

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Centro de Salud de Lorquí, Área VI de Salud. Servicio Murciano de Salud
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Pedro de Mendoza, 7 30892
- **CCAA:** Región de Murcia
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
Nombre y apellidos: Carolina Alcón Belchí
E-mail: carolina.alcon@carm.es
Teléfonos: 669 50 07 45

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
X	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Marzo 2014
- **Actualmente en activo:** Sí
- **Prevista su finalización:** No

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Atención Sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos, así como a mujeres en contextos de especial vulnerabilidad ante la VG
	Coordinación intersectorial

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En las últimas décadas España ha sido destino de gran número de emigrantes provenientes de multitud de países, dando lugar a una gran multiculturalidad y haciendo necesario dar a la atención sanitaria un enfoque multirracial^{1,2}. Es fundamental la integración de los inmigrantes en el país de acogida, aún así tienen derecho a preservar su cultura, su religión y sus tradiciones siempre y cuando, con lo anterior no se violen los derechos humanos reconocidos en el país, como es el caso de la Mutilación Genital Femenina (MGF)³.

7.1 Definición y clasificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la MGF como *“todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos culturales, religiosos o por cualquier otro motivo no médico”*⁴.

La MGF genera discriminación de las mujeres respecto a los hombre, por lo tanto constituye violencia de género, como recoge el artículo 1 de la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*³.

Tabla 1. Tipos de MGF

TIPO I	Escisión del prepucio del clítoris, con extirpación total o parcial del clítoris
TIPO II	Escisión del clítoris con extirpación total o parcial de los labios menores
TIPO III	Escisión total o parcial de los genitales externos y estrechamiento de la apertura vaginal a través de la sutura de los labios menores o mayores
TIPO IV	Cualquier procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado por motivos no médicos, cortes, pinchazos, incisiones, cauterizaciones, introducción de sustancias o hierbas corrosivas en la vagina,...

Fuente: Elaboración propia basado en OMS⁵.

La OMS⁵ afirma, “la MGF constituye una violación de los derechos del niño a la salud, a la seguridad y la integridad física, a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles ni degradantes y el derecho a la vida en los casos en los que el procedimiento acaba produciendo la muerte”.

7.2 Origen

Numerosos autores coinciden en la dificultad de establecer el origen de la MGF, coincidiendo todos ellos en que es una práctica preislámica de posible origen pagano y anterior a las religiones monoteístas^{4,6}.

Se estima que la MGF se inició en Egipto, donde ya se practicaba desde 5000 o 6000 años a.C. y que se expandió por medio de la influencia de la civilización egipcia por las comunidades tribales de muchos países africanos^{3,7}. Esto explicaría que la practiquen coptos de Egipto, los judíos “Falaixa” de Etiopía y tribus africanas de culto animista⁸. También cabe destacar la realización de esta práctica en zonas tropicales de África y Filipinas por etnias de la alta Amazonia y por las mujeres *arunta* de Australia⁹.

Aunque se practica en comunidades musulmanas, se puede afirmar que ni en el Corán ni en escrituras de las principales religiones se menciona la MGF como tal⁷.

7.3 Concepto del término Mutilación Genital Femenina

Ha habido gran controversia a la hora de establecer un nombre adecuado a esta práctica.

Algunos autores afirman que el término “Mutilación Genital Femenina” lleva implícito un juicio de valor, ya que este alude a la violencia y afirman que de entrada no se tienen en cuenta cuestiones culturales ni de identidad o las normas sociales que conducen a esta práctica¹⁰. También hay profesionales que utilizan expresiones que no hacen alusión a la violencia como “modificación u operación genital”, por considerar que otros términos pueden ser ofensivos para las culturas que la practican¹¹.

El término “Mutilación Genital Femenina” es el utilizado por la Organización Mundial de la Salud para hacer referencia a esta práctica, y debido a lo que esta implica, es con el que se nombra dicha práctica en el presente estudio.

7.4 Cifras y datos del procedimiento

Unos 140 millones de mujeres y niñas han sido víctimas de la MGF⁵. Anualmente unos 4 millones, son sometidas a algún tipo de MGF en el continente africano⁸. Al menos 500.000 mujeres y niñas han sufrido esta práctica en Europa y 180.000 podrían sufrirla¹.

Normalmente se realiza a niñas de 5 a 14 años pero también se hace a mujeres a punto de contraer matrimonio, a mujeres durante su primer embarazo y a niñas recién nacidas^{12,13}. En algunas culturas se vuelve a “coser” a la mujer después de dar a luz de forma sistemática⁴. Últimamente existe la tendencia a practicarla a edades cada vez más tempranas para reducir los efectos traumáticos al eliminar el recuerdo y la resistencia de oposición de la pequeña¹¹.

La MGF suele ser realizada por una persona destinada a ello, normalmente la partera de la comunidad, mujer de edad avanzada y respetada en el grupo^{11,12}. Para ello se utilizan cuchillos, tijeras, cuchillas de afeitar, trozos de vidrio, piedras afiladas o la tapa de metal de una lata, el mismo instrumento aunque se realice a varias personas a la vez. La herida se limpia con ceniza, alcohol, mezclas de hierbas, zumo de limón o excrementos de vaca. En la MGF tipo III o infibulación la sutura se realiza aproximando los bordes y sujetándolos con espinas de acacia, después se atan las piernas de la niña, que permanecerán unidas hasta que la herida se cure^{4,12}.

7.5 Motivos

Existen varios motivos de peso, entre las comunidades que practican la MGF, que hacen que hoy día siga realizándose⁹.

7.5.1 Culturales

Dicha práctica está íntimamente relacionada con el sentimiento de pertenencia al grupo. Las costumbres y tradiciones son con frecuencia el motivo más convincente para realizarla⁹. El que una mujer no tenga la MGF realizada la condena al rechazo y al aislamiento de su comunidad. Esto la priva de su posibilidad de acceder al matrimonio, condición vital para el bienestar de la mujer en las sociedades patriarcales como estas¹¹.

7.5.2 Sexuales

Creen que la ablación del clítoris, que consideran la parte masculina del cuerpo de la mujer, la hace ser más sumisa y elimina su deseo sexual, lo que conlleva a la fidelidad en el matrimonio. Y la familia del marido, se asegura de que sus hijos serán legítimos¹¹.

7.5.3 Reproductivos

Se cree que esta práctica mejora la fertilidad y facilita el parto, también piensan que se puede arriesgar la vida del recién nacido, en el momento del parto, o del marido en las relaciones sexuales, si alguno de ellos entrara en contacto con el clítoris⁷.

7.5.4 Higiénicos y estéticos

En algunas comunidades a los genitales femeninos se los considera sucios y feos, a las mujeres que no están mutiladas se les prohíbe la manipulación de productos alimenticios y del agua⁹. También creen que los genitales femeninos son excesivamente voluminosos y que si no se cortaran crecerían exageradamente⁷.

7.5.5 Religiosos

Con frecuencia se dan como justificación los motivos religiosos con la falsa creencia de que se trata de un precepto islámico⁸.

Tabla 2. Etnias que realizan MGF

<i>Sarahuele</i>	<i>Djola</i>
<i>Mandinga</i>	<i>Fulbé</i>
<i>Soninke</i>	<i>Bambara</i>
<i>Dogon</i>	<i>Edos</i>
<i>Awusa</i>	<i>Fante</i>

Fuente: Elaboración propia basada en La MGF en España. Prevención e intervención¹¹

7.6 Consecuencias

La MGF conlleva múltiples consecuencias negativas para la salud. Es imposible conocer la proporción de niñas y mujeres víctimas de esta práctica que sufren complicaciones o tengan la posibilidad de sufrirlas, ya que muchas de estas no se denuncian o se atribuyen a otras causas. Es una práctica peligrosa que se mantiene en secreto, por lo que también se desconoce el número de afectadas que mueren por este procedimiento o por las complicaciones que conlleva⁴.

7.6.1 Complicaciones inmediatas

Dolor intenso, contagio de enfermedades (VIH, Tétanos,...), hemorragias, retención urinaria refleja debido al intenso dolor, lesión de los órganos adyacentes (uretra, vagina, perineo y/o recto), miedo y pánico^{5,6,8,11,14}.

Este procedimiento puede ser causa de muerte debido a un shock hipovolémico por hemorragia, a un shock neurógeno por dolor intenso o a causa de una septicemia, infección generalizada¹⁴.

7.6.2 Complicaciones a medio o largo plazo

Existen una serie de complicaciones a medio o largo plazo, comunes a los tres tipos de MGF. Se puede dar anemia severa por hemorragia, infecciones de orina recurrentes y la aparición de fístulas debido a las lesiones de los órganos adyacentes, el contagio de enfermedades, la formación de queloides en la cicatriz y abscesos cutáneos, dolor menstrual y durante las relaciones sexuales y sentimientos de humillación, depresión y trastornos sexuales^{7,12,14,15}.

En los tipos II y III de mutilación se pueden presentar más habitualmente complicaciones físicas, obstétricas, sexuales y psicológicas¹⁵.

- Físicas: En la MGF tipo III por ser la más agresiva, tendrá unas complicaciones añadidas como dismenorrea grave, estenosis vaginal, hematocolpos y hematómetra, infecciones pélvicas crónicas y dificultad para orinar, provocando estancamiento de la orina tras la cicatriz⁶. Y lesiones producidas al volver a estrechar el orificio después de cada parto¹¹.

Obstétrico-ginecológicas: Estas mujeres sufren inflamaciones e infecciones recurrentes tanto del tracto urinario, como vaginales y uterinas provocadas por la retención de orina y sangre menstrual, pudiendo darse infertilidad secundaria a la enfermedad inflamatoria pélvica^{11,12,15}.

Las exploraciones son más dificultosas y dolorosas, el parto es más prolongado, hay aumento del número de cesáreas y mayor riesgo de episiotomía, aumenta el tiempo de hospitalización tras el parto, mayor mortalidad materna y perinatal, y aumento del número de niños que precisa reanimación al nacer y de mortalidad perinatal^{6,8,12}.

- Sexuales: Algunas mujeres pueden sufrir dispareunia debido a las cicatrices y a la escasa elasticidad de las mismas. El dolor sufrido durante las relaciones o la imposibilidad del coito, puede provocar fobia sexual, trastornos de la excitación y disminución del deseo sexual^{6,8,15}.

- Psicológicas: Aparecen sentimientos de humillación, terror y traición que pueden conllevar ansiedad, insomnio, pesadillas, trastornos de la alimentación, pérdida o aumento excesivo de peso, ataques de pánico, problemas de aprendizaje y concentración, y otros síntomas de estrés postraumático^{7,8}.

Con frecuencia las mujeres ignoran la relación entre sus problemas de salud y la práctica de la MGF, al aparecer estas complicaciones a medio o largo plazo, no suelen asociarse a dicha práctica¹¹.

7.7 Legislación

Cuando se ven afectados los derechos fundamentales, derecho a la vida, igualdad e integridad física, es legítimo limitar la identidad cultural ante el respeto de los derechos humanos¹³, como refleja la *Ley de Extranjería en su artículo 3.2* donde dispone que los derechos fundamentales de los extranjeros quedan acogidos a la Declaración Universal de 1948 y a los tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos vigentes en España, sin la posible alegación de creencias religiosas o convicciones ideológicas para justificar la realización de actos contrarios a las mismas³.

La aprobación de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en la Convención de Naciones Unidas de 1979, fue de vital importancia en el reconocimiento de la MGF como una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. Más tarde, en 1993 fue aprobado en la Declaración de Naciones Unidas sobre eliminación de la violencia contra la mujer, considerar la MGF como violencia de género¹³.

En España hace referencia a la MGF la *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre* que modifica el código penal en la que se expone "El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años". Y en caso de que la víctima fuese menor o incapaz "será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz"¹⁶.

7.8. Distribución geográfica, tipología y prevalencia

La práctica de la MGF está documentada en 28 países de África, y en otros como India, Indonesia, Iraq, Israel, Malasia, Omán, Tailandia y los Emiratos Árabes. La prevalencia oscila del 0,6 al 98% de la población femenina¹⁴. En muchos de estos países existe legislación que prohíbe la MGF, aunque esto no basta para eliminarla, son necesarias campañas de información entre las comunidades o etnias que incidan directamente sobre los motivos que llevan a su práctica¹⁷.

7.9 Problemas sobre los que actuar

En España se detectaron los primeros casos de MGF a principios y mediados de los 90 y hay constancia de que se han practicado mutilaciones en nuestro país, Cataluña fue una de las comunidades pioneras en abordar esta cuestión^{11,13}.

Se ha detectado que las niñas cuyas madres poseen un bajo nivel educativo tienen más probabilidad de sufrirla¹¹. Las comunidades que practican la MGF creen que este procedimiento es beneficioso, por tanto los familiares que permanecen en el país de origen, ejercen una fuerte presión sobre los emigrados, que se incrementa cuando estos vuelven a su país definitivamente o bien en periodo vacacional^{13,18}. Es fundamental que los padres hayan abandonado la práctica durante su estancia en el país de acogimiento por convencimiento propio, así tendrán argumentos para rebatir a sus familiares^{1,7}.

Estudios realizados en distintos países acogedores de emigrantes afirman que los conocimientos que tienen los profesionales sanitarios sobre el tema, son en general insuficientes. Un importante número de estos no conocen los mecanismos de actuación y las leyes existentes en nuestro país para detectar y prevenir la práctica de la MGF².

En un estudio realizado a médicos de la Unión Europea, el 78% afirmaron que agradecerían tener a su alcance un protocolo de actuación al que atenerse por falta de capacitación clínica, desconocimiento de la práctica y sus complicaciones, así como de la legislación vigente en su país¹⁹.

En el momento en el que se realizó este estudio en España no existía ningún protocolo de actuación a nivel estatal, aunque sí a nivel autonómico en Cataluña, Aragón y Navarra. En Murcia se disponía de un folleto informativo para la población de riesgo¹⁸. Es en Enero de 2015 cuando se aprueba un Protocolo Común de Actuación para todo el territorio nacional.

7.10 Actuaciones desde atención primaria de salud

La OMS y UNICEF destacan el papel determinante que tienen los profesionales sanitarios, tanto para tratar los problemas de salud que conlleva la MGF como para actuar activamente en su prevención y favorecer su abandono¹⁹.

Para combatir la MGF son necesarias actuaciones que estén enfocadas a informar, formar y sensibilizar a las comunidades practicantes¹⁷. Es imprescindible desarrollar estrategias de actuación en los ámbitos sanitarios, sociales y educativos para su prevención¹³.

Aunque la detección de un caso de riesgo o de una mujer o niña con la MGF practicada, se produzca habitualmente en los centros sanitarios, este problema ha de tratarse de manera multidisciplinar^{2,18}. Se ha de realizar un trabajo coordinado por un equipo cuyos integrantes provengan de diferentes ámbitos (trabajadores sociales, sanitarios, educadores, policía, mediadores interculturales, asociaciones civiles,...) para poder abordar el problema de forma global y desde todos sus ámbitos^{1,11}.

Se deben diseñar programas de formación continuada para que todos estos profesionales dispongan de los conocimientos y la formación adecuada para poder realizar una intervención óptima⁷.

Un buen ejemplo de esto son los protocolos de actuación, que puestos en marcha y coordinados por un equipo multidisciplinar son una alternativa eficaz para el control y prevención de la MGF. Los profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria de salud, por su acceso y cercanía a la población, juegan desde una posición privilegiada para avanzar hacia la disminución de esta práctica.

8. OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es elaborar un protocolo de actuación orientado a identificar y prevenir situaciones de riesgo de MGF para su posterior implementación en el Municipio de Lorquí, de la Región de Murcia.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Estudio realizado en el municipio de Lorquí (Región de Murcia) en 2014, a niñas inmigrantes o de padres inmigrantes, de 0 a 15 años, procedentes de países del África Subsahariana donde se practica Mutilación Genital Femenina, residentes en el Municipio de Lorquí.

La totalidad de las actuaciones realizadas con las familias, fueron llevadas a cabo en el Centro de Salud de Lorquí, perteneciente al Area VI de Salud de la Región de Murcia.

En este proyecto está implicado un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 16 integrantes, entre los que se encuentran un médico de familia, un pediatra y una enfermera del Centro de Salud de Lorquí, dos técnicas especializadas en familia y una educadora social de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), una psicóloga especializada en familia y tres trabajadoras sociales del Ayuntamiento de Lorquí, los directores de los cuatro centros educativos de Lorquí (1 escuela infantil, 2 colegios y 1 instituto), una orientadora escolar del IES y un agente de Policía Local de Lorquí. Con esto pretendemos realizar un trabajo coordinado y abordar el problema de forma global, cubriendo así las necesidades bio-psico-sociales de los sujetos en estudio.

10. METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, tipo estudio de casos, realizado en el municipio de Lorquí (Región de Murcia) en 2014 a niñas inmigrantes o de padres inmigrantes procedentes de países del África Subsahariana donde se practica Mutilación Genital Femenina. El proceso de **captación** se realizó a través del padrón del ayuntamiento de Lorquí, revisándose el total de la población del Municipio.

La **búsqueda bibliográfica** se realizó durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2014 en las bases de datos Cuiden, Dialnet, Medes y Medline, donde se han revisado 156 artículos relacionados con el tema a tratar. También se consultaron fuentes documentales de interés de ámbito nacional e internacional (Amnistía Internacional, UNICEF y la OMS), guías y protocolos de organizaciones como Medicus Mundi de Andalucía, la UNAF (Unión de Asociaciones Familiares), y estamentos públicos de comunidades autónomas Españolas (Generalitat de Cataluña, Gobierno de Aragón y Gobierno de Navarra).

Se han seleccionado un total de **20 documentos** (artículos, guías y protocolos) para desarrollar este trabajo. Para realizar su búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: circuncisión femenina; técnicas de ablación; prevención & control; protocolos.

10.1 Procedimiento

Para la consecución del objetivo planteado en este trabajo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

1. Las actuaciones de implantación se llevaron a cabo de Marzo a Mayo de 2014 y fueron coordinadas por un Equipo Multidisciplinar de Trabajo en Red existente en el municipio de Lorquí desde 2011.
2. Se formó a los distintos profesionales de dicho equipo tanto del funcionamiento del protocolo, como de la legislación vigente en España sobre MGF para una correcta ejecución. Esta formación la llevó a cabo la enfermera del Centro de Salud de Lorquí en uno de los colegios públicos del municipio, en Marzo de 2014.
3. La enfermera del Centro llevó a cabo la identificación de los casos de riesgo de MGF en Abril de 2014 mediante una entrevista con los padres, que duró de 20 a 30 minutos, en la que cumplimentó la **Hoja de Recogida de Datos (anexo I)** y realizó la revisión genital a las niñas. En esta entrevista, también evaluó los conocimientos de las familias, con casos de riesgo, sobre los efectos a corto y largo plazo que esta práctica podría causar a sus hijas. Y les informó tanto de los riesgos para la salud, como de la legislación vigente en España sobre MGF. Posteriormente comunicó el resultado al equipo multidisciplinar para realizar el seguimiento de los mismos.
4. Los casos en riesgo están bajo seguimiento por parte de los diferentes estamentos que componen el Equipo de Trabajo Multidisciplinar. Este seguimiento implica:

- Vigilancia y observación de estas niñas en sus centros escolares para identificar posibles comportamientos anormales en ellas, ausencias prolongadas u otros datos de interés.

- Citaciones periódicas, cada seis meses, por parte de los Servicios Sociales a modo de sondeo y para reforzar la información referente a consecuencias legales con respecto a esta práctica.

- Citaciones periódicas, cada seis meses, por parte de la enfermera o pediatra del Centro de Salud para realizar las revisiones físicas y la Educación para la Salud pertinentes.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Los **critérios de inclusión** fueron: niñas de 0 a 15 años, residentes en este municipio, de origen subsahariano y que no tuvieran practicada la MGF.

La **muestra** inicial formada por 7 niñas fue reducida posteriormente, se excluyó a 3 de ellas por no cumplir los criterios de inclusión (2 por estar mutiladas y 1 más por no residir en ese momento en el municipio, había regresado al país de origen con su madre durante tiempo indefinido), resultando una muestra final de 4 niñas.

El **instrumento** utilizado para la recopilación de datos fue un documento de elaboración propia, creado para tal fin, con preguntas abiertas y cerradas (**Hoja de recogida de datos para la identificación de niñas con riesgo de padecer MGF, anexo I**), cuya cumplimentación se llevó a cabo mediante entrevista realizada por la enfermera a los padres de las posibles niñas a incluir en el estudio, en el Centro de Salud de Lorquí en abril de 2014, tras contactar con las familias vía telefónica.

Las **variables** objeto de estudio fueron: país de procedencia, religión, edad, perspectivas de regreso al país de origen, conocimiento de la MGF, motivos por los que se practica, realización de MGF en el país de origen, consentimiento de realización de MGF a alguna hija, conocimiento de los riesgos para la salud que puede ocasionar esta práctica y conocimiento de la legislación vigente en España sobre MGF.

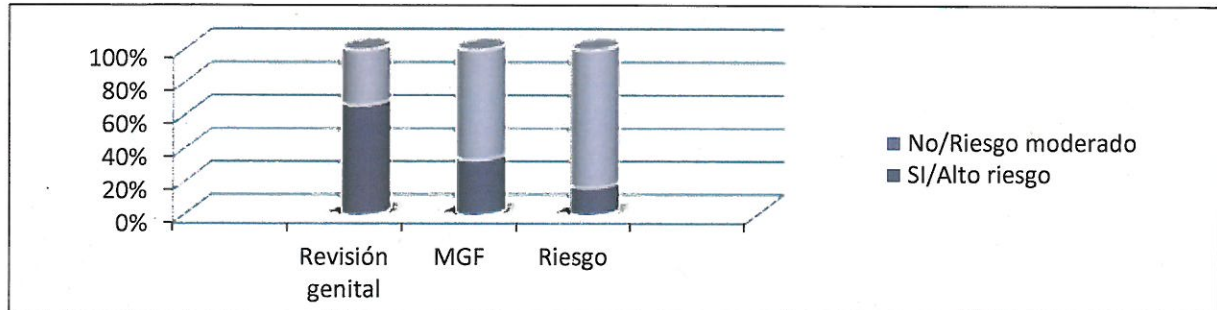
Al tiempo que se llevó a cabo la entrevista la enfermera también realizó un reconocimiento genital a las niñas, previo consentimiento de sus padres, para determinar si tenían practicada la MGF.

Al finalizar este proceso se realizó el análisis y estudio de los datos obtenidos, que fueron recogidos previo consentimiento verbal y sobre los cuales se asegura una total confidencialidad y protección ya que los datos más relevantes se registraron en la Historia Clínica informatizada del sujeto y todos los recogidos en soporte papel fueron destruidos tras su análisis. Posteriormente se plasmaron los resultados de este trabajo.

RESULTADOS.

De la muestra inicial constituida por siete niñas se excluye a una de 4 meses de edad, por encontrarse en su país de origen (Mauritania) en el momento del estudio. Su padre, que sí reside en el municipio ha accedido a acudir al centro de salud con su hija cuando regrese al pueblo, si se diera el caso.

Gráfico 1. Datos de MGF recogidos en el municipio de Lorquí



Fuente: Elaboración propia.

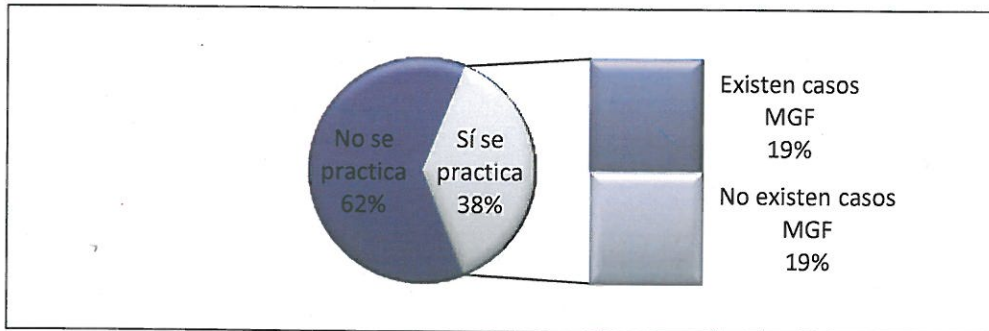
El 33% de las niñas, que pertenecen a una misma familia, a las que no se les realiza el reconocimiento genital por no autorizarlo su padre, presentan la MGF practicada según afirma éste, e informa que tanto a su mujer como a sus tres hijas mayores de 18, 14 y 11 años de edad se les realizó la práctica antes de que vinieran a España, hace alrededor de cinco años. Ante la imposibilidad de realizarles el examen físico no se ha podido constatar ni la realización de la práctica, ni en su caso, el tipo de MGF realizada. Las dos niñas menores de edad son excluidas del programa.

La muestra definitiva queda formada por 4 individuos procedentes de diferentes familias, 1 de procedencia senegalesa, 1 de Mali y 2 de padre senegalés y madre española, de las cuales una sola familia no tiene claro si volverá o no a residir en su país de origen, a diferencia del resto, que declara el no retorno.

11.1 Conocimientos y actitudes ante la MGF

El total de los entrevistados aseguran conocer la MGF y todos coinciden en que es un corte o extirpación del clítoris, pero ninguno sabe exponer los diferentes tipos de la misma. En cuanto a si saben por qué y para qué se practica, el 75% de ellos, que resultan ser los sujetos de origen subsahariano, hacen referencia a su cultura o a que se debe a un rito de presentación al pueblo. Del resto de los sujetos, que son españoles, la mitad responde que la MGF se lleva a cabo para evitar el placer sexual en la mujer y para que sea fiel a su marido, también expone que existen motivos religiosos. La otra mitad afirma no conocer los motivos por los que se practica.

Gráfico 2. Incidencia de MGF por familias



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se les pregunta si saben que la MGF está tipificada como violencia de género, si están al tanto de las leyes españolas que rigen esta práctica y si está penada por la ley, todos los sujetos declaran que sí. En cambio sólo la mitad de ellos afirman conocer los posibles riesgos para la salud, a corto y largo plazo, que la MGF puede ocasionar.

11.2 Creación del protocolo de actuación

Una vez valorada la situación en la que se encuentran las familias con riesgo de Lorquí en cuanto a prevalencia, conocimientos e intenciones, se crea el protocolo de actuación para la prevención de la MGF en el municipio. En el Centro de Salud se identifica a la población de riesgo mediante la cumplimentación de la **hoja de recogida de datos (Anexo I)** y el **reconocimiento genital** a la niña, acciones que lleva a cabo la enfermera. A su vez ésta **informará a los padres o tutores** de las menores sobre los riesgos para la salud que conlleva la práctica de la MGF, de las leyes vigentes en España que la regulan y de la existencia del protocolo de actuación coordinado por un equipo multidisciplinar. Mediante este proceso obtendremos dos posibles supuestos:

1. **CASO DE NIÑA MUTILADA**, que se pondrá en conocimiento de Servicios Sociales y Fiscalía del Menor. Para ello se utilizará la **hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil²⁰ (Anexo II)**, disponible en OMI-AP y que en el punto 16 de los indicadores, que hacen referencia al abuso sexual, dicta *"incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado otros síntomas o comentarios"*.
2. **CASO DE NIÑA NO MUTILADA**, se continuará el protocolo de seguimiento y vigilancia.

Una vez identificados los casos de riesgo, el personal del Centro de Salud lo comunicará al equipo multidisciplinar para proceder a la vigilancia y seguimiento de los mismos.

11.3 Alertas

Si existe el conocimiento o la sospecha de perspectivas de **viaje inminente** de alguno de los sujetos de riesgo a su país de origen, por parte de cualquiera de los estamentos del equipo

multidisciplinar, se activará el protocolo con la comunicación del posible viaje al resto del equipo. El personal de Asuntos Sociales conjuntamente con el personal del Centro de Salud le comunicarán a los padres o tutores de la menor la necesidad de que la niña acuda al Centro de Salud para que se lleve a cabo la exploración genital *pre-viaje*.

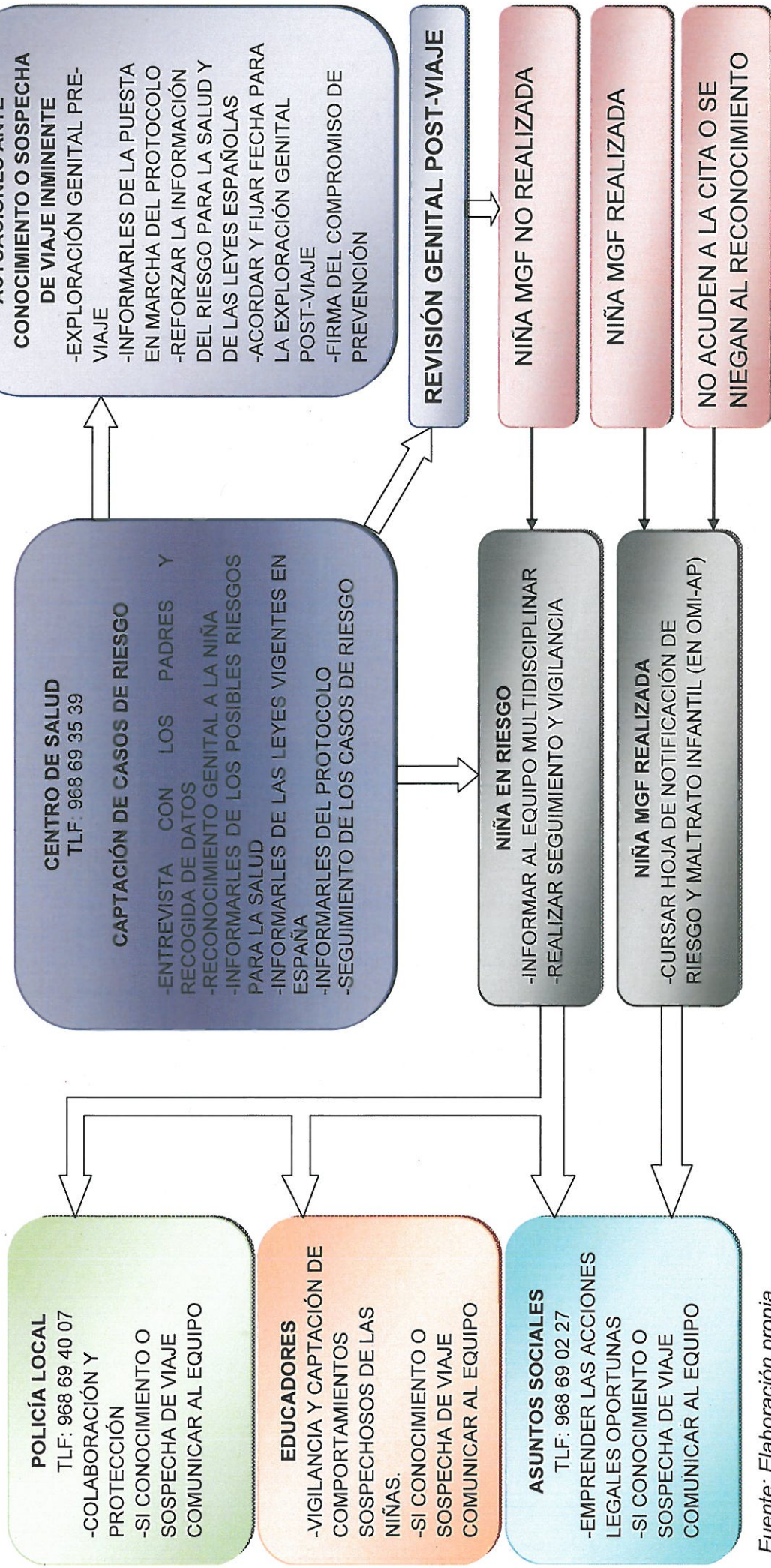
Al mismo tiempo que se realiza la **exploración**, se les **informará** que el protocolo de actuación se ha puesto en marcha y se reforzará la información relativa al riesgo para la salud de su hija y a las leyes españolas sobre la práctica de la MGF. También es en esta visita al Centro de Salud cuando se **acordará y fijará** la fecha para la exploración física *post-viaje* y se indicarán las posibles consecuencias legales que puede acarrear el no acudir a esta cita o negarse al reconocimiento de la niña.

Para minimizar la presión que ejercerá sobre los emigrados la familia en su país e intentar evitar la posible MGF, se les entregará una **carta de compromiso de prevención (Anexo III)** recogida del protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón², que deberán firmar, en la que se especifica que tras una revisión a la niña, no existe alteración alguna en la integridad de sus genitales así como que han sido informados de todo lo expuesto anteriormente.

Al realizar la exploración *post-viaje* volveremos a encontrarnos ante los dos supuestos anteriores, caso de niña mutilada y caso de niña no mutilada, donde se actuará como proceda en cada caso. Si la niña no acude a la cita o hay oposición por parte de los padres a que se realice el reconocimiento genital, se actuará de igual forma que en el supuesto caso de niña mutilada. Este protocolo de actuación está dirigido a profesionales de la salud, trabajadores sociales, educadores y al resto de profesionales que integran el equipo destinado a realizar el seguimiento y protección de los casos de riesgo de MGF.

Aproximadamente ocho meses después de poner en marcha este proyecto, un Juez de la Fiscalía del Menor de Molina de Segura (Fiscalía de referencia) dicta un auto en el cual se prohíbe la expedición del pasaporte de una de las menores incluidas en el protocolo (es la menor de cuatro hermanas, las tres mayores padecen MGF tipo II) hasta su mayoría de edad. En el mismo, también se obliga a la familia de dicha menor a que comunique cualquier cambio del domicilio familiar así como el deseo de abandonar el país de cualquier miembro de la familia. La Fiscalía del menor ha dictaminado que las tres hermanas mayores acudan a un programa para paliar las posibles secuelas psíquicas que las niñas puedan padecer.

Figura 1. Protocolo de actuación para la prevención de la MGF en atención primaria de salud



Fuente: Elaboración propia

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La bibliografía consultada pone de manifiesto la presencia cada vez mayor de niñas de familias procedentes de países subsaharianos donde la MGF es una tradición.

Sin embargo, existen pocos protocolos y guías de actuación que ayuden a los profesionales sanitarios a tomar decisiones orientadas a la identificación y prevención de esta práctica.

El presente trabajo propone un algoritmo para la identificación de las niñas en situación de riesgo de ser mutiladas genitales en el municipio de Lorquí, cuya implantación se ha puesto en marcha con la colaboración de un equipo multidisciplinar.

Podemos concluir que con este protocolo pueden quedar cubiertas las necesidades bio-psico-sociales de las niñas en riesgo de padecer MGF en el municipio.

La capacidad de que esta experiencia perdure es muy favorable, ya que el 7 de Julio de 2014 se publicó en el BORM la aprobación definitiva del reglamento de funcionamiento del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia de Lorquí, órgano de coordinación de las diferentes administraciones públicas y de participación de las entidades, asociaciones y organizaciones de iniciativa social que se ocupan e inciden en la calidad de vida de la Infancia y Adolescencia de Lorquí. Esto y el gran interés suscitado en todos los profesionales que integran este equipo prácticamente aseguran la continuidad en el tiempo de este proyecto.

A pesar de las limitaciones del presente trabajo, se han podido identificar futuras líneas de investigación y mejora en la lucha contra la MGF.

Es recomendable:

- **Implementar protocolos de actuación** en el mayor número de municipios posibles, con la finalidad de dar cobertura universal a los posibles casos de riesgo.
- **Desarrollar programas de formación** para los distintos profesionales encargados de llevarlos a cabo.
- **Poner en marcha programas y talleres** para informar a la población subsahariana de las consecuencias para la salud que conlleva la práctica de la MGF.
- **Realizar charlas** de educación para la salud en la escuela y en asociaciones impartidas por sanitarios, profesores, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, etc...

“Atención Primaria” es una revista que publica trabajos de investigación relativos al ámbito de la atención primaria de salud, y es el Órgano de Expresión Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Esta prestigiosa revista ha dado el visto bueno para la publicación de este proyecto en formato de Artículo Original en los próximos meses.