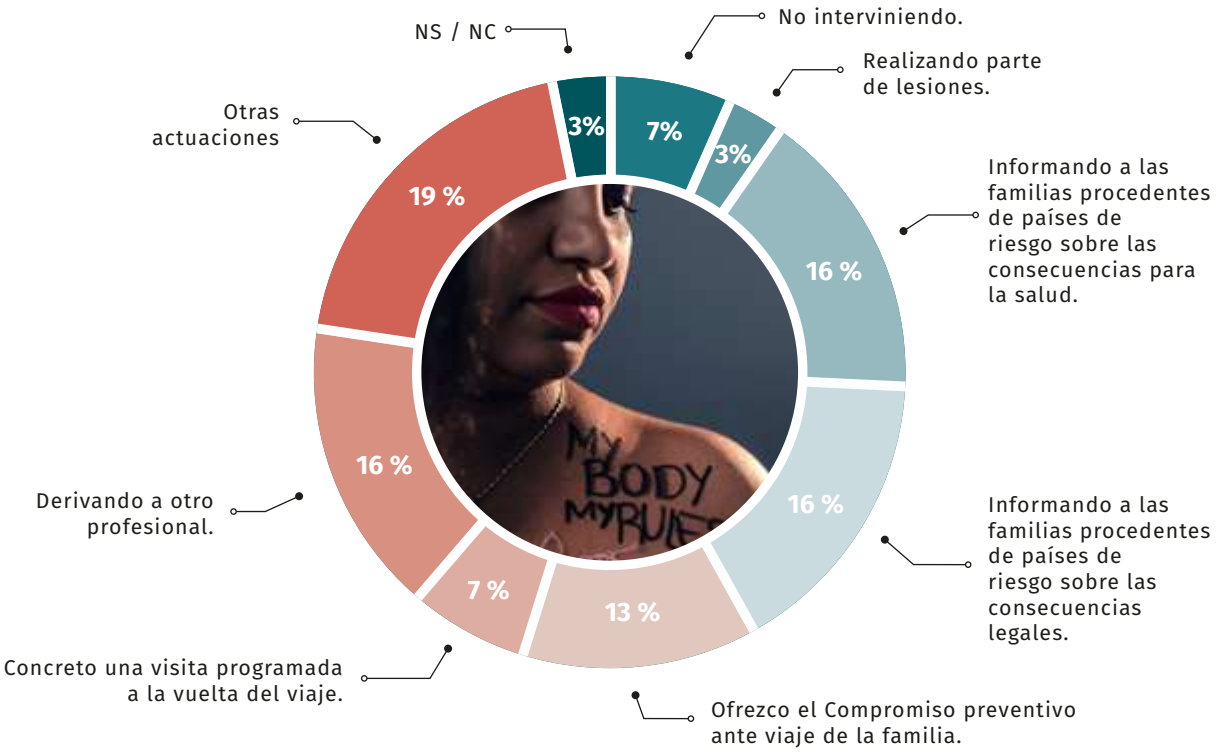
> *"Estás ahí en una cama, y una mujer que se supone que ella ha estudiado y que te mira la vagina y después levanta la cara y mira a su compañero, y sin decirte nada, sin explicarte nada, ya. Y yo creo que los profesionales si tienen más formación sobre esto y sobre por qué lo hacen las que vienen pues estaría mejor, porque yo te digo desde mi experiencia que yo, cuando tuve la cesárea y volví a casa, yo fui a por mí médica a insultarla, que me sacaron de ahí los guardas ...por el trato. ¡Por qué no me explicó nada! Me insulto como mujer [...] ¿Por qué? ¡Porque yo soy negra, tú no tienes nada o porque tú estás mutilada! No sé cómo calificarlo... Pero si es una persona que ya tiene formación, que sabe que estas mujeres vienen con eso y más que tienen un problema de idioma. Pues yo con un poquito de cercanía se entiende, porque, aunque hablas con la mano tú y la persona, sí te intenta explicar". (E. TdD.)*

En otros casos, el abordaje de la intervención sanitaria se percibe desde otras titulares de forma más satisfactoria:

> *"La verdad, de los profesionales de la salud me sentí muy bien. Y también en esta época también era algo novedoso y raro en los centros, porque se estaba empezando a trabajar sobre este proyecto". (E. TdD.)*

Según los resultados del cuestionario realizado a profesionales sociosanitarios, en aquellos casos en los que conocen el protocolo, las actividades de prevención y actuación realizadas ante un caso de MGF son bastante completas, integrando acciones de información sobre las consecuencias para la salud y legales, ofreciendo el compromiso preventivo o derivando a otros/as profesionales.

ILUSTRACIÓN 7. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN REALIZADAS ANTE LA MGF



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario a profesionales sociosanitarios. Sept-oct 2020

En relación con el circuito de intervención sociosanitaria, en la mayoría de los casos el protocolo se activa en el ámbito sanitario, ya que son los que realizan un seguimiento mayor de la niña, en caso de pediatría, o en control rutinario ginecológico, embarazo, parto y postparto en caso de las mujeres. Por ello, una vez que identifican los factores de riesgo, se contacta con los/as profesionales de su centro escolar y con profesionales de servicios sociales y, si la familia está vinculada con otros servicios sanitarios, también se contactará con estos, para abordar la intervención desde una perspectiva multidisciplinar. Posteriormente, cada profesional realizará las actuaciones pertinentes en su campo.

En ocasiones, la detección temprana de situaciones de riesgo se produce en los centros escolares, que se comunican con la persona de referencia del ámbito sanitario (normalmente de los servicios de pediatría o trabajo de atención primaria). En estos casos, parece que la multiplicidad de agentes que interviene puede ser un obstáculo para una atención satisfactoria ante el incremento de la burocracia y derivaciones para las mujeres:

> *"Sí, se podría reducir o eso sí que daría más, porque la gente para que puedas trabajar con la comunidad africana, porque estamos aquí viviendo, tenemos muchísimos problemas, muchísimas cargas, presión social por aquí, por la situación que vivimos aquí, por la separación de las familias... Realmente es simplificar todo un poco". (E. TdD.)*

Esta indefinición de algunos procesos de coordinación parece haber dado lugar a una duplicidad de acciones en diferentes ámbitos. Según las entrevistas realizadas, parece que en ocasiones ha ocurrido que una misma familia haya firmado el compromiso preventivo tanto en el ámbito escolar como en el sanitario, e incluso la falta de incorporación de las acciones preventivas realizadas en el registro en la historia de la paciente, ha conllevado una repetición de las acciones, totalmente contraproducente para el proceso.

En el estudio de la Fundación Wassu (2019), se concluye que la implementación del compromiso preventivo se considera un instrumento útil tanto para las familias, como para facilitar el trabajo a los/las profesionales a la hora de hablar de la MGF. A su vez, también el estudio pone de manifiesto que este instrumento puede generar una respuesta adversa cuando se produce una actitud de rechazo por parte de las pacientes y por tanto perder su objetivo último, el de informar sobre los riesgos para la salud que comporta la práctica de la MGF y sus consecuencias legales.

En algunas ocasiones (no mayoritarias), se ha producido el caso de familias que firman el compromiso preventivo presionadas por el/la profesional antes del viaje y después dejan a las hijas en el país de origen, donde la MGF es ilegal pero no se persigue. De esta forma, el compromiso preventivo se presenta como una herramienta para las familias, pero a la vez como un elemento de control –a partir de su firma– y de determinación del riesgo. Esto lo convierte en el elemento decisorio final para reportar el caso a las autoridades judiciales pertinentes, en las cuales se pone un foco excesivamente coercitivo sobre las familias.

Este estudio concluye la necesidad de difundir el compromiso preventivo acompañado de su guía de uso, que pueda revertir estas situaciones de confusión, y realizar un "trabajo preventivo que tenga en cuenta la circularidad y la transaccionalidad presente en sus vidas, la presión social en origen y el conflicto de lealtades, para poder hacer frente a la práctica, conscientemente y con más herramientas personales y colectivas" (Fundación Wassu-UAB, 2019, p. 30).

En relación con la intervención en ámbitos no sanitarios, hay que destacar el trabajo en algunos centros educativos que, en algunos territorios, han sido pieza fundamental no solo en la detección de situaciones de riesgo, sino también a la hora de implementar una intervención integral con otros agentes y poner en marcha protocolos específicos de actuación en el ámbito escolar ante la MGF.

Se identifica también la posibilidad de incorporar de forma más estable y constante en todo el proceso de detección, atención e intervención a ámbitos y sectores profesionales que actualmente tienen un papel secundario en el proceso. En el ámbito educativo, sería la etapa infantil (0-3 años), en aquellos territorios donde exista una población potencial en riesgo de MGF en edades tempranas; en la educación superior reglada en cuanto a la incorporación de formación especializada en MGF; en los servicios de vacunación internacional para la detección y derivación de casos; así como en el ámbito judicial en cuanto a sensibilización en la materia.

Por otra parte, y derivado posiblemente de partir de un enfoque menos integral, se está prestando más atención a la prevención y a la sensibilización de profesionales sanitarios que a la atención a las consecuencias de la MGF en las supervivientes. En algunos territorios, se han establecido actuaciones de reconstrucción genital (intervención sobre la que no existe un consenso generalizado en relación con su pertinencia), mientras que en otros protocolos se está apostando más por la atención psicológica y sexológica:

> *"Entonces, nuestra propuesta era que la atención no fuera sólo la reconstrucción física, que es lo que se está haciendo en algunas comunidades autónomas ya desde hace tiempo, por ejemplo, en Catalunya o en Valencia [...] XXXX que es matrona y que también tiene mucho conocimiento sobre la mutilación genital femenina, y entonces ella siempre decía que la reconstrucción por sí sola no servía de nada, que tenía que ir acompañada de apoyo psicológico y sexológico a las mujeres, y que muchas veces, simplemente con ese apoyo psicológico y con asesoramiento de una sexóloga, no, no hacía falta la reconstrucción". (E. TdR. Entidades)*

> *"Nadie te dice si a ti te hacen reconstrucción, te va a servir. También las reacciones que pueden derivar de eso también pueden ser mejor o peor. Por ejemplo, hablar de sexualidad a nosotras mujeres africanas nos cuesta muchísimo... Y estoy segura, se podría trabajar muchas cosas conociendo tu cuerpo. Hay muchísimas cosas más que una mujer podría disfrutar desde ahí, conociendo sobre sexualidad, más que la reconstrucción". (E. TdD.)*

El problema reside en que la atención sexológica no está contemplada en la cartera de servicios sanitarios públicos por lo que, en ocasiones, se realiza desde las entidades sociales especializadas:

> *"El tema sexológico, claro, es que no tenemos la cobertura de servicio de la cartera de servicios. Si la sexología como tal no existe, que se pueda hacer conciertos con asociaciones, que hay gente que tiene mucho interés, psicólogos que podrían hacerlo. Pero claro, tenemos que articular algo sencillo. No puede ser dar el paso de decir si no puede esperar seis u ocho meses a crear una buena atención sexológica, porque pierdes por el camino. Muchos pacientes son mujeres que tienen una problemática social importante, no tienen una vida cómoda, fácil acceso a todos los servicios para facilitarles que pueda ser todo más sencillo de lo que es habitualmente". (E. TdR. Profesionales)*

Resultados de las actuaciones comunitarias

El trabajo comunitario que plantean los protocolos se limita normalmente a la intervención con la familia, ofreciendo información y sensibilización ante la MGF. Esta intervención, no exenta de dificultades por parte de profesionales ante la falta de conocimiento sobre cómo actuar y cómo plantear la intervención, se considera esencial en todo el proceso.

En el caso de comunidades, grupos o asociaciones de población originaria de países o etnias donde se practica la MGF, no se han identificado desde las instituciones públicas actuaciones concretas y específicas de prevención y actuación, a excepción de algún territorio con actuaciones dirigidas hacia esta población (formación de agentes de cambio, por ejemplo, en Euskadi).

En líneas generales, se trata de actuaciones llevadas a cabo por las entidades sociales implicadas en cada territorio y que suelen contar con profesionales de la mediación y educación social que desarrollan talleres tanto con mujeres, niñas y adolescentes, así como con hombres adultos y jóvenes originarios de piases donde se practica la MGF. Este tipo de actividades se consideran muy positivas y con buenos resultados:

> *"El trabajo ha sido satisfactorio. Costaba mucho, costaba mucho. Hay mucho debate y muchas veces los debates acaban que no sabes si las has convencido o si van a hacer lo que quieran. Es verdad que se nota que las mujeres al final son más conscientes de las consecuencias para ellas y a los hombres eso es más difícil, dicen que es cosa de mujeres". (E. TdR. Entidades)*

> *"Porque estos chicos jóvenes que hemos tenido, que no son adolescentes pero que son jóvenes y que tienen esta visión de erradicar esta práctica, ves que es positivo la sensibilización que estamos ha-*

> *ciendo y también con las mujeres que te dicen antes 'si lo sé, porque la ley', pero que ahora te dicen 'por eso yo no tengo esa sensación cuando estoy con mi marido', o 'por eso me está pasando esto, nunca he relacionado la mutilación con lo que me estaba pasando. No sabía que era así tan dañoso'. Entonces ¿sabes? ¡Te alegra de tu trabajo! Yo creo que hemos tenido muy buenos resultados". (E. TdR. Entidades)*

Es importante resaltar la importancia en todo el proceso de intervención y actuación comunitaria la figura de la mediación social, normalmente pertenecientes a entidades sociales y originarias de regiones donde se practica la MGF. Igualmente, las asociaciones de mujeres africanas activistas contra la MGF contribuyen en el mismo sentido, desempeñando un papel clave en el abordaje, el acercamiento y conocimiento del contexto, luchando para evitar su estigmatización y la revictimización de las mujeres, niñas y adolescentes.

> *"Bueno, yo creo que el cambio es en parte por lo que están realizando los mediadores culturales. Es fundamental. Al final, sí que es verdad que sólo son personas que proceden de esos países que están inmersos en la cultura. Muchas, desgraciadamente, están mutiladas y lo han sufrido. Quizá son los principales agentes del cambio [...] Es una práctica tan arraigada culturalmente y tan arraigada de generaciones y generaciones, que es como que tienes que dar otra alternativa, no como otra alternativa cultural por ese componente tan fuerte que tiene de tradición". (E. TdO.)*

Estas profesionales, muchas de ellas de origen de países/regiones/etnias donde se practica la MGF, tienen a su vez que lidiar con las reticencias de su propio entorno y familia:

> *"En tu comunidad no te ven con buenos ojos, como los hombres piensan que tú estás enseñando a sus mujeres a hablar de sexo hasta la respuesta, entonces ahí también es una carga muy estresante. Son esos momentos que dices ¿cuándo me he metido en esto, sabes? Pero claro, cuando te despiertas dices vale la pena por cualquier niña que se salva o cualquier mujer que se salva. Mi trabajo vale la pena [...] A veces tenemos personas que nos apoyan, pero tenemos también gente que nos ven como una amenaza". (E. TdD.)*

4.3.2. Aproximación del alcance de los protocolos en cifras

Como se ha comentado anteriormente, la falta de registro y seguimiento de la implementación de los protocolos impide valorar los resultados de las actuaciones previstas en los protocolos y guías de forma exhaustiva. Sin embargo, se considera necesario al menos recoger brevemente los escasos datos y cifras oficiales publicados, de forma que se pueda tener una visión aproximada del nivel de cobertura y de alcance de los protocolos.

En primer lugar, el siguiente cuadro resume las acciones realizadas en cuanto a sensibilización y formación hasta el año 2017, reportadas por cada Comunidad Autónoma a la Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE) e incluidas en el Informe de Violencia de Género de 2017:

TABLA 9. RESUMEN ACTUACIONES MGF DESARROLLADAS EN LAS CCAA HASTA 2017. INFORME VG DE 2017

CCAA	DIFUSIÓN/SENSIBILIZACIÓN	FORMACIONES
ANDALUCÍA	Difusión protocolo profesionales por medio de la Red Formma.	Sin datos.
ARAGÓN	Exposición fotográfica: "Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la MGF"	› Sesiones clínicas en los tres hospitales de Zaragoza: 90 profesionales con perfiles de atención primaria, hospitalaria en general, matronas, Ginecología, MIR y EIR. › Curso on-line de MGF. Dirección Gerencia del Salud. › Formación conjunta Colegios-Centro salud.
ASTURIAS	› Distribución del protocolo. › Jornada de sensibilización conjunta con la Consejería de Bienestar Social y la participación de ONG.	Sin datos.
BALEARES	Elaboración del protocolo autonómico en 2016.	Formación específica en mutilación genital femenina en 2018.
CANARIAS	› Campaña de sensibilización dirigida a población general. › Se ha dispuesto en la Intranet del Servicio Canario de la salud el Protocolo de MGF para que tenga acceso el conjunto de profesionales de Atención Primaria (AP).	Sin datos.
CANTABRIA	La difusión del protocolo lo realizó una ginecóloga del Servicio Cántabro de Salud junto a la Dirección General de Salud Pública en sesiones presenciales de una hora de duración.	Se han formado aproximadamente 125 profesionales de Atención Primaria y Urgencias de Atención Primaria y Hospitalaria.

CASTILLA Y LEÓN	› Se incorporó la documentación para uso de profesionales en el portal de salud la Junta de Castilla y León. › Se remitió a todas las Gerencias para su difusión en los centros de salud y hospitales. › Se difundió a toda la red de formadores/as en VG. › Se incluyó en la Guía de violencia de 2017.	Se ofertaba en la actividad formativa presencial de formadores y formadoras en Violencia de Genero, 2015.
CASTILLA LA MANCHA	No aporta datos.	Sin datos.
CATALUNYA	En el año 2015, se definió el circuito de derivación para la cirugía de reconstrucción y se incluyó en la cartera de servicios a través de la contratación con el Hospital Clínico de Barcelona.	› Durante el año 2015 se formaron 97 profesionales sociosanitarios de todo el territorio (desde gerentes de centros hasta personal de atención al usuario o asistentes sociales). › Durante el año 2016 se han formado más de 250 profesionales y se ha incorporado una ginecóloga experta en temas de salud afectivo-sexual. › Se han programado tres nuevas formaciones para el año 2017.
EXTREMADURA	› Difusión desde el Instituto de la Mujer, Dirección General de Salud Pública, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres y Cruz Roja. › El Punto de Atención psicológica a Mujeres Víctimas de VG de Villanueva de la Serena realizaron charlas, coloquios, cursos, jornadas y talleres en ámbitos educativos, sanitarios y comunitario.	En la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres se impartió formación sobre MGF. Asistieron un total de 100 personas: 40 hombres y 60 mujeres (estudiantes, profesionales de los ámbitos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y personal sociosanitario).
GALICIA	Elaboración del Protocolo. Se envió a todas las Gerencias del servicio gallego de salud y se publicó en su web, donde se encuentran los materiales de formación de violencia de género y salud.	Sin datos.
MADRID	En 2016 se estaba elaborando la Guía de actuaciones sanitarias de la Comunidad de Madrid.	En 2016 se realizaron dos cursos en los que se han trabajado los contenidos de la Guía con profesionales de diferentes perfiles.

MURCIA	Elaboración del Protocolo en la Región de Murcia.	› 10 ediciones Formativa en Atención y Prevención de la MGF dirigida a los responsables de VG de todos los centros de las nueve áreas de salud, urgencias y emergencias 061 y Salud Mental de Murcia. › 110 profesionales formados. › 12 sesiones generales de formación en los centros de trabajo a los que han asistido 160 profesionales. › Previsto continuar con la formación en todos los centros de AP, salud mental, así como en los centros hospitalarios y urgencias y emergencias 061.
EUSKADI	› Elaboración Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi. Febrero 2016. › Se comunicó a todos los Equipos Directivos de las Organizaciones de Servicios de Osakidetza. Y los/as profesionales de las organizaciones de Servicios.	Se realizo un módulo nuevo de MGF asociado al curso online sobre VG, elaborado en Osakidetza.
LA RIOJA	› En el año 2016 elaboraron el Protocolo riojano. › Tareas de difusión durante 2017.	Sin datos.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Anual de Violencia de Género 2017 (CISNS,2018).

En la tabla anterior, podemos observar que todas las comunidades autónomas han realizado algún tipo de actuación de difusión tanto del protocolo estatal como del suyo propio (en ocasiones, en coordinación con las entidades sociales), divulgando los documentos entre profesionales del ámbito sociosanitarios y realizando, a su vez, actividades de sensibilización entre la población general. Ante la falta de un registro cuantitativo, resulta imposible valorar el alcance y la eficacia de estas actuaciones. De la misma forma ocurre con la formación realizada en los territorios, donde algunas comunidades especifican con mayor detalle el número de participantes y sesiones realizadas: una media de 150 profesionales formados repartidos en diferentes sesiones formativas a lo largo de un año.

Tampoco existe más información que permita valorar la formación en términos de calidad y nivel de conocimiento adquirido por parte de profesionales, y parece que tampoco son acciones realizadas de forma generalizada por todo el territorio.

En cuanto al registro de datos estadísticos fiables, comparables y periódicamente actualizados sobre la prevalencia de la MGF a nivel estatal, no se cuenta con una explotación y análisis de datos ni de prevalencia ni de casos identificados y atendidos. A nivel autonómico, existen algunos territorios que sí aportan este tipo de información y que, teniendo en cuenta que se trata de una mera aproximación a los casos atendidos, nos permite al menos tener una primera foto de casos identificados y atendidos por diferentes servicios.

En el caso de Euskadi, los datos que ofrece el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza son los siguientes:

TABLA 10. CASOS DETECTADOS DE MGF EN EUSKADI SEGÚN EDAD. OSAKIDETZA

MGF. CASOS REGISTRADOS EN OSAKIDETZA	2018	2019	2018-2019
0 a 6 años	8	11	19
7 a 14 años	0	5	5
14 a 30 años	20	15	35
> 30 años	39	31	70
Total	**67**	**62**	**129**

TABLA 11. CASOS DETECTADOS EN EUSKADI SEGÚN TIPO MGF. OSAKIDETZA

MGF. CASOS REGISTRADOS EN OSAKIDETZA	2018	2019	2018-2019
Tipo I	9	11	20
Tipo II	8	6	14
No especificada	50	45	95
Total	**67**	**62**	**129**

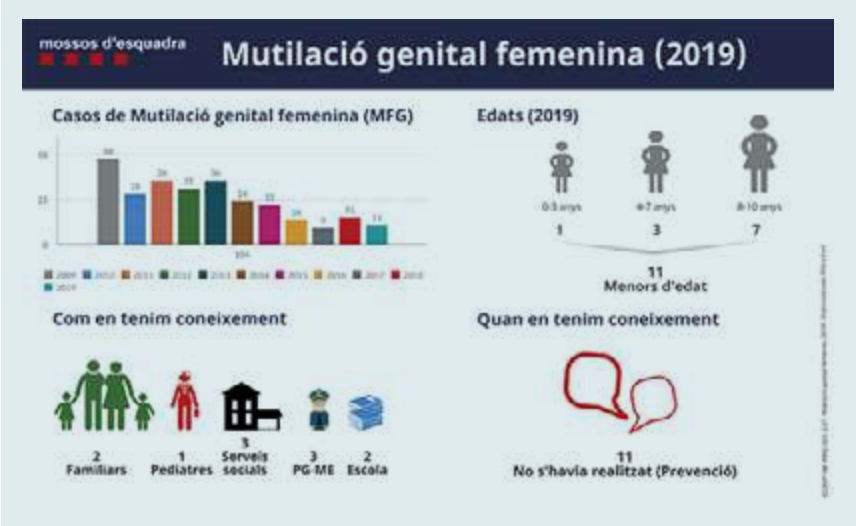
TABLA 12. CASOS DETECTADOS EN EUSKADI SEGÚN ÁMBITO SANITARIO. OSAKIDETZA

MGF. CASOS REGISTRADOS EN OSAKIDETZA	2018	2019	2018-2019
Atención primaria	35	44	79
Consultas externas	11	10	21
Hospitalización	21	8	29
Total	**67**	**62**	**129**

Fuente: Departamento de Salud, Osakidetza y Emakunde, 2020 (inédito).

En Catalunya, el Departamento de Interior publica los datos referentes a casos de menores en los que se interviene, a partir de datos reportados por la Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra (PG-ME), bajo el concepto de "MGF, violencia machista, en el ámbito social o comunitario". Los últimos datos publicados del año 2019 se resumen en la siguiente ilustración:

ILUSTRACIÓN 8. CASOS DE MGF DE MENORES IDENTIFICADAS POR LA POLICÍA DE LA GENERALITAT-MOSSOS D'ESQUADRA EN CATALUNYA (2019)



Fuente: Mossos d'Esquadra (2020).

Observando los registros de ambas Comunidades, la primera apreciación es de la ligera disminución de casos en los últimos años, corroborada por algunos de las y los profesionales entrevistados:

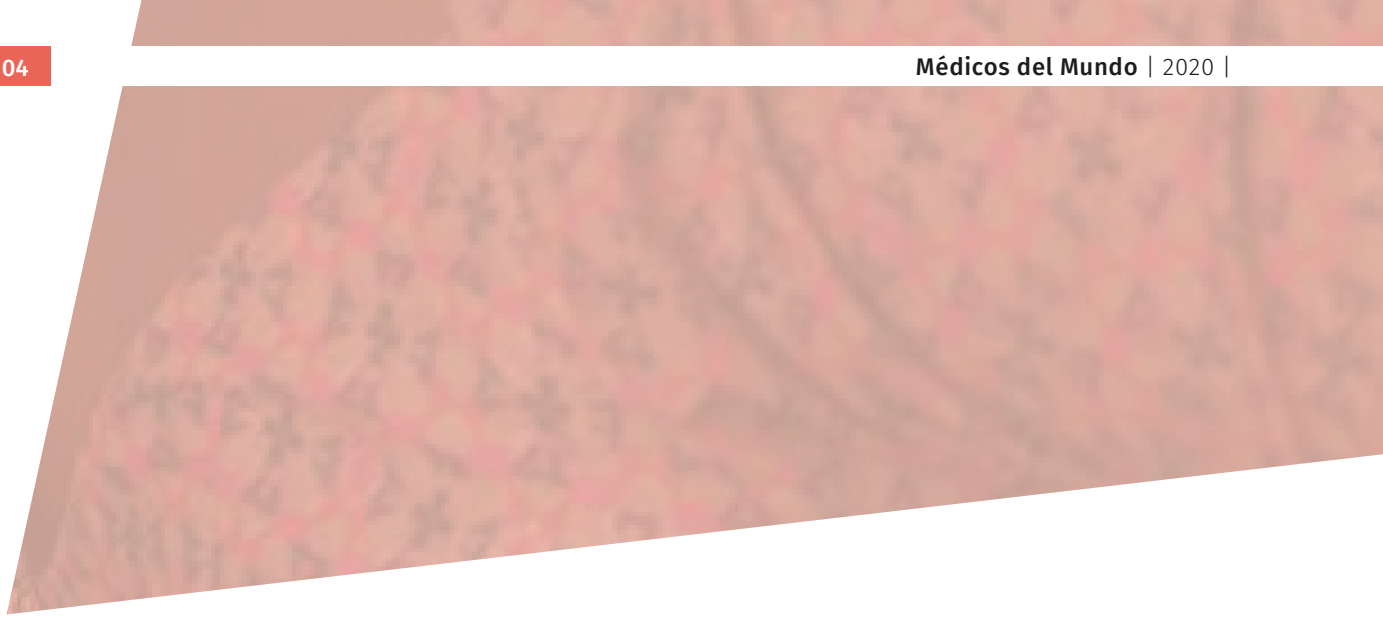
> *"Ha ido variando y ahora, aunque no tengan las cifras oficiales, sí que esto ha disminuido según los trabajadores [...] pero desde luego aquí el cambio ha sido un cambio extraordinario". (E. TdR. Profesionales)*

Ahora bien, hay que volver a resaltar la falta de una identificación adecuada de casos de MGF y situaciones de riesgo, así como de una recogida de datos que muestre con exactitud el alcance real de la problemática.

> *"Los datos tampoco son reales porque hay tipos de mutilación que son muy desapercibidos, sobre todo en niñas. Hay niñas que es muy difícil detectarlo, niñas muy pequeñitas [...] Si tú no dices que has sufrido la mutilación, a veces ni se detecta. Al final no se sabe si la mutilación se hizo aquí o allá, porque hay mutilaciones que ni siquiera se ve claro de toda la gente que están involucradas en la atención y la prevención de mutilación. Ahí también hay datos que sí que se pierde por ahí, claro". (E. TdD.)*

valoración de la inclusión de un enfoque antropológico, de género y de derechos humanos

05



La existencia de marcos interpretativos diferentes (la lógica interna implícita o explícita de cualquier política pública) en relación con el fenómeno de la MGF y su influencia en la formulación y puesta en marcha de los distintos protocolos se ha puesto en evidencia en muchos de los documentos analizados.

En términos generales, puede observarse la falta de coherencia entre lo previsto inicialmente en los protocolos y el proceso de implementación posterior. Ejemplo de ello es el diseño de la intervención desde un enfoque multisectorial e intercultural que luego en la práctica se implementa de forma lineal y unidireccional desde el ámbito exclusivamente sanitario. Este hecho se debe, entre otras cosas, a la falta de recursos y de mecanismos claros de coordinación, pero representa una manifestación clara de divergencia entre lo previsto en la política y su desarrollo.

Tal y como la siguiente persona entrevistada reconocía, el diseño, planificación y puesta en marcha de estas políticas se realiza desde "nuestro" sistema de valores, descartando una mirada más amplia que aborde el conocimiento de los espacios, los contextos, las visiones del mundo, los sistemas de valores y las características culturales y sociales que configuran y dan sentido a las nociones y prácticas de salud de las comunidades locales y de las personas que las configuran.

> *"Qué tanto pensar en cómo varían las situaciones, los enfoques, como a veces planificamos cosas desde aquí, en nuestro sistema de valores, que luego aquí es imposible de trasladar, tienes que empezar a tirar de la madeja [...] Entonces, que eso no se nos van a tapar la realidad, sino la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran estas mujeres y tomas verdaderamente consciencia de lo difícil que es la erradicación de esta práctica, porque no solo por cómo está interiorizada la práctica en sí, sino por todo el contexto que le rodea. Así las cosas, que me preocupaba cuando se estaba haciendo [el protocolo] era que es una práctica tan brutal para nuestra sociedad occidental y nos cuesta ver que es un atentado a los derechos sexuales y reproductivos y generales de las mujeres. Pero claro, para no caer en los mitos o en los planteamientos que nos llegan hasta culpabilizar a las mujeres". (E. TdO.)*

Esta concepción etnocéntrica ha derivado, entre otras cosas, en la simplificación y generalización de la problemática, pudiendo contribuir a procesos estigmatizantes hacia las personas originarias del conjunto del continente africano:

> *"Existen también en cualquier intervención médica o educativa con estas personas preguntando sobre estos temas y se sientan también un poco que les están inculpando. Pasa estas cosas que estamos hablando de muchísimos países y no en todos los países es mayor. Es siempre lo que pasa, que cuando dice africano piensa que África es un solo país, ¿no? Incluso en el mismo país hay gente que no lo practica, sino que depende mucho de la etnia o la etnia de tu marido". (E. TdO.)*

Asimismo, parece que los enfoques incorporados adolecen de un abordaje más complejo de la problemática donde se analicen las posibles especificidades e interrelaciones de la temática con el género y/o con otras variables como puede ser la clase social, raza/etnia, orientación sexual, ámbito rural/urbano o diversidad funcional. Tener en cuenta la interrelación de las distintas variables y dimensiones culturales y sociales que pueden operan en cada contexto influye directamente en la posibilidad de transformación de las relaciones de poder entre mujeres y hombres en las estrategias preventivas, favoreciendo el acceso de las mujeres y las niñas a una mayor capacidad de decisión y control sobre su cuerpo y su sexualidad.

De igual forma, el foco de la MGF como forma de violencia de género parece haberse puesto exclusivamente en el ámbito privado y familiar, y solo en algunas ocasiones en el ámbito socio-comunitario, pero dejando de lado que la MGF deriva de las desigualdades estructurales de género que se perpetúan y no permiten dar pasos eficaces hacia erradicación de la práctica.

Asimismo, apostar por una visión más amplia de la MGF ha permitido identificar otras cuestiones estrechamente relacionadas con la situación de desigualdad de las mujeres, niñas y adolescentes supervivientes o en riesgo, que se traducen en otras formas de violencia de género o la necesidad de inclusión de prevención y actuación con los hombres de comunidades originarias donde se practica la MGF:

> *"Nos hemos dado cuenta de que las mujeres con las que trabajamos han sufrido la MGF, o sea, que son víctimas de MGF también lo son de matrimonio forzado. En el noventa y ocho por ciento, aunque ellas no son tampoco son conscientes de ello, pero ellas no, pero ya sus hijas, que ya han crecido aquí, sí. Y con sus hijas sí que hay problemas en ese sentido a la hora de que ya se hacen mayores también. Por eso, en estas comunidades es lo habitual concertar el matrimonio y ahí hay muchas problemáticas de chicas que ya no están por la labor". (E. TdR. Profesionales Entidades)*

Una de las posibles consecuencias que puede generar esta concepción consiste en reducir las posibilidades de detectar situaciones de riesgo en niñas, adolescentes o mujeres.

En los apartados anteriores de este informe, se ha visto que la población destinataria no corresponde con las Titulares de Derechos potencialmente identificadas inicialmente. Entre las personas involucradas en la presente evaluación hay un amplio consenso en afirmar la existencia de una falta de identificación de casos de MGF y/o en riesgo en mujeres y niñas y adolescentes. Este hecho no solo es una consecuencia directa de la dificultad fisiológica de detección de determinados casos, sino que también se debe a la lógica interna desde la que operan diferentes protocolos. Ejemplo de esto es la invisibilidad y la inexistencia de una actuación específica en muchos de los protocolos/guías dirigida a aquellas mujeres mayores de 18 años no emancipadas originarias de países/regiones donde se practica la MGF. Este grupo parece quedar en muchos casos en un limbo de atención y prevención.

Por otra parte, no parece haber existido de forma mayoritaria un enfoque claro que incluya una participación desde el inicio de las Titulares de Derechos. Este hecho hubiera podido aportar intervenciones focalizadas en el respeto, el diálogo y la no culpabilización hacia las culturas y prácticas tradicionales de las familias, dotando a las mujeres, niñas y adolescentes del potencial de transformación social y empoderamiento necesario para que ellas lideren un proceso de cambio dirigido al abandono de la MGF:

> *"Yo no he tenido la oportunidad de participar. No me han dado la oportunidad de participar". (E. TdD.)*

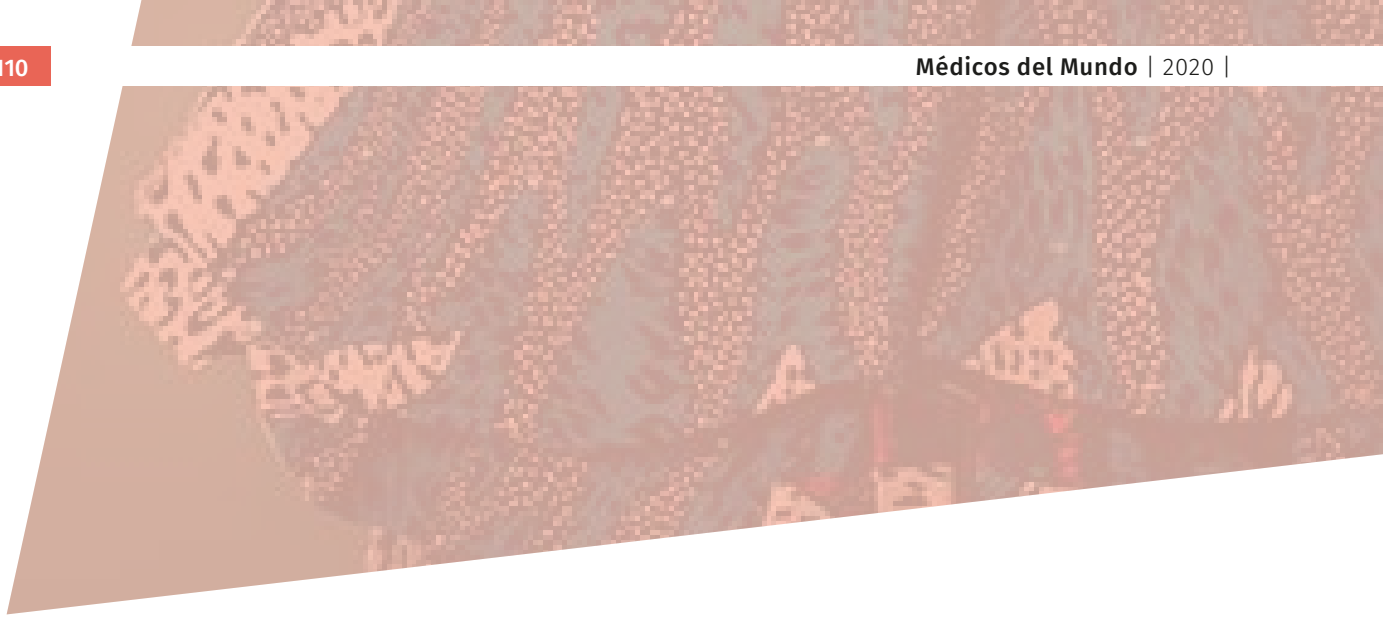
Por otra parte, en algunos territorios existen asociaciones y grupos de mujeres activistas contra la MGF que han tenido un papel relevante, sobre todo a la hora de llevar a cabo las acciones:

> *"El objetivo es empoderarlas con conocimiento, dando lugar a la reflexión y a la toma de decisiones informadas. Sólo si ellas mismas pueden pensar su realidad, sus justificaciones y las presiones culturales y estructuras sociales que mantienen estas prácticas, serán capaces de liderar un proceso de cambio dirigido al abandono de la MGF". (Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, 2016, p. 82).*

En general, la participación de aquellas mujeres y adolescentes que no pertenecen a ninguna asociación o colectivo parece haber estado en un plano exclusivamente de "beneficiarias". Sin embargo, son también protagonistas activas en la transformación de esta situación y con capacidades para materializar sus derechos y los de sus comunidades. Esta limitada participación también responde a una determinada lógica interna, una forma "vertical" de entender las políticas públicas que, al final, merma la capacidad de la propia política de conseguir los efectos esperados.

conclusiones y recomendaciones generales

06



Continuar impulsando protocolos de carácter interdisciplinar e integral que adapten las actuaciones y mecanismos para la consideración de la MGF como forma de violencia.

En el Estado español, en consonancia con las normas internacionales, a lo largo de los últimos años se han promovido distintas reformas legislativas y elaboración de políticas públicas orientadas a promover la prevención y atención de la MGF.

Actualmente, 12 Comunidades Autónomas y numerosos municipios cuentan con protocolos o guías de actuación ante la MGF que complementan el protocolo estatal aprobado por el Ministerio de Sanidad en 2015. Este protocolo estatal, instrumento de referencia para la prevención y actuación ante la MGF, proporciona pautas de intervención ante la MGF muy exhaustivas, pero limita el abordaje al ámbito sanitario, sin incorporar un enfoque integral que incluya la participación de diferentes ámbitos de la administración involucrados en la prevención y actuación ante la MGF.

En el sistema de autonomías del Estado, las competencias en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales están transferidas a las Comunidades Autónomas. El organismo o institución que lidera la elaboración de cada protocolo en cada territorio determina el tipo de abordaje con predominio del sanitario o integral. Así hay protocolos o guías que plantean actuaciones principalmente en el ámbito sanitario (aunque también mencionen alguna actuación con otras áreas y sectores involucrados) y aquellos que abordan la problemática desde una perspectiva integral, detallando de forma más exhaustiva los mecanismos y actuaciones desde un abordaje integral (multisectorial). Andalucía, Comunitat Valenciana, Euskadi, Región de Murcia y Comunidad de Madrid se acotan al ámbito sanitario, mientras que el resto plantea un abordaje de carácter más integral, aunque con distinto nivel de detalle.

Asimismo, los protocolos o guías de actuación territoriales se elaboran con la intención de poder adaptar las actuaciones a las competencias y estructura organizativas dependientes, así como a la realidad de la MGF en cada contexto local, elementos que no siempre quedan reflejados claramente en los documentos.

De todas formas, se ha podido constatar una cierta evolución en el enfoque aplicado indicando que se ha producido un cambio de perspectiva muy positivo a la hora de concebir y abordar la MGF, pasando de ser entendida inicialmente como un aspecto centrado únicamente en las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, a una forma de violencia contra las mujeres y, por lo tanto, una vulneración de sus derechos humanos.

Siendo muy positiva la inclusión de la MGF como violencia de género en muchos protocolos, no hay que obviar la necesidad de adaptar en los protocolos y guías de actuación hacia mecanismos y herramientas concretas para el abordaje de MGF desde esta perspectiva. Parece adecuado tener en cuenta su especificidad, las causas por las que se produce, y el alto grado de desconocimiento para su prevención y abordaje en España.

Aquellos protocolos y guías que centran el foco de la MGF como forma de violencia de género parecen haberse delimitado exclusivamente al ámbito privado y familiar, y solo en algunas ocasiones en el ámbito socio-comunitario, dejando de lado que la MGF deriva de las desigualdades estructurales de género que se perpetúan y no permiten dar pasos eficaces de erradicación de la práctica.

Parece que los enfoques incorporados adolecen de un abordaje más complejo de la problemática donde se analicen las posibles especificidades e interrelaciones de la temática con el género y/o con otras variables como puede ser la clase social, raza/etnia, orientación sexual, ámbito rural/urbano o diversidad funcional, así como la situación y contexto socioeconómico y político del momento y su influencia en las mujeres, niñas y adolescentes.

Tener en cuenta la interrelación de las distintas variables y dimensiones culturales, económicas y sociales que pueden operan en cada contexto influye directamente en la posibilidad de transformación de las relaciones de poder entre mujeres y hombres en las estrategias preventivas culturalmente adaptadas, favoreciendo el acceso de las mujeres y las niñas a una mayor capacidad de decisión y control sobre su cuerpo y su sexualidad.

Este hecho se relaciona directamente con la existencia de una identificación amplia de casos de MGF y/o en riesgo en mujeres, niñas y adolescentes. No solo parece ser una consecuencia directa de la dificultad fisiológica de detección de determinados casos, sino que también se debe a la lógica interna desde la que operan diferentes protocolos. Ejemplo de esto es la invisibilidad y la inexistencia de una actuación específica en muchos de los protocolos/guías dirigido a aquellas adolescentes y chicas mayores de 18 años no emancipadas originarias de países/regiones donde se practica la MGF.

Asegurar la incorporación del enfoque antropológico.

La conceptualización, el marco interpretativo que sustenta la lógica de los protocolos o guías, se han realizado en la mayoría de los casos desde “nuestro” sistema de valores, descartando una mirada más amplia que aborde el conocimiento de los espacios, los contextos, las visiones del mundo, los sistemas de valores y las características culturales y sociales que configuran y dan sentido a las nociones y prácticas de salud de las comunidades locales y de las personas que las configuran. Esta visión y concepción etnocéntrica ha derivado, entre otras cosas, a la simplificación y generalización de la problemática, pudiendo contribuir a procesos estigmatizantes hacia las personas originarias del conjunto del continente africano.

Una mayor participación activa a lo largo de todo el proceso (diseño, implementación, realización de acciones y evaluación de protocolos) de las Titularles de Derechos y de las comunidades de países/etnias donde se practica la MGF hubiera podido aportar intervenciones focalizadas en el respeto, el diálogo y la no culpabilización hacia las culturas y prácticas tradicionales de las familias. Con ello se abre la posibilidad de dotar a las mujeres, niñas y adolescentes del potencial de transformación social y empoderamiento necesario para que ellas lideren un proceso de cambio dirigido al abandono de la MGF.

Establecer mecanismos ad hoc de coordinación multisectorial.

También se observa diferentes niveles de detalle y de coherencia con la lógica interna del enfoque integral aplicado con la puesta en marcha e implementación posterior. Ejemplo de ello es que en algunos protocolos se parte de un enfoque multisectorial que luego en la práctica se desarrolla e implementa de forma lineal y unidireccional desde el ámbito principalmente sanitario sin la presencia de otros sectores. Este hecho parece deberse, entre otros motivos, a la falta de mecanismos de coordinación establecidos y la inexistencia de referentes claros en cada ámbito o sector involucrado, quedando a expensas de la voluntariedad de profesionales involucrados. Este aspecto se considera una de las grandes debilidades de estos instrumentos y pone en riesgo la sostenibilidad de las actuaciones de carácter integral.

Proporcionar formación y sensibilización a profesionales de todos los ámbitos, ciudadanía y a la comunidad originaria.

La mayoría de los protocolos establecen como medidas la formación y sensibilización en MGF y en acciones de difusión de los protocolos a los diversos profesionales que intervienen en los procesos, pero en muchos de los documentos no aparece concretado los mecanismos para llevarlo a cabo. Esto da lugar a que exista diferencias importantes del desarrollo, alcance, destinatarios y contenidos que se ofrecen en los distintos territorios. En aquellos territorios con mayor bagaje en la prevención y actuación ante la MGF, sí parece apreciarse un cierto avance en cuanto al conocimiento general en esta materia, aunque todavía existe un alto volumen de profesionales que no han tenido la oportunidad de formarse, y como consecuencia directa de este hecho, desconocen el abordaje y la existencia de protocolos concretos de actuación ante la MGF.

Asimismo, en gran parte de los territorios la mayoría de este tipo de actuaciones están destinadas al ámbito profesional sanitario, quedándose al margen profesionales del ámbito educativo, social y comunitario, así como a la comunidad originaria y ciudadanía en general.

Garantizar por parte de las Administraciones de la asistencia integral y de calidad a mujeres supervivientes de esta práctica.

El protagonismo de un abordaje de prevención y detección ante la MGF en el ámbito sanitario ha dado lugar a que los resultados más destacados se produzcan en este espacio, quedando pendiente el desarrollo de una atención y asistencia integral a las consecuencias de las mujeres y niñas supervivientes de la MGF.

Normalmente la cartera de servicios de las comunidades autónomas incluye la operación de reconstrucción genital (cuando esté indicado), ofreciendo así solamente la cirugía como única solución y quedándose al margen una atención integral de calidad que se adapten a las necesidades específicas de las Titulares de Derechos. Por ello se considera necesario incorporar, como se ha realizado actualmente en algunos territorios, unidades especializadas de prevención y atención ante la MGF que incluya una asistencia integral sanitaria, psicológica y sexológica.

Incrementar el grado de implementación y la eficacia de los protocolos

La falta de registro y de información clara y concisa relativa a los principales avances conseguidos y los casos atendidos, imposibilita medir y valorar cuantitativamente el nivel y la evolución de implementación, ni el alcance ni la eficacia de las actuaciones desarrolladas.

Teniendo en cuenta este aspecto, y desde una valoración exclusivamente cualitativa, se considera que la existencia de estos instrumentos ha supuesto (y supone) un incremento en la prevención y actuación ante la MGF, pero todavía limitado.

El grado y la forma en que se ha implementado el protocolo o guía en la mayor parte de los territorios no parece corresponder fidedignamente a la idea prevista en el diseño, debido principalmente a la falta de una dotación económica y de recursos para llevar a cabo las actuaciones previstas. A pesar de esta situación, cada vez el conocimiento sobre la actuación y prevención de la MGF está cada vez más extendido, sobre todo en aquellos territorios con mayor bagaje, pero ésta se circunscribe principalmente al ámbito sanitario (y a algunos/as profesionales de la salud), quedándose fuera otros sectores y profesionales involucrados. Todavía, por tanto, existe un alto volumen de profesionales que no han tenido la oportunidad de formarse y, en consecuencia, desconocen la existencia de protocolos de

actuación ante la MGF, así como las pautas de actuación para poder implementarlo adecuadamente.

Monitorizar las actuaciones para poder valorar el nivel de implementación de los protocolos y sus resultados

En la mayor parte de los instrumentos estudiados no se ha identificado ningún sistema de evaluación establecido, ni indicadores ni procesos de monitoreo, que permita ir reajustando y valorando la implementación del protocolo de actuación y prevención. La evaluación y el seguimiento son esenciales en cualquier política pública para conocer los resultados de la intervención realizada y poder corregir los aspectos necesarios. Es necesario por tanto establecer mecanismos de evaluación y seguimiento continuos de todos los procesos incluidos en los protocolos.

Impulsar acciones coordinadas de intercambio y de transferencia de conocimiento.

La promoción de la investigación y la gestión del conocimiento en temas de MGF, así como impulsar acciones coordinadas de intercambio y de transferencia de buenas prácticas y de conocimientos entre los diferentes territorios, podría repercutir favorablemente en la actuación ante la MGF

Dotar de presupuestos específicos.

De forma generalizada, otra de las grandes debilidades detectadas en los protocolos o guías es la falta de dotación presupuestaria específica de los mismos para garantizar su implementación e incluso la evaluación y reajuste de estos. Para la consecución de todo ello es imprescindible dotar de un presupuesto específico en todos los territorios que permita llevar a cabo con mayor sostenibilidad la prevención y actuación de cualquier política pública ante la MGF.

En la siguiente tabla se describe esquemáticamente las principales fortalezas y debilidades identificadas tanto en el diseño, implementación y desempeño en los protocolos y guías objeto de estudio. Cabe mencionar que se trata de una sistematización de la tendencia general observada en la mayor parte de los protocolos o guías, existiendo aspectos que no se cumplen necesariamente en cada uno de ellos.

6.1. FORTALEZAS Y DEBILIDADES GENERALES

DISEÑO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS		
	DEBILIDADES	**FORTALEZAS/OPORTUNIDADES**
Complementariedad con la política/ normativa y agenda internacional y desarrollo normativo autonómico y estatal	Otros países europeos tienen un desarrollo normativo y de actuación algo más avanzado (sobre todo en cuanto a seguimiento de casos).	Incorporación de la problemática en las políticas de igualdad y VG, así como en la protección a la infancia tanto estatal como autonómico adaptándose al marco internacional.
	No se describen mecanismos para un trabajo coordinado con los procedimientos de asilo y refugio en casos de MGF.	
	Falta de adaptación y reajuste de mecanismos y herramientas específicas para el abordaje de MGF como forma de violencia de género.	Desarrollo de políticas públicas de MGF y VG
Proceso de elaboración y diseño de los protocolos/guías	Desigual existencia de diagnósticos y análisis previos de la MGF en cada territorio.	Estudios y acercamiento a la problemática desde organizaciones y entidades sociales y del ámbito educativo
	Dificultades para impulsar y dar sostenibilidad por parte de TdO.	Organizaciones sociales han tenido un papel imprescindible para impulsar la elaboración de los protocolos/guías
		Diferentes sectores y ámbitos de distintos organismos e instituciones participantes
Enfoques de la intervención	Enfoque sanitario continúa teniendo mayor presencia. Se da más importancia al ámbito sanitario frente a otros a pesar de que se hace hincapié en la importancia de coordinación intersectorial y profesional	Se apuesta actualmente por la adopción de protocolos integrales para el abordaje de la MGF, ampliando los aspectos sociales y culturales y que consideran al individuo, la familia y la comunidad

Identificación y participación en el diseño de agentes/titulares	No suele existir una identificación o diagnóstico previo de prevalencia por territorios.	En algunos territorios las entidades sociales llevan trabajando años en MGF conociendo la problemática
	No existe participación de TdD en el diseño.	Existencia de activistas de comunidades interesadas en el proceso
	No existe identificación concreta de profesionales y sus ámbitos específicos o áreas de trabajo involucrados, adaptados a la realidad y organigrama público de cada localidad.	En el ámbito sanitario hay algunos protocolos donde sí existe más detalle de profesionales/ámbitos involucrados, pero en otros sectores es demasiado genérico
	No suele existir identificación de titularidades, responsables/referentes de cada ámbito ni sus roles.	Como excepción, el único protocolo que identifica de forma expresa los distintos organismos y profesionales distinguiendo entre titularidades: Euskadi y Bilbao
	Diferencias en los protocolos del colectivo/grupo de población niñas a atender (los límites de edad no son coincidentes en muchos casos)	
	No consideración específica en la situación de aquellas familias en las que las hijas son adultas (mayores de 18 años) pero de edad joven.	El grupo de chicas (mayores de 18 años) pero que conviven con su familia se especifica como colectivo de atención en algunos protocolos (Estatal, Extremadura, Murcia, Aragón)
Estructura, contenidos, acciones generales y soportes.	No se observan diferencias de estructura ni de contenido tratado significativas entre los protocolos.	La Guía de Euskadi: incluye un marco antropológico, ético y jurídico y un desarrollo amplio del trabajo comunitario.
	No existen unas pautas claras y unificadas de registro y de aplicación de los documentos y herramientas de soporte.	
		Hay ejemplos de soportes de apoyo interesantes (C. Valenciana modelo del Informe médico de presunta VG o en Madrid que incluye un modelo y pautas de entrevista motivacional o la traducción del compromiso preventivo en varios idiomas)

Diseño de acciones-actividades	En ocasiones, el algoritmo de intervención es algo complejo y no está adaptado a la realidad de cada territorio	Los circuitos de intervención (sobre todo sanitarios) en su mayoría están bien estructurados y se detallan en general las acciones a realizar en cada fase de la intervención
	El mayor nivel de detalle corresponde con las actuaciones a desarrollar en el ámbito sanitario, reproduciendo lo dispuesto en el protocolo estatal.	Al menos las actuaciones sanitarias están definidas y el protocolo estatal está muy completo en este aspecto
	Adolecen de medidas de prevención/ actuación desde una perspectiva comunitaria y de prevención y atención a consecuencias de MGF.	Desde las organizaciones y entidades sociales sí se realiza trabajo específico comunitario y de atención psicológica, SSR y sexológica.
	Falta de desarrollo y detalle respecto de las medidas de formación, sensibilización y capacitación de profesionales.	La mayoría de los protocolos establecen como medida relevante la formación en MGF
Estructura organizacional, funciones y roles	La falta de estructura definida y clara deriva en la falta de asunción de responsabilidades y de falta de sostenibilidad.	Voluntariedad e interés de profesionales de todos los ámbitos que impulsan la intervención
Recursos presupuestarios	No se mencionan los recursos presupuestarios ni materiales necesarios para llevar a cabo la actuación ni tampoco la evaluación del protocolo/guía. No hay líneas presupuestarias específicas.	
Mecanismos de coordinación inter y multisectorial	No suele existir una descripción detallada de los mecanismos y herramientas institucionales que pueden favorecer una coordinación entre los diferentes agentes/servicios y profesionales que intervienen	Algunos protocolos sí establecen mecanismos concretos (p.e. guía de actuación de Madrid- Mesas de Salud territoriales)
Sistema de seguimiento y evaluación: indicadores, metas y mecanismos	No suele detallarse ningún mecanismo de seguimiento y evaluación de implementación del protocolo. Solamente se menciona la conformación de comisiones de seguimiento	Se han realizado evaluaciones del protocolo en algunos territorios de forma externa y ha dado lugar a revisión y reajuste del protocolo/ guía en algunos territorios.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS		
	DEBILIDADES	**FORTALEZAS/OPORTUNIDADES**
Grado de implementación	Desigual implementación en todo el territorio. Todavía un limitado nivel de implementación, aunque hay un desarrollo normativo importante	Muchas CCAA con largo recorrido y experiencia para poder transferir a otras todo el proceso (Ej. Aragón, Navarra)
	Frágil sostenibilidad, al depender de la voluntariedad de los y las profesionales y con falta de una dotación presupuestaria específica.	Entidades sociales y universitarias impulsan nuevas estrategias y puesta en marcha de actuaciones
	Posible riesgo de retroceso de implementación y desarrollo en la prevención de la MGF y en la atención integral a las supervivientes como consecuencia de la pandemia COVID-19.	
Nivel de conocimiento sobre MGF y de protocolos	Nivel de conocimiento de la MGF de los/as profesionales sociosanitarios insuficiente (en términos de alcance y en su continuidad)	Formaciones a profesionales se van extendiendo, aunque sean de forma puntual y en ocasiones de corta duración. Desde todas las titularidades se considera muy importante este tipo de actuaciones para mejorar el proceso y el abordaje
		Amplia experiencia de las entidades sociales en la formación a profesionales
	Nivel de conocimiento de la existencia de protocolos de MGF de los/as profesionales sociosanitarios es insuficiente en términos de alcance y de adaptación a la práctica	Campañas de difusión y de información e inclusión en webs especializadas
	Diferencias entre territorios del alcance, contenidos y cobertura de las formaciones realizadas	Interés de profesionales es cada vez mayor, así como cierto incremento de las formaciones recibidas, sobre todo en aquellos territorios con mayor bagaje en el abordaje y en AP
	Rotación permanente que caracteriza los/as profesionales involucrados y que complica la aplicación de los conocimientos adquiridos	

Ámbitos involucrados	El ámbito de servicios sociales parece estar más centrado en derivación/ información sobre MGF que en un trabajo más integral y comunitario	Ámbito educativo en algunos territorios han sido pieza fundamental no solo en la detección de casos en riesgo sino a la hora de implementar una intervención integral (p.e. Castilla la Mancha, Aragón)
	El protocolo de atención en centros educativos no está estandarizado.	Existen algunos protocolos educativos específicos que podrían favorecer que en otros centros se implementase de igual forma dando más eficacia y uniformidad a la intervención educativa
	Falta de algunos operadores importantes en la detección, atención y prevención (p.e. vacunación internacional, ámbito judicial o educativo en niveles de escuela infantil de 0-3 y superior).	
Mecanismos de coordinación	Coordinación multisectorial, cuando existe se produce directamente entre profesionales, pero no suele ser a través de ninguna institución o herramienta creada ad hoc.	Hay algunos ejemplos de coordinación multisectorial que han sido muy positivos como la mesa territorial de salud y/o de prevención de la MGF de la Comunidad de Madrid
	Falta de referentes claros de coordinación en cada ámbito o sector involucrado, diluyéndose por tanto esta tarea esencia	Voluntariedad de profesionales
	Duplicidad de acciones y tareas en diferentes ámbitos incrementando la “burocracia”, repeticiones de atenciones y “derivaciones” para las mujeres/niñas en riesgo o supervivientes de MGF	Se intenta unificar la atención y la derivación, y aprender de los errores de duplicidad de actuaciones

Seguimiento, evaluación, Registro historial.	El registro historial clínico no es un sistema integrado de codificación diagnóstica y de procedimientos y no es intuitivo.	Tendencia a unificar códigos y método de registro en el historial clínico.
	Existencia de distintos sistemas de información sanitaria en las CCAA que no permiten unificar datos ni trabajar con indicadores comunes.	Algunos sistemas sanitarios en algunas CCAA de casos de VG que pueden servir para unificar y mejorar el registro y transferir al conjunto del sistema. (p.e. C. Valenciana)
	No existen sistema establecidos de evaluación, ni indicadores ni procesos de monitoreo, que permita ir reajustando y valorando la implementación del protocolo de actuación y prevención	TdO valoran la necesidad de realizar análisis de la problemática o la revisión y actualización de los protocolos vigentes.

DESEMPEÑO DE LOS PROTOCOLOS		
	DEBILIDADES	**FORTALEZAS/OPORTUNIDADES**
Resultados generales	Falta de información cuantitativa clara y concisa de los principales resultados de las actuaciones e intervenciones realizadas y su impacto en la erradicación de la MGF en nuestro país (ni datos de partida de prevalencia)	Reportes para los Informes anuales de VG y algunos avances de registro (Euskadi-Emakunde) En la mayoría de los territorios ha habido al menos difusión del protocolo y actuaciones formativas (de mayor o menor alcance)
	Que el ámbito sanitario tuviera tanto protagonismo ha dado lugar a que los resultados más destacados se produzcan en este ámbito.	Existe una mejora sustancial, no cuantificable en la detección, intervención y aplicación del protocolo y por tanto de la atención y prevención de la MGF en el territorio estatal.

Atención sociosanitaria	Normalmente la detección de casos se produce en la asistencia ginecológica o atención primaria	En algunas ocasiones se está produciendo que la propia mujer/familia comunique directamente la situación
	No es fácil determinar MGF en el tipo I y II y en niñas muy pequeñas	
	Nivel de conocimiento mejorable de cómo abordar la intervención. Además, hay otras dificultades de atención. Entre otras: la falta de tiempo y de posibilidad de colaboración con otros profesionales para una actuación integral, las barreras de comunicación, diferentes patrones comunicativos y prejuicios significado de la MGF, y el miedo de la paciente/familia.	En aquellos casos que se conocen el protocolo de actuación, las actividades de prevención y actuación son bastante completas con respeto a la paciente, valores y creencias. Ha disminuido notablemente el abordaje punitivo (parte de lesiones y tramitación legal)
	En ocasiones parece que todavía está instaurado un abordaje "paternalista" con actitud etnocéntrica y con falta de adaptación y de interpretación cultural y contextual	La figura de la mediación social, normalmente pertenecientes a entidades sociales y originarias de regiones donde se practica la MGF, suponen un papel clave en el abordaje, el acercamiento y conocimiento del contexto, evitando una estigmatización y una revictimización de las mujeres, niñas y adolescentes.
	Mayor atención a la prevención y a la sensibilización de profesionales sanitarios que a la atención a las consecuencias de las mujeres y niñas supervivientes de la MGF	Creación de unidades especializadas en centros hospitalarios y atención en SSR y apoyo emocional desde las entidades sociales
	Debate sobre pertinencia y adecuación de reconstrucción genital versus atención psicológica y sexológica	
	El compromiso preventivo puede percibirse como elemento de control y de determinación del riesgo.	Compromiso preventivo se considera un instrumento útil para las familias como para facilitar el trabajo a los/las profesionales a la hora de hablar de la MGF.

Atención comunitaria	Profesionales/agentes de cambio de mediación cultural, muchas de ellas de origen de países/regiones/etnias donde se practica la MGF, tienen a su vez que lidiar con las reticencias y resistencias de su propio entorno y familia. Estas profesionales de mediación cultural no suelen estar incluida ni reconocidas por las administraciones, siendo habitual el desarrollo de su trabajo desde entidades sociales	Actuaciones muy positivas que son realizadas por las entidades sociales implicadas en cada territorio y que suelen contar con profesionales de la mediación y educación social
		El rol directo de las asociaciones de personas migrantes, que cuentan con sus propias personas mediadoras y activistas
		Formación de agentes de salud y prevención de MGF con jóvenes, mujeres y hombres provenientes de países donde se sigue practicando la MGF.

6.2. RECOMENDACIONES

En enfoques y procesos

1. Realizar diagnósticos de situación y análisis de prevalencia/incidencia previa a la elaboración o reajuste del protocolo/guía.
2. Adaptar y reajustar los protocolos en su propia conceptualización y en los mecanismos y recursos específicos definidos para la consideración de la MGF como una forma de violencia de género contra las mujeres y niñas.
3. Apostar por un modelo de intervención integral incorporando un enfoque antropológico e intersec-cional, garantizando el acceso a recursos sociosanitarios de calidad que se adapten a las necesidades específicas de las Titulares de Derechos.
4. Fomentar la participación de las organizaciones, colectivos y mujeres que pertenecen a comunidades donde se practica MGF a lo largo del todo el proceso de elaboración, implementación y evaluación de los protocolos/guías.
5. Definir roles, responsabilidades y referentes de las actuaciones según ámbitos involucrados en todo el proceso de intervención.
6. Asegurar la asignación de personal para el desempeño de las responsabilidades institucionales de los protocolos.
7. Calendarizar las actuaciones previstas.

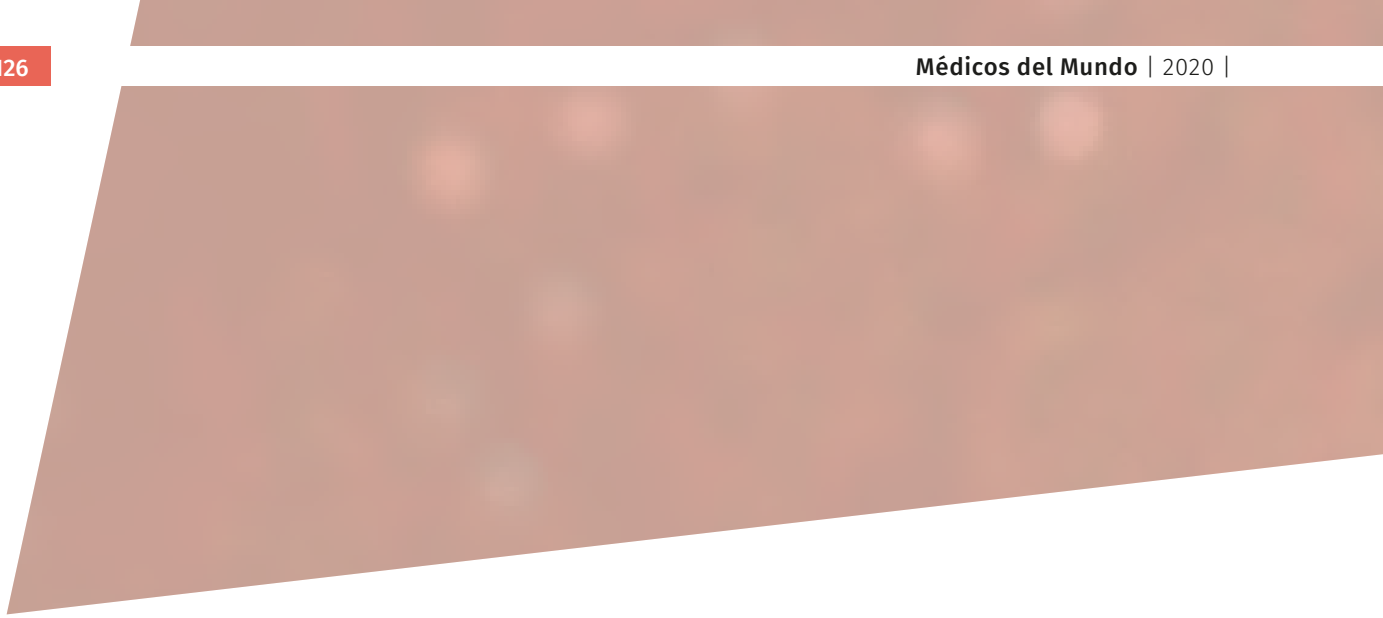
8. Creación de un sistema de codificación unificado de intervención y diagnóstico que permita la explotación de datos de prevalencia de la MGF y facilite la evaluación del propio protocolo o guía.
9. Dotar de un presupuesto específico para prevención y actuación ante la MGF
10. Reactivar y/o poner en marcha mesas de coordinación multisectoriales, evitando mecanismos de coordinación puntuales y dependiendo de la voluntariedad de los/as profesionales.
11. Establecer un sistema de seguimiento que incluya metas a alcanzar y los correspondientes indicadores.
12. Evaluar sistemáticamente los protocolos/guías en términos no solo cuantitativos sino cualitativos, tanto de la adecuación de la intervención a la población destinataria, resultados y efectos de la aplicación, así como reajustes necesarios a realidades identificadas (COVID, matrimonios forzados...).

Operativas

1. Ampliar las actuaciones dirigidas a atender las consecuencias de las mujeres y niñas supervivientes de la MGF (asistencia psicológica, emocional, de salud sexual y reproductiva).
2. Acompañar el trabajo individual y con las familias con una mayor presencia en el ámbito comunitario, diseñando acciones dirigidas a diferentes actores de las comunidades implicadas.
3. Ampliar las actuaciones de sensibilización, formación y educación orientados a la comunidad migrante o con vínculos en países donde se practica la MGF, fomentando el establecimiento de agentes de cambio.
4. Dotar de mayor difusión y apoyo de las acciones de prevención y sensibilización realizada en los centros educativos.
5. Impulsar en el ámbito de las entidades sociales la labor de vigilancia sobre el cumplimiento de los protocolos y de denuncia de los casos graves de incumplimiento, que se traducen en vulneraciones de derechos.
6. Garantizar los mecanismos adecuados para un trabajo coordinado con los procedimientos de asilo y refugio en casos de MGF.
7. Incorporar de forma más estable y constante la participación e inclusión de otros sectores (etapa infantil 0-3 años), en aquellos territorios donde existan una población potencial en riesgo de MGF en edades tempranas, en la educación superior reglada en cuanto a la incorporación de formación especializada de MGF, en los servicios de vacunación internacional, así como con el ámbito judicial).
8. Incrementar y asegurar las formaciones de profesionales, ampliando el alcance a otros sectores/ámbitos no exclusivamente sanitarios, así como de carácter más continuo y con mayor número de carga horaria.
9. Establecer en el ámbito sanitario la figura de las mediadoras/es interculturales como agentes clave para una intervención y actuación adecuada, facilitando la comunicación desde la horizontalidad, y que hayan recibido previamente una adecuada capacitación
10. Fomentar el trabajo de prevención y actuación con comunidades, mujeres y adolescentes, grupos de iguales y con hombres como estrategia idónea para favorecer el empoderamiento y el papel de transformación e influencia en comunidades de origen y en el Estado español.

buenas prácticas y lecciones aprendidas

07



A continuación, se presenta un compendio de las actuaciones exitosas que se están produciendo a nivel estatal en relación con las políticas públicas de prevención y actuación ante la MGF. La finalidad es identificar elementos positivos para su posible desarrollo en otros contextos y por otros agentes, y para su posible inclusión en los protocolos y guías que se aprueben en el futuro. Por tanto, la intención es rescatar algunas buenas prácticas identificadas en el marco de esta evaluación, sabiendo que pueden existir otras actuaciones destacables a las cuales desde el proceso evaluativo no hemos podido acceder.

Teniendo en cuenta estas apreciaciones y los criterios de selección descritos en el capítulo de metodología, se han identificado las siguientes buenas prácticas:

IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y/O DESEMPEÑO DE LOS PROTOCOLOS

01 Aplicación del enfoque antropológico y de una estrategia de empoderamiento individual y colectiva (Euskadi).

02 Inclusión de actuaciones específicas ante la existencia de factores de riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia (protocolo estatal, Murcia, Extremadura o Aragón).

03 Establecimiento de un abordaje que combina procesos de investigación acción con la intervención social a través de la participación de todos los sectores involucrados (Badalona y Santa Coloma)

04 Establecimientos de mecanismos de coordinación y participación en mesas territoriales de salud y/o de prevención de la MGF permanentes, con los sectores implicados, asociaciones y fiscalía, para unificar las acciones preventivas y detección (sistema de “alerta”) e intervenir en caso de confirmación de MGF y en su caso de denuncia (Madrid).

05 Formación sobre MGF a estudiantes de enfermería de la Escuela Universitaria Gimbernat (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona) y los/as residentes de medicina y enfermería de los Serveis Assistencials de Badalona.

06 Programa de formación de mujeres migrantes como Agentes de Empoderamiento (Bilbao).

07 Incorporación de soportes de apoyo adicionales a profesionales como el compromiso preventivo traducido en varios idiomas, modelo de entrevista a las mujeres (Madrid), o la incorporación de dos tipos distintos de compromiso preventivo, uno genérico (apoyo en el proceso de sensibilización y prevención) y otro para firmar antes de un viaje (Illes Balears).

08 Incorporación en el circuito de intervención de Unidades Especializadas de prevención y atención ante la MGF en Hospitales y centros de especialidades como por ejemplo en el Hospital 12 de octubre en Madrid, la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la MGF en el Hospital Universitario Doctor Peset (Comunitat Valenciana) o la Unidad Especializada para la atención integral de mujeres supervivientes de MGF del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (Aragón).

09 Reconocimiento de la importancia de contar con mediadores/as interculturales y agentes de cambio (Illes Balears, Comunidad de Madrid, Bilbao, Euskadi).

10 Inclusión específica en el diseño de la intervención con hombres detallando las actuaciones a realizar (Comunidad de Madrid, Bilbao)

11 Identificación especifica de las y los profesionales de referencia en el municipio de en el ámbito de la salud, servicios sociales y educación (Bilbao).

12 Coordinación constante con centros escolares para actuaciones de prevención y actuación. Creación de protocolos de MGF específicos el ámbito escolar (Aragón, Castilla-La Mancha).

13 Incorporación de medidas orientadas a la mejora de la situación social y económica de las mujeres (Aragón, Euskadi).

14 Diseño de indicadores de seguimiento para evaluar la implementación del protocolo, incluyendo los criterios a evaluar e indicadores cuantitativos a medir en la cobertura de la formación, detección y registro de MGF (por edad y regiones de origen), de la intervención comunitaria y de la formación de líderes (Illes Balears).

15 Existencia de sistemas de información y registro sanitario de violencia de género incluyendo la MGF de forma específica (Comunitat Valenciana).

bibliografía

08

ÍNDICE

PROTOCOLOS O GUIAS DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MGF VIGENTES EN EL ESTADO ESPAÑOL (2020)

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la MGF. Disponible online.
- Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona. (2003/actualización 2006). Disponible online.
- Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF de Catalunya (2007). Disponible online.
- Programa de Prevención y Atención de la MGF en la ciudad de Badalona (2010-2016). Disponible online.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Aragón (2011/2016 actualización). Disponible online (2011/2016).
- Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Navarra. (2013). Disponible online.
- Programa de Prevención y Atención de la MGF en la ciudad de Badalona en Santa Coloma de Gramenet (2015). Disponible online.
- Guía de prevención de la MGF en Bilbao: orientaciones para profesionales (2015). Disponible online.
- Guía para la concienciación sobre MGF de Andalucía (2016). Disponible online.
- Murcia Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria contra la MGF en la Región de Murcia (2016). Disponible online.
- Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en la Comunitat Valenciana (2016). Disponible online.
- Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi (2017). Disponible online.
- Protocolo para la prevención e intervención en MGF de Extremadura (2017). Disponible online.
- Protocolo para la Prevención de la MGF en Castilla-La Mancha (2017). Disponible online.
- Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid (2017). Disponible online.
- Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la MGF en las Illes Balears (2018). Disponible online.
- Protocolo de prevención e intervención ante la MGF en La Rioja (2018). Disponible online.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUR (2013). Demasiado dolor. Mutilación Genital Femenina y asilo en la Unión Europea. Panorama estadístico. Versión en español. Delegación en España de ACNUR. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Disponible online.

- CISNS (2018). Informe Anual de Violencia de Género 2017. Actuaciones desarrolladas para la difusión del protocolo de mutilación genital femenina. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible online.

- EIGE (2013). Study to map the current situation and trends of female genital mutilation in 27 EU Member States and Croatia. Extracto: La situación actual de la mutilación genital femenina en España. European Institute for Gender Equality. Disponible online.

- EIGE (2015). Estimación del número de niñas en situación de riesgo de MGF en la Unión Europea. European Institute for Gender Equality. Disponible online.

- EIGE (s.f.). Good practices combating gender-based violence. European Institute for Gender Equality. Disponible en:

- https://eige.europa.eu/gender-based-violence/good-practices?topic%5b%5d=631

- Eldiaro.es (21 de noviembre de 2018). Cantabria pondrá en marcha un protocolo de detección y abordaje de casos de mutilación genital femenina. Eldiario.es. Recuperado en junio de 2020. Disponible en:

- https://www.eldiario.es/cantabria/ultimas-noticias/cantabria-protocolo-deteccion-abordaje-mutilacion_1_1832952.html

- EndFGM European Network, Red US ENDFGM y Equality NOW (2020). La MGF/Ablación: un llamamiento para una respuesta global. Versión en español. Disponible online.

- Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer (2016). Diagnóstico para la Implementación de un Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Disponible online.

- European Parliament resolution of 12 February 2020 on. An EU strategy to put an end to female genital mutilation around the world (2019/2988(RSP)). Recuperado de https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0031_EN.pdf

- Fernández de Castro P., Portal Martínez E. y Serrano García J. (2018). La mutilación genital femenina en España. Contexto, protección e intervención para su eliminación. Comisión de Justicia de la Unión Europea. Disponible online.

- Fundación Wassu-UAB (2017). Mutilación Genital Femenina: Manual para Profesionales. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.

- Fundación Wassu-UAB (2018).Mutilación genital femenina: informe de evaluación del modelo de actuación de la generalitat de Catalunya (2002-2018). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.
- Fundación Wassu-UAB (2019). Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.
- Fundación Wassu-UAB (junio de 2019). Compromiso: Programa Piloto de Prevención y Atención de la MGF en Sevilla. Recuperado en junio de 2020. Disponible en: https://mgf.uab.cat/esp/novedades.html
- Fundación Wassu-UAB (2020). La mutilación genital femenina en España. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG). Ministerio de Igualdad. Disponible online.
- Fundación Wassu-UAB y Ajuntament de Barcelona (2015). Diagnòstic de la mutilació genital femenina a la ciutat de Barcelona. Barcelona.Disponible online.
- Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC (2018). Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible online.
- Institute of Medicine (2011). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible online.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE núm. 137, de 06/06/2014. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/(1)/con
- Junta de Extremadura (6 de febrero de 2018). Una comisión de seguimiento analizará la aplicación en Extremadura del Protocolo de Intervención en Mutilación Genital Femenina. (Sección Noticias). Recuperado en junio de 2020. Disponible en:
- http://www.juntaex.es/comunicacion/noticia&idPub=24078#.YA7r9-hKiUk
- Kaplan, A. López A., Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2006). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Inédito.
- Kaplan, A. López A., (2010). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.
- Kaplan, A. López A., (2013). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.
- Kaplan, A. López A., (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España en 2016. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible online.

- Mangas Llompart, A. (2015). Programa de prevención y atención de la mutilación genital femenina en Badalona. Servicio de Salud Pública. Ayuntamiento de Badalona. Inédito.

- Mangas Llompart, A. (2017). Una mirada caleidoscópica de la mutilación genital femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas. (Tesis doctoral).Recuperado de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/454831/amll1de2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- MdM (2017). Política de Médicos del Mundo España sobre Mutilación Genital Femenina (MGF). Médicos del Mundo. Disponible online.

- MdM (2018). Enfoque antropológico en Médicos del Mundo. Médicos del Mundo. Inédito.

- MdM (2019). Buenas prácticas en la intervención en Mutilación Genital Femenina. Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo. Médicos del Mundo. Disponible online.

- MdM Aragón (2016). El impacto de la intervención preventiva dentro del ámbito sanitario en mutilación femenina en Aragón. Médicos del Mundo Aragón, ARAPAP (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) y SPARS (Sociedad de Pediatría Aragón, la Rioja y Soria). Inédito.

- MdM Castilla La Mancha (2018). La mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha: La perspectiva de la población procedente de países de riesgo. Médicos del Mundo. Disponible online.

- MdM Madrid (2012). Diagnóstico sobre la situación de la MGF en la Comunidad Autónoma de Madrid. Actualizado en 2014. Médicos del Mundo. Disponible online.

- MdM Navarra (2017). Avances y ¿retrocesos? en el trabajo de mutilación genital femenina en navarra:4 años después de la aprobación del protocolo. Médicos del Mundo. Inédito.

- Mossos d'Esquadra (2020). Dades relacionades amb les denúncies, les víctimes, els autors i l'activitat organitzativa en l'àmbit de la violència masclista i domèstica. Recuperado en octubre 2020. Disponible en:

- https://mossos.gencat.cat/ca/els_mossos_desquadra/indicadors_i_qualitat/dades_obertes/cataleg_dades_obertes/Violencia-masclista-i-domestica/

- OMS (2008a). Mutilación Genital Femenina. Informe de la Secretaría en el 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado en junio de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26221/A61_11-%20sp.pdf;jsessionid=9577DE6E271AB75977124681F343E5D2?sequence=1

- OMS (2008b). Eliminating female genital mutilation, An interagency statement-OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Organización Mundial de la Salud. Disponible online.

- OMS (2010). Estrategia mundial para eliminar las distintas formas de mutilación genital femenina practicadas por los dispensadores de atención de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible online.

- OMS (2013). Mutilación genital femenina. Organización Mundial de la Salud. Recuperado en junio de 2020. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/
- OMS (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Organización Mundial de la Salud.Disponible online.
- ONU (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Objetivo 5. Naciones Unidas. Recuperado en junio de 2020. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/
- OPP (2017). Guía metodológica Evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID). Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Uruguay. Disponible online
- Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. 2016. Congreso y Senado. Disponible online.
- Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. A/C.3/67/L.21/Rev.1. Intensifying Global Efforts for the Elimination of Female Genital Mutilation. 16 de noviembre de 2012. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/67th_UNGA-Resolution_adopted_on_FGM_0.pdf
- Resolución 32/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, A/71/53 Eliminación de la mutilación genital femenina. 29 de junio de 2016. Recuperado de https://www.iri.edu.ar/wp-content/uploads/2017/09/A2017derhumDocInforme_consejoddhh_junio_julio2016.pdf
- UNICEF (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Disponible online.
- UNFPA (2018). Bending the curve: fgm trends we aim to change. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible online.
- UNFPA (2020). Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Nota técnica provisional. Información a 27 de abril de 2020. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible online.
- Vallés, M.S. (2009). Entrevistas Cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

anexos

09

Anexo I. Técnicas de recogida de información y participantes

Entrevistas

Titulares de Obligaciones.
Representantes de la Administración pública estatal y autonómica implicados en la prevención y actuación MGF

- Responsable del protocolo estatal de MGF
- Subdirección General de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid
- Dpto. Sanidad. Aragón
- Emakunde. Responsable MGF
- Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha

Titulares de Derechos

- Asociación Flor de África-Navarra

Titulares de Responsabilidades.
Profesionales sociosanitarios y representantes de entidades sociales que trabajan en el ámbito de la MGF

- Pediatría. Huesca
- Dirección del Colegio Recas-Toledo
- Centro de Salud de Txurdinaga de la OSI Bilbao- Basurto. Ginecología
- Centro Aragonés de Recursos para la Educación Inclusiva de Aragón (CAREI)
- Profesionales técnicos y voluntariado de MdM Aragón, Navarra, Illes Balears, Euskadi, Castilla La Mancha y Madrid
- Consulta especializada de Ginecología del Hospital Doce de Octubre
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)
- Fundación Wassu-UAB
- MdM- Red estatal de MGF

Cuestionarios

ACTIVIDAD PROFESIONAL/ SEXO	HOMBRE	MUJER	TOTAL GENERAL
Educadora social		1	1
Enfermera/o		1	1
Ginecóloga/o	2	9	11
Mediadora cultural en centro de salud		1	1
Médica/o General o de Familia		1	1
Trabajador/a social	1	11	12
Total general	**3**	**24**	**27**

Grupo Focal

Profesionales de MdM. Reflexión grupal para compartir resultados, conclusiones y recomendaciones de la evaluación (ámbito autonómico y estatal)

Anexo II. Matriz de evaluación: Preguntas, criterios y dimensiones

SECCIÓN DESCRIPTIVA-COMPARATIVA			
Criterios	**Elementos evaluativos**	**Preguntas evaluativas**	**Fuentes**
		DISEÑO	
Pertinencia	Contextualización institucional y normativa. Complementariedad	01 ¿Qué temáticas de la agenda internacional/ODS/política son atendidas en los protocolos?	› Análisis documental › Entrevistas
Coherencia	Justificación de la intervención	02 ¿Cuál es el problema y/o necesidad que busca resolver el protocolo/guía? Describir su evolución. 03 ¿Cuáles son las principales consecuencias del problema identificado? (Citar estudios, estadísticas y datos que respaldan la magnitud de las consecuencias del problema que se detallan en cada protocolo/guía)	› Análisis documental › Entrevistas
Coherencia	Matriz de Objetivos, Consistencia Vertical y Horizontal	04 ¿Cuáles son los principales factores que originan el problema o necesidad?	› Análisis documental › Entrevistas de encuadre
		05 ¿Cuál es la población potencial y objetivo de la intervención? En términos cualitativos y cuantitativos.	› Análisis documental › Entrevistas
Mensurabilidad	Indicadores, metas y mecanismos de evaluación	06 ¿Se han definido indicadores claros y concisos de partida?	› Análisis documental › Entrevistas

IMPLEMENTACIÓN			
Eficacia	Estructura organizacional, gestión, RRHH/ Personal/roles	07 ¿Cuál es la dotación del personal destinado a la implementación de los protocolos/guías de actuación? 08 ¿Cuáles son las funciones y roles de los actores en relación con cada protocolo/guía de actuación? 09 ¿Cómo están organizadas las instituciones/organizaciones y agentes que implementan los protocolos y cómo se articulan?	› Análisis documental › Entrevistas
Eficacia	Mecanismos de coordinación interna y externa	10 ¿Cuáles y con quién son los mecanismos de coordinación internos? ¿y con externos? 11 ¿Hay funciones y tareas que se solapan? ¿Cómo se resuelve la coordinación en estos casos?	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online
Eficacia	Resultados y procesos	12 ¿Cuáles son las actuaciones/ intervenciones que comprende cada protocolo/guía?	› Análisis documental › Entrevistas
Mensurabilidad	Indicadores, metas y mecanismos de evaluación	13 ¿Cómo son los procesos de monitoreo y evaluación de la implementación de cada protocolo?	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online
DESEMPEÑO			
Eficacia	Grado de satisfacción Desempeño de la intervención a nivel de resultados	14 ¿Qué logros ha generado cada protocolo/actuación en las TD, TR Y TO? 15 ¿La población destinataria de los protocolos se corresponden a las TD (mujeres, niñas, y adolescentes)? ¿Cuál es la cobertura de cada protocolo? 16 Según la información disponible ¿cuál es el grado de satisfacción de TD, TR y TO con las intervenciones/actuaciones?	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales

Eficiencia	Recursos financieros/ presupuestarios Gasto por actuación/ gasto unitario	17 ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento de la intervención? ¿Qué otros mecanismos de financiación se implementan además de los recursos presupuestales para ejecutar la política pública, y a qué están destinados? 18 ¿Cómo ha sido el funcionamiento de los recursos de cada protocolo considerando las asignaciones presupuestales y aportes de recursos por otras vías? 19 ¿Los recursos asignados al logro de los resultados de los protocolos, se encuentran reflejados a nivel de los presupuestos de cada organismo/entidad involucrada? ¿Se puede identificar el costo global y por destinataria a nivel de las distintas actuaciones?	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
ENFOQUES TRANSVERSALES: TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO, ANTROPOLÓGICO, EBDH E INTERSECCIONALIDAD			
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Partes interesadas en la intervención	20 ¿Qué actores han tenido voz en la definición del problema? En este sentido, ¿cuál ha sido el papel de las organizaciones/ colectivos de mujeres que pertenecen a comunidades donde se practica MGF?	› Análisis documental › Entrevistas
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Resultados y procesos	21 Descripción de la incorporación en las actuaciones del impacto de las relaciones de poder entre mujeres y hombres en las estrategias preventivas que contienen. 22 Descripción del rol de protagonismo y liderazgo en el desarrollo de las acciones de prevención y sensibilización dentro de su comunidad de origen de las mujeres procedentes de países que practican la MGF	› Análisis documental › Entrevistas › Grupos focales

Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Marcos interpretativos	23 En los protocolos ¿Conviven diferentes marcos interpretativos en torno a la MGF? ¿Cómo se interrelacionan esos marcos interpretativos? ¿Qué causas del problema señalan? ¿Qué lugar ocupa la dimensión del género? ¿y el enfoque intercultural, evita una mirada etnocéntrica?	› Análisis documental › Entrevistas › Grupos focales
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Diagnóstico	24 ¿Cuál es el problema tal y como se presenta? ¿Qué elementos se identifican como causa(s)? ¿Y cómo efecto(s)?	› Análisis documental › Entrevistas
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Diagnóstico	25 ¿En qué ámbito(s) se localiza el problema? ¿En el ámbito laboral, en el ámbito doméstico, en el ámbito público, en el ámbito íntimo de pareja, en el ámbito socio-comunitario o el ámbito institucional?	› Análisis documental › Entrevistas
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Interseccionalidad	26 ¿La intervención tiene en cuenta y/o la interrelación del género con otras variables –clase social, etnia, orientación sexual, ámbito rural/urbano, racialización, diversidad funcional- en el impacto y las posibles especificidades del problema a abordar?	› Análisis documental › Entrevistas
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Atribución de roles	27 ¿Quiénes se identifican como responsables del problema? ¿Quién o qué es el responsable de la solución?	› Análisis documental › Entrevistas
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Indicadores, metas y mecanismos de evaluación	28 ¿Se recogen los datos desagregados por género, etnia, raza, diversidad funcional, edad etc.?	› Análisis documental

SECCIÓN ANALÍTICA				
Criterios	**Elementos evaluativos**	**Preguntas evaluativas**	**Indicadores**	**Fuentes**
		DISEÑO		
Pertinencia	Contex-tualización institucional y normativa. Complemen-tariedad	29 ¿De qué forma los protocolos intervención se encuentra alineada con las prioridades o agendas internacionales/ estatales y locales ante la MGF?	› Grado de adhesión y alineamiento de los protocolos con las líneas y prioridades estatales/ internacionales y autonómicas de prevención y actuación ante la MGF	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Pertinencia	Justificación de la inter-vención	30 ¿Existen fortalezas u oportunidades de mejora en la normativa vigente para la implementación de los protocolos considerando las competencias y atribuciones de cada institución involucrada?	› Grado en que las normas establecen competencias y atribuciones diferenciadas y claras en materia de prevención y actuación ante la MGF › Fortalezas y oportunidades detectadas que mejoren la normativa vigente (enfoques, amplitud de cobertura y focalización etc.)	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales

Coherencia	Matriz de Objetivos, Consistencia Vertical y Horizontal	31 ¿En qué medida son pertinentes los objetivos, las líneas de acción, las acciones estratégicas y las metas formuladas? 32 ¿Se han identificado las necesidades de los distintos grupos de interés?	› Nivel de rigor del documento de diagnóstico en la definición de la problemática › Calidad de la formulación de los elementos del modelo lógico: correcta cadena de acción-producto para cada uno de los productos a generar: teoría del cambio explícita en los protocolos › Grado de incorporación de un enfoque integrado en el documento de diagnóstico. › El diagnóstico utilizado contiene información suficiente sobre: nº de mujeres, menores, edades; factores de riesgo (nivel educativo, condición socioeconómica, zona geográfica de origen, etnia, edad...).	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Mensurabilidad	Indicado-res, metas y mecanismos de evaluación	33 ¿Los indicadores son consistentes con los resultados y productos de la intervención?	› Adecuación de los indicadores previstos a los productos esperados › Suficiencia y relevancia de los indicadores de las intervenciones	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
IMPLEMENTACIÓN				
Eficacia	Estructura organiza-cional	34 ¿De qué forma se adecúa las funciones y roles de los distintos actores involucrados a las actuaciones?	› Grado y adecuación de las funciones de los actores para concretar los procesos y lograr el desempeño de la intervención.	› Análisis documental › Entrevistas › Grupos focales

Eficacia	Resultados y procesos	35 ¿Cuáles han sido las principales fortalezas y dificultades para el avance de las actuaciones de cada Protocolo/ guía de actuación?	› N.º de actuaciones/ servicios de atención/ prevención MGF realizados › Datos cuantitativos sobre la demanda de los servicios de atención de los productos ofrecidos por la intervención. › Nivel de logro de objetivos y resultados planteados a corto, medio y largo plazo. › Cantidad de Recursos Humanos y financieros dedicados a la intervención, desagregado por actores de intervención / ámbito territorial/ TD › Incremento de la capacitación institucional	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Eficacia	Estructura organiza-cional Otros aspectos organiza-cionales y/o de gestión.	36 ¿Cuál es el balance general del papel de Médicos del Mundo en la implementación de los protocolos?	› Grado y adecuación del rol de MdM en la implementación de los protocolos	› Entrevistas › Grupos focales
Eficacia	Estructura organiza-cional y de gestión	37 ¿Cuál es el compromiso (o falta de él) del personal de las instituciones involucradas en la implementación de los protocolos?	› Grado de compromisos del personal involucrado para la implementación	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales

Eficacia	Mecanismos de coordinación interna y externa	38 ¿De qué manera los mecanismos de coordinación permiten identificar y resolver problemas o dificultades en la implementación de los protocolos?	› Grado y adecuación de los mecanismos e instrumentos de coordinación institucional › Nivel de formalización de instrumentos y espacios de coordinación internos y externos	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Eficacia	Resultados y procesos	39 ¿Los protocolos se han implementado de acuerdo con lo previsto?	› Nivel de cumplimiento de las acciones implementadas previstas en tiempo y forma planeada › Los resultados inmediatos inciden en la reducción de la MGF desde un enfoque de género, ddhh y antropológico	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Eficacia		40 ¿Qué factores estructurales influyeron en la aplicación de cada protocolo?	› Valoración de factores estructurales que influyen en la implementación del Plan. › Identificación de fortalezas y debilidades estructurales	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Mensurabilidad	Indicadores, metas y mecanismos de evaluación	41 ¿Los sistemas de información cuentan con la información necesaria en plazos adecuados a la gestión y la toma de decisiones? ¿Los datos generados por los sistemas de información resultan útiles para retroalimentar la gestión de cada protocolo?	› Existencia de soportes de recogida de información unificados para los distintos actores y operadores que intervienen › Grado de desglose de las tipologías de población objetivo en función del género, raza, etnia, etc.	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
DESEMPEÑO				

Eficacia	Población objetivo, satisfacción y focalización Desempeño de la intervención a nivel de resultados	42 ¿La evidencia permite sustentar que las intervenciones han tenido incidencia en la transformación de patrones socioculturales, de poder, en el fortalecimiento de capacidades y de liderazgo de las mujeres, adolescentes y niñas?	› Grado de definición de víctimas directas, víctimas indirectas de violencia y de conocimiento de la situación de las víctimas en función del género, etnia y la edad › Grado de incidencia en la transformación de patrones socioculturales, el fortalecimiento del sistema de protección integral y el acceso a la justicia › Elementos incorporados para transformación de relaciones de poder, los patrones socioculturales, el fortalecimiento e incremento de liderazgo	› Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Eficacia	Grado de satisfacción TD/TR y TO	43 ¿El grado de satisfacción de la población TD es adecuado?	› Grado de satisfacción de TD/TO/ y TR con las actuaciones y servicios de los protocolos	› Análisis documental › Grupos focales
Eficiencia	Recursos financieros/ presupuestarios	44 ¿Los recursos asignados son suficientes?	› Grado de asignación de recursos por organismo/ institución involucrados para la obtención de los resultados previstos	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Eficiencia	Capacidad institucional	45 ¿Las entidades y organismo públicos cuentan con capacidad institucional (recursos humanos, tecnológicos, estructura organizacional, y rango jerárquico) para implementar los protocolos/guías de actuación?	› Grado de capacidad institucional (recursos humanos, tecnológicos, estructura organizacional, y rango jerárquico) para implementar los protocolos	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
ENFOQUES TRANSVERSALES: TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO, ANTROPOLÓGICO, EBDH E INTERSECCIONALIDAD				

Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Justificación de la intervención	46 En caso de existir varios marcos interpretativos sobre MGF, ¿existe algún tipo de conflicto entre ellos? ¿La dimensión de género ocupa un lugar adecuado para afrontar la MGF?	› Los marcos interpretativos que abordan los protocolos son coherentes y/o complementarios	› Análisis documental › Entrevistas › Grupos focales
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Marco lógico, consistencia vertical y horizontal	47 ¿En qué medida los protocolos incorporan el impacto de las relaciones de poder entre mujeres y hombres en las estrategias preventivas que contienen? ¿A alguno de los factores identificados como origen de la MGF se le otorga mayor peso y relevancia? En caso afirmativo, ¿cuáles son las consecuencias de ello?	› Coherencia entre el diagnóstico, los factores identificados como origen de la MGF › Grado de incorporación de la multidimensional estructural de la MGF › Valoración del papel que otorga la intervención a hombre y mujeres en las actuaciones preventivas diseñadas	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Resultados y procesos	48 ¿De qué manera ha contribuido y favorecido los protocolos al acceso de las mujeres y las niñas a una mayor capacidad de decisión y control sobre su cuerpo y su sexualidad?	› Grado de empoderamiento y capacidad de decisión y liderazgo de niñas y mujeres sobre su cuerpo y sexualidad	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales
Género, Antropológico, EBDH e Interseccionalidad	Resultados y procesos	49 ¿De qué manera ha contribuido y favorecido los protocolos al acceso de las mujeres y las niñas a una mayor capacidad de decisión y control sobre su cuerpo y su sexualidad?	› La intervención tiene en consideración y actúa sobre los diferentes tipos y ámbitos en las relaciones de poder y de desigualdad género	› Análisis documental › Entrevistas › Cuestionario online › Grupos focales

Anexo III. Cuestionario evaluación de protocolos MGF dirigido a profesionales sociosanitarios

PRESENTACIÓN

Desde Médicos del Mundo estamos realizando la Evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)en España, con la finalidad de identificar áreas de mejora y poder proporcionar recomendaciones pata la intervención.

Por ello le pedimos su participación respondiendo a este breve cuestionario sobre la actuación y prevención sociosanitario de la MGF en su territorio y desde su experiencia profesional.

Se trata de un cuestionario anónimo y todas sus respuestas serán tratadas respetando la confidencialidad

¡Muchas gracias!

Datos perfil

P.1.Sexo

- Mujer
- Hombre

P.2. Actividad Profesional

- Médica/o General o de Familia
- Pediatra
- Matrón/a
- Enfermera/o
- Ginecóloga/o
- Trabajador/a social
- Otros

P.3. Centro de trabajo

- Hospital área pediatría
- Atención primaria/Centro de salud
- Hospital área ginecología/maternidad

- Hospital (no pediatría/ni ginecología)
- Centro de especialidades
- Administración
- Otras

Conocimiento de actuación de prevención de Mutilación Genital Femenina

P.4. ¿Sabes qué es la Mutilación Genital Femenina?

- Sí
- No

P.5. ¿Por qué motivos crees que se realiza? Marca las opciones que te parezcan correctas

- Religiosos
- Higiene
- Tradición/Cultura
- Todos los anteriores
- Otros.... (especificar).....
- Ninguno de los anteriores
- No sabe/No contesta

P.6. ¿Ha atendido algún caso de Mutilación Genital Femenina en los últimos años?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

P.7. ¿Cómo suele ser la detección de riesgo o de mutilación realizada de los casos atendidos?

- Por exploración genital de la mujer o de la niña
- Por derivación de profesionales
- Por información previa de la paciente o la familia
- Por el origen de las pacientes o sus familias de países de riesgo de Mutilación Genital Femenina
- Otras (especificar):

P.8. De forma general, ¿qué actividades de prevención y actuación realizas ante un caso de Mutilación Genital Femenina? Marca las opciones que realizas más habitualmente

- No interviniendo
- Realizando parte de lesiones
- Informando a las familias procedentes de países de riesgo sobre las consecuencias para la salud.

- Informo a las familias procedentes de países de riesgo sobre las consecuencias legales
- Ofrezco el Compromiso preventivo ante viaje de la familia
- Concreto una visita programada a la vuelta del viaje.
- Derivando a otro profesional
- Otras actuaciones (especificar): .....
- NS/NC

P.9. ¿Con qué dificultades se encuentra para abordar la atención y prevención de Mutilación Genital Femenina? ¿cómo lo solventa?

.....

P.14.¿Conoces el Protocolo Autonómico para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina?

- Sí
- No
- NS/NC

P.15. ¿Conoces el Protocolo Estatal de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina

- Sí
- No
- NS/NC

P.10.¿Consideras que los protocolos de actuación existentes permiten reducir y prevenir la Mutilación Genital Femenina en niñas y mujeres?

- Sí

P.10 A.Si es así, ¿qué consideras las actuaciones más relevantes?

.....

- No

P.10 B.¿Por qué?

.....

- NS/NC

P.11. Ante la detección de MGF el/la profesional de la salud

¿Con que otros recursos o profesionales te coordinas ante un caso de Mutilación Genital Femenina?

- Servicios sociales
- Centro educativo

- Entidades y asociaciones
- Otros profesionales sanitarios: (especificar)
- Otros:

P.12.¿Registras las diferentes intervenciones y actuaciones de Mutilación Genital Femenina en el historial de la paciente?

- Sí
- No
- NS/NC

P.13. ¿Crees que sería necesario mejorar el registro de casos de Mutilación Genital Femenina?

- Sí
- No
- NS/NC

P.13A.Si es así, ¿qué mejorarías?

.....

P.16.¿Consideras que has recibido suficiente formación/información sobre actuación y prevención de la Mutilación Genital Femenina

- Sí
- No
- NS/NC

Propuestas de mejora de los protocolos de actuación y prevención

P.18. ¿Qué aspecto le parece que habría que mejorar en la actuación y prevención ante la Mutilación Genital Femenina?

.....

Fin del cuestionario.

¡Muchas gracias!

Informe

evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en el estado español

+34 91 543 60 33 | www.medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO