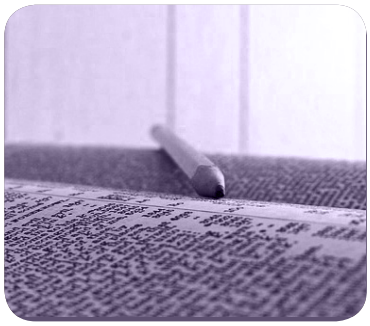
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Filosofía y Letras / 16-17

Estudios Interdisciplinares de Género

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

excelencia Campus Internacional UAM CSIC+



Conocimiento, actitudes y experiencias profesionales del servicio de matronas de hospital sobre la mutilación genital femenina

Irati Marzana

Zenitagoia

UAM EDICIONES

MÁSTER EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE GÉNERO

Año académico: 2016-2017

Conocimiento, actitudes y experiencias profesionales del servicio de matronas de hospital sobre la mutilación genital femenina

Realizado por: Irati Marzana Zenitagoia

Dirigido por: Consuelo Prado Martínez

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, me gustaría agradecer a la supervisora del servicio de matronas del Hospital Maternal del H. U. de La Paz, por facilitarme tanto el contacto con el personal del servicio y el trabajo realizado en el hospital. También, por supuesto, a todos/as los/as participantes del estudio, por la amabilidad y la predisposición que me han mostrado, a pesar de encontrarse en horas de trabajo y en muchas ocasiones muy atareadas/os.

Deseo mostrar también, un especial agradecimiento a mi directora y profesora Dra. Consuelo Prado Martínez, que durante todo el proceso de la elaboración del estudio me ha ofrecido su ayuda y su máximo interés por el trabajo realizado.

A mi tutora durante las prácticas en Médicos del Mundo, Yedra García, por mostrarme la realidad del fenómeno de la mutilación genital femenina y por motivarme para realizar este trabajo sobre el tema.

Finalmente, a todas las personas involucradas en llevar a cabo el Máster en Estudios Interdisciplinares de Género, por ofrecerme el marco que me ha permitido concienciarme de realidades que surgen a raíz de la jerarquía de género, que a menudo pasan desapercibidos, como la mutilación genital femenina.

RESUMEN

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF), considerada internacionalmente como una forma más de violencia de género con graves consecuencias para la salud de las mujeres, se ha convertido en una realidad extendida a todo el mundo industrializado.

Objetivo

Determinar los conocimientos, actitudes y percepciones del servicio de matronas de hospital del servicio público de salud, respecto a la MGF y las complicaciones asociadas a ella durante el parto**.**

Método

Estudio descriptivo, de tipo transversal y no experimental. El instrumento empleado para la recogida de datos es una encuesta de elaboración propia y la muestra se obtiene a través de un muestreo no probabilístico y de tipo casual.

Resultados

Participaron 52 profesionales del servicio de matronas del Hospital de La Paz, 46 (88,5%) mujeres, 5 (9,6%) hombres y un sujeto no respondía al género. El 25% define correctamente los tipos de MGF y el 98,1% no es capaz de identificar y distinguir los tipos. El 76,9% conoce al menos una complicación asociada al parto y el 42,3% menciona al menos un país donde se realiza la práctica. Existe una relación significativa entre la formación y el conocimiento de algún protocolo (p= 0,008) y los países de donde procede la práctica (p= 0,036).

Conclusiones

Se refleja una falta importante de conocimiento sobre la MGF, las complicaciones asociadas al parto y los protocolos de actuación, lo que evidencia la necesidad de ampliar la formación.

Palabras clave

Mutilación genital femenina, servicio de matronas, Comunidad de Madrid, formación sanitaria, protocolos de actuación.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN 6

1.1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO 6

1.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO 8

1.2.1. Objetivo general 8

1.2.2. Objetivos específicos 8

1.3. RELEVANCIA Y APORTACIÓN DEL ESTUDIO 9

1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO 13

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. CONTEXTUALIZANDO LA MGF 14

2.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA: Desde el Antiguo Egipto hasta la actualidad 14

2.2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA 16

2.3. RAZONES POR LAS QUE SE MANTIENE 17

2.3.1. Identidad cultural 17

2.3.2. Identidad sexual y razones psicosexuales 18

2.3.3. De higiene y estética 19

2.3.4. Basadas en la religión y en la mitología 19

2.3.5. Razones reproductivas y ginecológicas 19

2.3.6. Razones económicas 20

2.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO 20

2.4.1. Quién y a quién 20

2.4.2. El lugar 22

2.5. LAS CONSECUENCIAS DE LA MGF SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES 22

2.6. LA MGF COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO 24

2.7.DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MGF 25

2.7.1. Prevalencia mundial 25

2.7.2. La MGF en África 26

2.7.3. La MGF en España 29

2.7.3.1. Datos a nivel nacional 29

2.6.3.2. Datos de la Comunidad de Madrid 35

2.8. MEDIDAS ANTE LA MGF EN ESPAÑA: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN 39

2.8.1. Herramientas legislativas: Referencias de Derecho Internacional y el marco europeo. 39
2.8.2. Protocolos de actuación ante la MGF 44
2.8.2.1. Relevancia del sistema sanitario y formación y sensibilización 44
2.8.2.2. Atención durante el embarazo y el parto 46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS 51
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA 51
4.2. CONOCIMIENTOS 52
4.3. EXPERIENCIAS PROFESIONALES 54
4.4. FORMACIÓN RECIBIDA 57
4.5. ACTITUD 59
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 60
5.1. DISCUSIÓN 60
5.1.1. Interpretación crítica de los resultados 60
5.1.2. Limitaciones y futuras líneas de trabajo o actuación 66
5.2. CONCLUSIONES 67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69
DOCUMENTOS ANEXOS 74
ANEXO 1: Consentimiento informado. 74
ANEXO 2: Encuesta. 75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población femenina y población general procedente de países donde se practica la MGF residentes en España 33
Tabla 2. Población femenina entre 0-14 años y en edad fértil (15-49 años) procedente de países donde se practica la MGF y residentes en España 34
Tabla 3. Mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, procedentes de países donde se practica al MGF, por nacionalidad y grupo etario 36
Tabla 4. Mujeres procedentes de países donde se practica la MGF, residentes en el municipio de Madrid, por nacionalidad y prevalencia de MGF 38
Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra 51
Tabla 6. Características de los/as profesionales que alguna vez han asistido a una mujer durante el parto 56
Tabla 7. Conocimiento de protocolos de actuación según formación previa 58
Tabla 8. Conocimiento de los países donde se practica la MGF según formación previa 58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años sometidas a la MGF por países 28
Figura 2. Porcentaje de niñas mutiladas entre 0 y 14 años por países 29
Figura 3. Países donde se practica la MGF mencionados por los/as participantes..... 53
Figura 4. Complicaciones asociadas a la MGF durante el parto mencionados por los/as participantes 54
Figura 5. Profesiones y servicios que, según los/as participantes deberían ser parte del equipo interdisciplinar para el abordaje de la MGF. 59

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La terminología empleada para referirse a la mutilación genital femenina ha sido muy variada, y se han utilizado nombres como "circuncisión femenina" o "ablación", términos relativistas que ocultan la violencia y a agresión que conlleva la práctica. Con frecuencia, el término circuncisión femenina ha sido empleado para referirse a la práctica de la mutilación genital femenina, asemejándola a la circuncisión masculina. A pesar de que ambas prácticas supongan la eliminación de un tejido sano, la mutilación genital femenina se diferencia por su gravedad y graves consecuencias, así como por el mensaje asociado. En algunos ámbitos académicos se puede encontrar el uso del término Female Genital Cutting, traducido al castellano como Cortes Genitales Femeninos, para referirse a esta práctica de forma más respetuosa y evitar la estigmatización y los juicios sobre la misma (UNAF, 2013).

Desde los movimientos que defienden los derechos de las mujeres, se refieren a estas prácticas como Mutilaciones Genitales Femeninas, una expresión que engloba todos los tipos y pone el énfasis en la vulneración de los derechos fundamentales – pues atenta contra la integridad física y psíquica –, y en el acto de "amputar" una parte funcional y sana de cuerpo de las mujeres (UNAF, 2013). De esta manera, tanto para la búsqueda bibliográfica como para la realización del presente trabajo se ha optado por el uso del término "mutilación genital femenina".

La mutilación genital femenina (MGF en adelante), definida como el conjunto de prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o cualquier otra razón no terapéutica (OMS, 2012), es una de las costumbres tradicionales perjudiciales más extendidas y practicadas del mundo actual (WHO, 2001).

La mayoría de mujeres y niñas afectadas por la MGF provienen de la región de África Subsahariana, pero también se practica en algunas zonas de Oriente Medio y Asia (UNAF, 2013), e incluso se han encontrado huellas en ciertas poblaciones indígenas de América Latina (García, 2016).

Los movimientos migratorios y los procesos de globalización han supuesto la extensión de la MGF a los países occidentales más industrializados, un hecho que obliga a los estados a tomar medidas para su erradicación, como en el caso de España, donde esta

práctica constituye un delito de lesiones tipificado y sancionado en el ordenamiento jurídico. Sin embargo, el amparo de la legislación es necesario pero no suficiente, pues se trata de una realidad que requiere un abordaje integral (Jiménez, Pastor, Almansa y Ballesteros, 2014). De esta manera, ciertos sectores sociales y profesionales se han visto obligados dotarse de capacidades para abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas (Jiménez, Almansa, Pastor y Pina, 2012).

Cabe destacar que, para realizar este estudio se parte de la premisa del respeto a la libertad e identidad cultural, pero sin sobrepasar los valores de los derechos fundamentales de las personas. Así pues, se considera que la MGF atenta directamente contra los derechos humanos de las mujeres y constituye una forma más de violencia de género, siendo una práctica basada en creencias y convicciones que surgen de las relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres (Marchal, 2011). Por tanto, ningún tipo de respeto y/o relativismo cultural puede justificar el mantenimiento de esta práctica.

Los servicios públicos de salud y especialmente la atención primaria, se considera uno de los niveles asistenciales mejor situados para el planteamiento del abordaje preventivo de la MGF (Kaplan, Toran, Bedoya, Bermúnez, Moreno y Bolívar, 2006). Para la labor preventiva y asistencial, se les concede especial relevancia a las enfermeras de pediatría y familia y a la matronas, abarcando tanto la atención primaria como la especializada (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Se entiende que el abordaje de esta problemática desde los servicios de salud y desde la Enfermería en particular, supone un importante y dificultoso reto, pues se enfrenta a un fenómeno que responde a tradiciones ancestrales con un fuerte arraigo identitario y cultural en las comunidades donde se practica.

Por lo tanto, desde la disciplina Enfermera e interés por la aplicación transversal de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la vida cotidiana, el presente trabajo pretende ofrecer una aproximación a la MGF, así como el estudio del conocimiento y la actitud que el servicio de matronas tiene sobre el tema.

1.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La bibliografía consultada para la elaboración del presente estudio visibiliza la realidad de la MGF en España y las graves consecuencias de esta práctica durante el parto, tanto para la mujer como para el recién nacido; a su vez, pone de manifiesto la multiplicidad de factores existentes para el mantenimiento de la práctica de la MGF. De esta manera, y después de la exploración sistemática de la bibliografía consultada, se evidencia la necesidad de tomar medidas preventivas y terapéuticas, y surgen lagunas que evidencian la necesidad de su estudio, orientado a las actuaciones llevadas a cabo para el abordaje de la problemática. Nace así, la siguiente hipótesis:

- **Las iniciativas del Gobierno para el abordaje de la MGF no son suficientes para formar al servicio de matronas y capacitar a las/os profesionales de cara a la asistencia al parto de una mujer sometida a la MGF.**

Esta hipótesis guía la elección metodológica del estudio y a raíz de ella surgen los objetivos generales y específicos.

1.2.1. Objetivo general

La hipótesis que se plantea a partir de la necesidad de estar alerta y tomar medidas para la prevención de las complicaciones asociadas a la MGF durante el parto, orienta el planteamiento del objetivo general:

- **Determinar los conocimientos, actitudes y percepciones del servicio de matronas de servicio público de salud – tomando como referencia el Hospital Universitario de la Paz –, respecto a la MGF y las complicaciones asociadas a ella durante el parto.**

1.2.2. Objetivos específicos

Para concretar el objetivo general, se plantean algunos objetivos específicos, que sirven como enlace del proceso de investigación para la consecución del mismo.

1- Conocer si los/as profesionales se han formado sobre la MGF.
2- Casos detectados entre los/as profesionales.
3- Explorar el conocimiento de los profesionales sobre algún protocolo de actuación frente a la MGF.
4- Analizar el conocimiento sobre las consecuencias de la MGF durante el parto.
5- Conocer la capacidad de definir e identificar los distintos tipos de MGF.

6- Analizar el conocimiento que los/as profesionales tienen sobre los países donde se realiza la práctica.
7- Determinar el interés y la percepción que tienen los/as profesionales sobre la necesidad de ampliar su formación sobre el tema.
8- Analizar la eficiencia de transmisión de información entre los diferentes servicios de obstetricia y parto (entre atención primaria y especializada).

A través del análisis de los distintos aspectos mostrados anteriormente, se tratará de proporcionar información y una valoración acerca del conocimiento que el servicio de matronas tiene sobre la MGF y las complicaciones asociadas a ella.

1.3. RELEVANCIA Y APORTACIÓN DEL ESTUDIO

La MGF, más allá de una práctica cultural, es reconocida internacionalmente como un problema global (Grande, Ruiz y Hernández, 2013), pues los flujos migratorios hacen que no sea una práctica confinada a determinadas zonas geográficas de donde procede, sino que se pueden encontrar casos en todo el mundo.

Más concretamente, de los/as más de 6 millones de extranjeros/as que residen actualmente en España, aproximadamente 58.000 mujeres son procedentes de países donde se realiza la MGF (Alcón, Jiménez, Pastor y Almansa, 2015) y son once las comunidades autónomas que superan las mil mujeres de este colectivo, entre las que se encuentra la Comunidad de Madrid (Kaplan y López, 2013). Por tanto, no cabe duda de que en España residen mujeres sometidas a la MGF y es evidente que acuden a los servicios públicos sanitarios en distintas etapas de la vida, como en el embarazo o el parto.

Las MGF causa un fuerte impacto sobre la salud y el cuerpo de las mujeres, pues sufren consecuencias tanto a corto, como a largo plazo, con secuelas para toda la vida. Las consecuencias asociadas a esta práctica son muy diversas y de distinta gravedad y se agrupan en cinco tipos: las consecuencias físicas, que se dividen en las que aparecen a corto plazo – como la muerte por hemorragia masiva –, y las de a largo plazo, como las infecciones urinarias recurrentes. También se evidencian consecuencias sexuales, entre las que destacan el vaginismo y la anorgasmia, ginecológicas (imposibilidad para el uso de tampones y anticonceptivos femeninos como el DIU, etc.), psicológicas, un ámbito donde la bibliografía destaca que casi la totalidad de las mujeres sometidas a la MGF sufre terrores nocturnos y obstétricas (García, 2016).

Las denominadas complicaciones obstétricas hacen referencia a aquellas que aparecen durante el parto y el periodo inmediato a éste. Existen varios estudios que demuestran que las mujeres sometidas a la MGF tienen una probabilidad claramente más elevada de sufrir complicaciones obstétricas que aquellas que no la han sufrido, especialmente en casos de Tipo II y III. Entre dichas consecuencias destacan, la mayor probabilidad de cesárea y mortalidad materna, más hemorragias postparto, aumento del número de desgarros y episiotomías y alta probabilidad de hospitalización prolongada. Pero el impacto de la MGF durante el parto no sólo afecta a la mujer, pues existe un importante aumento de la tasa de reanimación y mortalidad neonatal en mujeres sometidas al ritual (García, 2016).

Además de suponer secuelas constantes y permanentes para el cuerpo y la vida de las mujeres, la MGF es una práctica que favorece la construcción social y conservación de las relaciones jerárquicas de dominación-sumisión entre hombres y mujeres (Jiménez, 2015), bajo el amparo de una sociedad regida por el androcentrismo y el sistema patriarcal.

Por todo ello, es muy importante realizar un trabajo consciente y riguroso, de formación y sensibilización, tanto con el colectivo directamente afectado, como con los/as profesionales de primera línea que trabajan con las familias y las mujeres de este colectivo: sanitarios, educadores y trabajadores sociales (Toran, Kaplan, Bermúdez y Castany, 2006). A su vez, para el abordaje preventivo y terapéutico eficaz, se debe garantizar una coordinación adecuada entre los distintos servicios (Kaplan et al., 2006).

Más allá de promover cambios legislativos en consonancia con las orientaciones internacionales para la erradicación de la MGF, parece evidente que en España, el Gobierno ha comenzado a tomar cierto compromiso con el abordaje de la problemática. En este sentido, la Fundación WASSU-UAB[1] elaboró – bajo la coordinación de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género – un informe llamado "La mutilación genital femenina en España[2]", donde se señala que la problemática de la MGF deberá ser abordada desde los servicios de salud, los servicios sociales y servicios de educación. Cabe destacar que este documento otorga a la Atención Primaria de Salud

[1] Página web disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/index.html#

[2] Accesible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf

un papel fundamental en esta labor, por su proximidad a las familias procedentes de países donde se realiza la MGF a lo largo de todo el ciclo vital.

Algunos estudios realizados en España sobre el conocimiento del personal sanitario acerca de la MGF muestran la necesidad de trazar un camino hacia la formación de profesionales sanitarios tanto de atención primaria como de la especializada. Un estudio realizado en la comarca de Maresme (Barcelona) por Kaplan, Toran, Moreno, Castany y Muñoz (2009), trata de valorar a través de una encuesta, el conocimiento y las actitudes que los profesionales sanitarios de atención primaria (matronas, enfermeros/as y médicos/as de pediatría, ginecología y medicina general) tenían respecto a la MGF. Dicha encuesta se realizó primero en 2001, donde participaron 225 profesionales. En 2002 la Generalitat de Catalunya editó un protocolo de actuación para prevenir la mutilación genital femenina y en el año 2004 se volvió a repetir la encuesta, dentro del mismo estudio, con una participación de 184 profesionales. En los resultados obtenidos en 2001, se observa que alrededor de un 98% de los/as encuestados/as refieren saber lo que es la MGF. Sin embargo, sólo un 40% identificaba correctamente los distintos tipos y las personas capaces de identificar los países donde se realiza la práctica no llegaban al 25%.

Los resultados de otro estudio realizado en la provincia de Sevilla, con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y experiencias del servicio de matronas de atención primaria sobre la MGF, mostraban que los/as participantes tenían una percepción subjetiva del 100% de qué es la MGF, pero sólo un 41% identificaba correctamente los tres tipos. A su vez, el 72% creía conocer los países donde se practica, de los cuales sólo un 27% los identificaba correctamente y el 26,4% declaraba no tener conocimientos al respecto. Además, el 98,4% afirmaba no conocer ningún protocolo de actuación ante un caso de MGF y sólo 6 de las 80 matronas encuestadas afirmaba haber detectado algún caso.

Finalmente existe un estudio realizado en 2011 en la provincia de Valencia por García y Sánchez (2013), donde participaron 110 matronas, ginecólogos/as y pediatras de atención primaria y hospitales públicos y privados. Según los resultados obtenidos, 104 sujetos (94,5%) consideraba conocer en qué consiste la MGF, pero sólo el 60,5% respondió correctamente y el 80% refirieron no saber distinguir los distintos tipos.

El 53% de las personas encuestadas no conocía las posibles consecuencias de la MGF, frente a un 57% que sí. Ningún sujeto participante mencionó las complicaciones

obstétricas y las más descritas fueron las complicaciones sexuales, seguidas de infección, dolor, consecuencias psicológicas, complicaciones ginecológicas, hemorragia, complicaciones urinarias, desgarro y muerte (García y Sánchez, 2013).

Con respecto a la detección de casos y abordaje del problema, 29 profesionales (26,3%) habían atendido alguna vez un caso de MGF, de los cuales el 48% ignoró la situación. A su vez, el 71,8% manifestaba no haber recibido ninguna formación y se evidenciaba un desconocimiento absoluto de los protocolos de actuación (García y Sánchez, 2013).

En definitiva, los estudios realizados en España sobre el conocimiento, la experiencia y la actitud del personal sanitario ante la MGF son escasos y sólo existe uno que recoge en su muestra a profesionales de atención especializada (García y Sánchez, 2013). A su vez, en dichos estudios se visibiliza la falta de conocimiento del personal sanitario acerca de la MGF y la deficiente capacidad de identificar y definir los tipos, así como la escasa detección de casos.

Entre los estudios realizados en España y analizados para el presente trabajo, sólo uno analiza el conocimiento de los/as participantes sobre las consecuencias de la MGF. Se trata de algo especialmente remarcable, pues el conocimiento de las consecuencias y complicaciones asociadas a la MGF por parte de los/as profesionales, se considera un paso necesario para garantizar un abordaje terapéutico y preventivo eficaz.

Frente a este panorama, en 2015 se presenta el "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina[3]", el primer protocolo nacional para la formación y sensibilización de profesionales en la lucha contra la MGF, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En lo que respecta al presente estudio, lo más destacable del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina es que contiene un apartado específico dedicado al procedimiento y los cuidados terapéuticos y preventivos a llevar a cabo durante el embarazo, el parto y el puerperio de una mujer sometida a la MGF. A su vez, cabe destacar que en la Comunidad de Madrid se da en el 2017 un primer paso en la articulación de una respuesta colectiva, integradora e institucional frente a este problema de salud pública, con la publicación de la Guía de actuaciones sanitarias

[3] Accesible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid[4], un documento que también recoge recomendaciones para la prevención y el abordaje de la MGF durante el embarazo, el parto y el postparto.

1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El resultado obtenido de la búsqueda bibliográfica, el estudio de la metodología aplicada, la recogida de datos y análisis y descripción de los mismos, quedan plasmados en torno a cinco grandes capítulos.

El trabajo comienza con un primer capítulo de *"Introducción"*, en el que se han plasmado los principales objetivos del estudio y se ha intentado realizar una justificación de la necesidad de este tipo de estudios en España, así como del importante papel que juega el personal sanitario – más concretamente el servicio de matronas – en el abordaje de la MGF. Asimismo, se ha considerado necesario realizar un acercamiento previo al marco teórico, a través de la definición de la terminología y la presentación de los estudios previos llevados a cabo en España.

En el segundo bloque, bajo el título de "Marco teórico. Contextualizando la MGF", se recogen los fundamentos teórico-conceptuales que guían la investigación, comenzando con una aproximación histórica de la MGF, seguida de la definición de la práctica y las distintas tipologías, la presentación de las razones por las que se mantiene, algunas características del procedimiento y sus consecuencias para la salud de las mujeres. A su vez, se considera pertinente añadir un apartado sobre el reconocimiento internacional y nacional de esta práctica como una forma de violencia de género. El capítulo sigue con la descripción de la distribución geográfica de la MGF, a nivel mundial, en África y en España y termina con las medidas preventivas y de intervención llevadas a cabo en España, apartado que se divide en medidas legislativas y protocolos.

En el tercer capítulo se describen los aspectos metodológicos, donde se justifica la metodología aplicada, con la presentación del diseño del estudio, el muestreo para la captación de participantes y la descripción de los procedimientos e instrumentos empleados, así como de los criterios de análisis.

[4] Disponible en: http://lasexologia.com/wp-content/uploads/2017/06/Guia-Actuaciones-Sanitarias-MGF-CM-2017.pdf

En el cuarto capítulo se recogen los principales resultados obtenidos durante el estudio, los cuáles se dividen en cinco grupos: las características de los/as participantes, conocimientos, experiencias profesionales, formación recibida y actitud.

Para terminar, el quinto capítulo comienza con la discusión, donde se realiza una interpretación crítica de los resultados y se muestran las limitaciones del estudio y las futuras líneas de trabajo. Por otro lado, para terminar con el capítulo se definen las principales conclusiones extraídas a partir de los resultados y su interpretación crítica.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. CONTEXTUALIZANDO LA MGF

Para comprender de la mejor manera e integral posible la problemática que la MGF plantea en España, se considera necesario profundizar en los aspectos culturales, geográficos, etnográficos y antropológicos que engloban la realidad de esta práctica. Por tanto, se tratará de mostrar, entre muchos otros aspectos, la dimensión geográfica que alcanza hoy en día la realización de este ritual, la tipología de las MGF y el entramado sociocultural que mantiene y legitima esta práctica tan lesiva para el cuerpo y la salud de las mujeres.

2.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA: Desde el Antiguo Egipto hasta la actualidad

El origen y la procedencia de la MGF aún constituye un debate en la actualidad. Algunos/as autores/as coinciden en que su aparición es anterior a la irrupción de las grandes religiones monoteístas y señalan que posiblemente su origen sea un rito pagano secundario a la circuncisión masculina (Jiménez, 2015).

Según los historiadores, la MGF era una práctica habitual entre los egipcios, fenicios, hititas y etíopes durante el siglo V a. C. y existe referencia a ella en el papiro egipcio Harris, donde se habla de que: *"las diosas Anat y Estaré debían ser cerradas de su vulva, Horus las sellaba y Set las abría"* (Castañeda, 2003, p.30). En este texto, Castañeda relaciona el origen asiático de estas diosas con el origen de la MGF. Aunque el contacto que los egipcios tuvieron con el interior de África podría señalar que la práctica comenzó entre los masai de Kenya o que la fuerte influencia Nubia durante las últimas dinastías egipcias fue la que incorporó la MGF entre los siglos XI y VI a.C. Cabe destacar que una de las primeras referencias a la MGF aparece en un papiro griego que data del siglo II a.C. (Jiménez, 2015).

Por otro lado, Adam (2004) atribuye el origen de esta práctica a las sociedades egipcias, desde donde se fue extendiendo por las sociedades tribales africanas. La socióloga egipcia Marie Assad apoya esta hipótesis y señala que la existencia de momias con signos de MGF es una prueba más que contundente para afirmar que era una práctica habitual en el Antiguo Egipto y que allí es donde tuvo su inicio (Jiménez, 2015). Esta teoría también podría quedar avalada o reforzada por la expresión de "circuncisión faraónica", utilizada para denominar la MGF, lo que incita a la conclusión de que la práctica se desarrollara principalmente en la época de los faraones. Más adelante, la aparición del término "infibulación" podría atribuirse a la época de la Antigua Roma, que proviene de la palabra "fíbula", nombre del broche con el que se cerraban la toga. La interpretación que surge de esto es que mediante la infibulación cerraban los órganos genitales femeninos, para paliar la preocupación de padres y madres para mantener a sus hijas vírgenes hasta el matrimonio (Jiménez, 2015).

Para explicar la propagación de este ritual existen principalmente dos teorías. Por un lado, el auge de la civilización egipcia podría explicar que la practiquen los cristianos coptos de Egipto y Sudán, los judíos falaixa de Etiopía y tribus de África de culto animista. Por otro lado, cabe la posibilidad de que los árabes aprendieran la práctica durante la conquista del norte de África e ir extendiéndose paulatinamente por proximidad geográfica (Jiménez, 2015).

En un contexto occidental (Europa y EEUU) la clitoridectomía o la MGF Tipo I se desarrolló más recientemente, durante los siglos XVII, XVIII, XIX Y XX. En este caso, la práctica de la MGF estaba dirigida a la prevención y curación de algunas enfermedades calificadas en la época como "enfermedades nerviosas propias de la mujer", como la histeria, epilepsia, migrañas, ninfomanía e incluso la masturbación femenina y el lesbianismo (Jiménez, 2015).

Todos estos sucesos relacionados con la MGF, su origen y su extensión, demuestran que ha sido una práctica ejercida en distintas zonas geográficas con fundamentaciones muy diversas. A su vez, queda claro que no fue el Islam quien introdujo las MGF en África, pues esta práctica ya se ejercía de antes. Son por tanto, prácticas tribales que en algunas comunidades islámicas – no en todas – han encontrado aceptación, sin evidencia histórica alguna de una correlación entre la religión y la difusión de la práctica de la MGF (Emakunde y Osakidetza, 2016).

2.2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mutilación genital femenina (MGF) como todos los procedimientos que involucren la extirpación parcial o total de los órganos genitales femeninos externos o cualquier otro daño que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales de la mujer (López-Fando y García de Herreros, 2014).

Se distinguen distintos tipos de MGF dependiendo del área o tejido lesionado, lo que a su vez está directamente relacionado con el grado de violencia o agresividad de las lesiones y sus consecuencias. La OMS modifica en 2008 la clasificación establecida en 1995, añadiendo subdivisiones dentro de los cuatro tipos de MGF, que siguen actualmente vigentes y se verán a continuación.

En primer lugar, se encuentra la denominada clitoridectomía (Tipo I), que se divide en Tipo Ia, en caso de resección del prepucio del clítoris solamente y en Tipo Ib, cuando existe una resección total del clítoris con el prepucio (OMS, 2008). Se considera el tipo menos grave y violento (De Arriba, 2010).

La MGF Tipo II, también llamada ablación o escisión, se subdivide en tres grupos: El Tipo IIa consiste en la resección parcial o total de los labios menores solamente, mientras en el Tipo IIb, a la anterior se le añade la resección total o parcial del clítoris. En el Tipo IIc, se realiza la resección total o parcial del clítoris y los labios menores y mayores (OMS, 2008).

También existen subdivisiones de la MGF Tipo III, denominada infibulación, donde se distinguen entre el Tipo IIIa, que consiste en la resección y recoloración de los labios menores (estrechamiento del orificio vaginal cosiendo juntos los labios menores y dejando un pequeño orificio) y el Tipo IIIb, la resección y la recoloración o unión de los labios mayores. Puede o no llevar consigo la escisión del clítoris (OMS, 2008). Es la tipología más grave y agresiva y se corresponde con un 20% de las mutilaciones (García, 2016).

La MGF Tipo IV es la categoría que asume todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos (OMS, 2008). Este tipo de MGF está más extendida en las sociedades occidentales y se han descrito una gran variedad de prácticas, con distintos grados de severidad, entre los que se encuentran la perforación – el anillamiento y/o incisión del clítoris y/o de los labios vaginales – (García, 2016),

cauterización, raspado y cortes (López-Fando y García de Herreros, 2014). La OMS (2008) afirma que las razones, el contexto, las consecuencias y los riesgos de estas prácticas asimiladas dentro del Tipo IV pueden variar enormemente y asegura que los estudios dirigidos a conocer la realidad de estas prácticas son menores, por lo que el conocimiento sobre ellas también es considerablemente menor.

Cabe destacar que el presente trabajo se centra en las MGF del Tipo I, II y III, aquellas que, a raíz de los flujos migratorios, sitúan a los países occidentales ante una realidad que choca con la cultura y la legislación local y que debe ser abordada para proteger los derechos fundamentales de las mujeres y de las niñas procedentes de países donde esta práctica tiene un fuerte arraigo cultural.

2.3. RAZONES POR LAS QUE SE MANTIENE

La MGF es una tradición con un fuerte arraigo cultural y las razones que aducen tanto los hombres como las propias mujeres que mantienen, reivindican, defienden y/o ejecutan la práctica de la MGF, son muy diversas y se pueden clasificar en distintos grupos que engloban una gran variedad de creencias (Jiménez, 2015).

2.3.1. Identidad cultural

La MGF, en la mayoría de los casos es un rito de iniciación – al igual que la circuncisión masculina –, que significa el paso de la infancia a la pubertad, considerada el primer estadio de la edad adulta. Los ritos de iniciación se constituyen de tres pasos. En primer lugar, en la fase de separación, los y las iniciados/as son separados/as de la comunidad y se les realiza la circuncisión. De esta manera, se simboliza la ruptura con la etapa anterior – la infancia –, a través de la marca del corte del prepucio o la escisión del clítoris, la sangre y las muestras de dolor. La duración de la segunda fase – la marginación – depende del proceso de aprendizaje de los y las iniciados/as y del tiempo de cicatrización de la herida, que en el caso del corte del prepucio suele tratarse de unas dos semanas, mientras que en el caso de las niñas esta etapa se prolonga habitualmente entre dos y ocho semanas. En esta fase de fuerte contenido cultural, cada iniciado/a desarrolla unos aprendizajes propios que caracterizan y diferencias a cada uno de los grupos y se les transmiten las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo. Por último, en la fase de agregación, se celebra una fiesta donde se presentan a los/as iniciados/as como nuevos miembros del grupo, con sus nuevos roles y categorías

sociales. Se trata por tanto, de un festejo que simboliza o representa la legitimación, el reconocimiento y la aceptación por parte de la comunidad (Kaplan y Bedoya, 2006).

Desde una perspectiva antropológica, la MGF es una práctica de profundas raíces sociales y culturales, a partir del cual las mujeres construyen su identidad étnica y de género (Kaplan y Bedoya, 2006) Por tanto, la identidad cultural podría considerarse el fundamento que más caracteriza a la MGF, pues ésta se compone de los conocimientos aprendidos de las costumbres y tradiciones de la comunidad a la que pertenece la mujer o la niña. Varias personas expertas aseguran que en muchas poblaciones, es un paso necesario para que las niñas y las mujeres se integren en la comunidad, pues entre otras muchas cosas, constituye una acción necesaria para la preparación de la vida adulta y el matrimonio, y es una muestra de fidelidad a la tradición y el grupo de pertenencia (García, 2016). A consecuencia de esto y otras creencias socioculturales[5] que la refuerzan, las mujeres que no están mutiladas son sometidas a una fuerte estigmatización que las excluye del grupo, mientras que las mujeres a las que se les practica la MGF se convierten en miembros del grupo (De Arriba, 2010).

2.3.2. Identidad sexual y razones psicosexuales

La adquisición de la identidad sexual está muy ligada a la anterior, pues ambas se consolidan en la ceremonia de iniciación (De Arriba, 2010).

Según ciertas creencias de estos colectivos, los órganos genitales femeninos son partes masculinas en el cuerpo de una mujer (De Arriba, 2010) y si no se cortan, podría crecer más que los genitales masculinos, desafiando la autoridad de los varones (García, 2016). De esta manera, piensan que es necesario realizar la MGF para el equilibrio de la feminidad y que las mujeres asuman el rol social que se les asigna en la comunidad (De Arriba, 2010).

Parece que otro de los razonamientos fundamentales para realizar esta práctica es el control de la sexualidad de la mujer, pues varias comunidades lo relacionan con la mitigación y el control del deseo sexual de la mujer, la virginidad prematrimonial, la prevención de la promiscuidad y la fidelidad matrimonial (García, 2016).

[5] Algunos de los razonamientos socioculturales que refuerzan la legitimación de este rito son los siguientes: la creencia de que si la mujer no está mutilada no es plenamente una mujer, la MGF incrementa la feminidad, sinónimo de docilidad y obediencia, evita que sean mujeres vagas y que la mujer no mutilada pierde su capacidad e instinto para criar a sus hijos e hijas (García, 2016).

2.3.3. De higiene y estética

La cuestión de la higiene constituye una de las principales razones para el mantenimiento de la práctica. El pensamiento de que los genitales femeninos son poco limpios parece otra razón que legitima su eliminación, en este caso para la promoción y el mantenimiento de la higiene (García, 2016). Así pues, en muchos lugares se refiere a la mutilación genital de las mujeres como rito de purificación, acompañado de discursos donde la limpieza y la higiene son dos factores que se muestran de forma sistemática (De Arriba, 2010).

Por consiguiente, en algunas comunidades las mujeres no mutiladas son consideradas mujeres sucias, son excluidas y no se les deja manipular alimentos o agua (De Arriba, 2010).

Al mismo tiempo, se cree que se elimina una parte antiséptica o sucia del cuerpo de la mujer para hacerla más bella y proporcionarle atractivo estético (García, 2016).

2.3.4. Basadas en la religión y en la mitología

Aunque no haya una relación directa entre la religión y la MGF – pues no existe ninguna mención a este rito ni en el Corán ni en ningún manuscrito religioso –, en los últimos años ha ido adquiriendo importancia, de manera que, las mujeres que no están mutiladas tienen prohibido rezar en algunas poblaciones (De Arriba, 2010). También se considera un sacrificio que deben realizar las mujeres para lograr la protección o la bendición de la virginidad (García, 2016).

Al mismo tiempo, existe la creencia de que las mujeres nacen endemoniadas, pues en el clítoris se alberga un espíritu maligno, por lo que es necesario extirparlo para la purificación (García, 2016).

2.3.5. Razones reproductivas y ginecológicas

En algunas sociedades se cree que la MGF previene el cáncer vaginal (García, 2016), aumenta la fertilidad, hace que el parto sea más fácil y seguro, e incluso, algunas creencias mantienen que el clítoris puede provocar la muerte del bebé si lo roza durante el parto (Adam, 2004). Partiendo de esta base, piensan que la MGF es favorable para el parto y que la extirpación del clítoris es necesaria para garantizar el buen estado de salud del recién nacido.

2.3.6. Razones económicas

En este apartado existen intereses desde distintas partes involucradas en la práctica de este ritual. Por un lado, el matrimonio supone la supervivencia económica de la niña – incluso en muchas ocasiones de la familia – y si la mujer no está mutilada, no podrá casarse. Por otro lado, el propio ritual de iniciación constituye una fuente de ingresos para la familia, pues se hacen fiestas a las que se deben llevar regalos o dinero para poder asistir (García, 2016). Al mismo tiempo, a las mujeres mutiladas se les proporcionan regalos cuando cicatrizan y se reincorporan a la comunidad.

Además de esto, no se debe olvidar que, las personas que realizan la MGF reciben una compensación económica o bienes en especie, de manera que, en la mayoría de los casos suele ser su medio de vida (García, 2016).

2.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

Amnistía Internacional (1998) sostiene que los distintos aspectos que acoge el procedimiento de la práctica de la MGF, como la persona encargada de realizarla, el lugar o la edad de la niña o la joven sometida, varían según diversos factores, como el grupo étnico al que pertenece, el país de origen, si se encuentran en una zona rural o urbana y la situación socioeconómica de la familia.

2.4.1. Quién y a quién

En la mayoría de los países involucrados en esta práctica, usualmente son las circuncidadoras tradicionales las encargadas de realizar las MGF (UNICEF, 2013). Son en su mayoría mujeres de edad avanzada y con autoridad dentro de la comunidad y generalmente suelen tener otras funciones importantes – como son las comadronas/parteras tradicionales sin titulación profesional o una mujer anciana del grupo (UNAF, 2012) –, y obtienen remuneración de cada MGF que realizan, convirtiéndose en su medio de vida y subsistencia (De Arriba, 2010).

En algunos países existe un número importante de profesionales de la salud – mayoritariamente médicos, enfermeras y matronas especializadas –, involucrados en la práctica de la MGF, un fenómeno que se da principalmente en aquellos países o regiones con cobertura sanitaria, como es el caso de Egipto, Sudán y Kenya (UNICEF, 2013). Se observa que la medicalización de este rito va en aumento y la OMS afirma que el 18% de las MGF son practicadas por profesionales sanitarios, y en el caso de Egipto esta cifra alcanza ya el 80%. UNICEF (2013) apunta a que muchas familias se

dirigen a profesionales de la salud basándose en la confianza de que de esta manera se pueden prevenir algunas de las complicaciones inmediatas asociadas a la práctica. De todos modos, cabe señalar que el hecho de que sea realizada por el personal sanitario le confiere legitimidad (García, 2016), lo que aumenta aún más las dificultades para su erradicación.

La MGF es practicada sin ningún tipo de duda por expresa voluntad y convicción de madres, padres y de la comunidad. Sin embargo, una característica indudable de este problema que atenta contra el cuerpo, la integridad y los derechos humanos de las mujeres es la invisibilización de los hombres, como si no fuesen partícipes de esta forma de discriminación y violencia, aunque sean ellos los que poseen el poder decisional real (Emakunde y Osakidetza, 2016). Además de esto, en algunos sitios como en Nigeria, la MGF es realizada por hombres, quienes pueden ser curanderos, barberos, herreros, etc. (García, 2016).

Los datos sobre la edad en la que se practica la MGF son muy válidos para identificar a las niñas y mujeres que se encuentran en riesgo de ser sometidas a la práctica. La edad en la que las niñas o las mujeres son sometidas a la MGF varía considerablemente de un país a otro. Mientras al menos el 80% de las mujeres en Somalia, Egipto, Chad y República Centroafricana son sometidas a la práctica entre los 5 y los 14 años, en países como Nigeria, Eritrea, Mali, Ghana y Mauritania más del 80% de las mujeres han vivido la experiencia antes de los cinco años. En Guinea-Bissau, el 18% de las mujeres lo sufren después de cumplir los 15 años, mientras en Kenya el 46% de las mujeres no son sometidas al ritual hasta pasados los 9 años (UNICEF, 2013).

A pesar de esta variación, normalmente se prefiere la edad entre los cuatro y ocho años, ligada normalmente a una ceremonia o ritual de iniciación. Esto revierte el concepto de iniciación puberal, pues estas edades tan tempranas no coinciden con la pubertad fisiológica. Por tanto, Kaplan y Bedoya (2006) afirman que los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física, sino que coinciden con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, la localización espacial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos (Amnistía Internacional, 1998). De todas formas, la edad máxima a la que normalmente se suele llevar a cabo la práctica es de los 14-15 años, salvando los casos de las mujeres que han sido sometidas a la práctica en la edad adulta (UNAF, 2012).

Se está observando una tendencia a realizar la práctica a edades cada vez más tempranas y la bibliografía señala dos principales hipótesis para explicar la motivación de esta tendencia. Por un lado, se atribuye como causa principal a la creciente implantación de medidas legislativas – tanto en los países de origen como a nivel internacional – que prohíben estas prácticas tradicionales. Otra de las explicaciones apunta a que practicarla en edades más tempranas garantiza en mayor predisposición de las mujeres para garantizar en mayor medida la transmisión generacional, ya que el recuerdo del acto es más vago y no queda fijado en su mente de forma perjudicial o traumática. También contribuye el hecho de que realizarla en edades tempranas facilita la intervención, por la menor resistencia de las niñas (Amnistía Internacional, 1998).

2.4.2. El lugar

Las MGF se llevan a cabo en lugares muy dispares, desde un domicilio particular hasta en lugares al aire libre, como orillas de ríos o lagos y bajo grandes árboles, que tienen un significado mágico o especial para la comunidad. También se suele practicar en otros edificios como en escuelas e incluso en centros médicos o grandes hospitales – en aquellas zonas donde la MGF se encuentre medicalizada –, como ocurre en Egipto (Jiménez, 2015).

Aunque haya casos de niñas sometidas a la MGF en solitario, la mayoría de las veces el ritual se realiza de manera colectiva. Los grupos pueden estar constituidos por niñas con algún parentesco familiar o pueden ser un colectivo de vecinas. En aquellas regiones donde la MGF sea un ritual que forma parte de la ceremonia de iniciación, se les suele practicar a un grupo de niñas de edad similar (Jiménez, 2015).

2.5. LAS CONSECUENCIAS DE LA MGF SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

Son muchos y muy variados los efectos negativos que causa la MGF sobre el cuerpo de las mujeres. Por tanto, en el presente trabajo se ha tratado de realizar un resumen – para ser conscientes de la brutalidad y el impacto de esta práctica sobre la vida de las mujeres –, mencionando todos los grupos donde se clasifican estas consecuencias, pero sin hablar uno por uno de todos los efectos y la terminología médica con la que se denominan.

En cuanto a las consecuencias físicas, éstas se dividen entre las que aparecen a corto plazo, que pueden ser desde la muerte por hemorragia masiva o infección generalizada, pasando por el dolor intenso y la cicatrización anómala y las que van surgiendo a largo

plazo, como las infecciones urinarias, renales o del tracto reproductivo recurrentes, dolores menstruales, aumento de susceptibilidad al VIH/SIDA y la obstrucción crónica del tracto urinario (García, 2016).

Los efectos que la MGF tiene sobre la sexualidad también son abundantes, entre ellas se encuentran el vaginismo (espasmos involuntarios de los músculos vaginales que impiden las relaciones sexuales coitales) (García, 2016), el dolor genital antes, durante y después del coito, la inhibición persistente y recurrente del orgasmo – o anorgasmia – y la disminución del deseo sexual (De Arriba, 2010).

La MGF tiene evidentemente, complicaciones ginecológicas, pues en algunos casos las mujeres mutiladas no pueden utilizar tampones, presentan dificultades para las exploraciones médicas ginecológicas y no pueden utilizar anticonceptivos femeninos como el DIU. Entre las consecuencias reproductivas y obstétricas se encuentran la infertilidad, la esterilidad, anomalía vaginal y un aumento importante de las complicaciones asociadas al parto (García, 2016).

Los efectos psicológicos que causa la práctica de la MGF son muy difíciles de visibilizar, pues existen muy pocos informes que avalen dichos efectos por falta de evidencia o pruebas científicas. Por tanto, para conocer dichos efectos psicológicos, debemos referirnos a las experiencias personales que se atreven a contar las que lo han sufrido, de manera que, la mayoría de ellas relatan sentimientos de ansiedad, terror, humillación, traición, engaño y decepción, todos ellos asociados al momento al que fueron sometidas a la MGF (De Arriba, 2010). Los terrores nocturnos son otro de los efectos que la MGF causa casi en la totalidad de los casos, y varios estudios han demostrado que también pueden darse entre otros, casos de flashbacks del momento de la mutilación, síndrome de la ansiedad-depresión (asociada a una constante preocupación por el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad) y fobia sexual (García, 2016).

Debido a que el presente trabajo está dirigido al estudio del conocimiento del servicio de matronas sobre la MGF y su capacidad para afrontar y prevenir las complicaciones asociadas a esta práctica durante el proceso del parto, este apartado se centrará sobre todo en las consecuencias que tiene la MGF durante el parto, tanto para la mujer como para el recién nacido. Entre las que destacan son el parto lento, laborioso y prolongado – también denominado distocia – (García, 2016), mayor riesgo de sufrir desgarros o fístulas, hemorragias e infecciones durante el parto, mayor probabilidad de cesárea o

parto instrumental, hospitalización prolongada e incluso de muerte materna (López-Fando y García de Herreros, 2014). En un estudio realizado por la OMS en hospitales de seis países africanos muestra que las mujeres sometidas a la MGF tienen un riesgo significativamente mayor que las mujeres no mutiladas de sufrir mayor hemorragia –tanto durante el parto como en el postparto –, episiotomía, muerte perinatal, reanimación neonatal y hospitalización prolongada (WHO, 2006). Por otro lado, en un estudio realizado por Wuest et al. (2009) en Suiza se observó que las mujeres con MGF tenían significativamente mayor probabilidad de sufrir desgarros vaginales de tercer grado, que también lo corrobora otro estudio realizado por Kaplan et al. (2013) en Gambia. En este último también se confirma que las mujeres sometidas a la MGF tienen mayor probabilidad de tener un parto lento y laborioso o distócico.

A su vez, los tres estudios comentados coinciden en la asociación de la MGF con el aumento de posibilidad de realizar cesáreas urgentes.

2.6. LA MGF COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La *Resolución 32/21* del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, sobre *Eliminación de la mutilación genital femenina*, adoptada el 1 de julio de 2016, reconoce esta práctica como una forma de violencia de género, reafirmando que es una forma de discriminación y violencia contra las niñas y las mujeres (García, 2016).

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos, como tortura y extrema discriminación contra las niñas y las mujeres (García, 2016), una práctica basada en ciertas creencias y convicciones que surgen a raíz de la violencia y desigualdad de género (Marchal, 2011). Es decir, las niñas y las mujeres son sometidas a esta práctica tradicional que afecta directamente a su salud y los derechos sexuales y reproductivos, por el mero hecho de ser mujeres, lo que resulta a su vez, en la perpetuación de las desigualdades de género.

La MGF es por tanto, una manifestación de las relaciones jerárquicas y de poder construidas históricamente, lo que pone de manifiesto el profundo arraigo e impacto de la desigualdad entre los sexos y el uso de la violencia como mecanismo social fundamental para colocar y mantener a la mujer en una posición subordinada frente al hombre (García, 2016). Así pues, aunque en la inmensa mayoría sean otras mujeres las que ejecuten esta terrible práctica, se inscribe rotundamente dentro del ámbito de la violencia de género (Laurenzo, 2008).

La existencia y el mantenimiento de esta desigualdad se debe a un sistema históricamente construido que se transforma para adaptarse a las distintas etapas históricas y contextos socioculturales, denominado por el movimiento feminista como patriarcado. Se trata de un sistema de dominación universal, que mantiene a las mujeres bajo la autoridad de los varones a través de elementos políticos, económicos, ideológicos y simbólicos que legitiman e instituyen relaciones jerárquicas y de poder que suponen discriminación y violencia contra las mujeres (Barrére, 2008).

Tras el análisis de las razones por las que se realiza la MGF queda en evidencia su carácter discriminatorio basado en el género y su uso y mantenimiento como instrumento de las sociedades patriarcales (Ortega, 2013), una forma más de violencia contra la mujer que en el marco internacional de DDHH es reconocida como una forma de violencia de género.

En esta dirección, cabe destacar que, en la redacción del Protocolo Común de la actuación sanitaria contra la violencia de género en España[6] – abordado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012 – se amplía el concepto de violencia de género, incluyendo la MGF y señalando la necesidad de un protocolo específico para su abordaje.

2.7.DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MGF

2.7.1. Prevalencia mundial

UNICEF (2013) informa que los datos recientes de prevalencia global o mundial de la MGF muestran variaciones y estima que hay aproximadamente 125 millones de mujeres y niñas mutiladas en el mundo. Por otro lado, según los datos oficiales de la OMS (2012), la MGF afecta actualmente a una población aproximada de 140 millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Además de esto, datos proporcionados por UNICEF (2011) señalan que cada año entre dos y tres millones de mujeres y niñas son sometidas a la práctica y privadas por tanto, de sus derechos y libertades, lo que supone que cada día 8219 mujeres son víctimas de la MGF.

Según la "Guía para profesionales. La MGF en España, prevención e intervención" de UNAF[7] (2013), la MGF se practica principalmente en unos 29 países de África,

[6] Consultado en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

[7] http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf

primordialmente de la zona subsahariana. A pesar de que esta práctica esté arraigada principalmente a distintas regiones de África, también se realiza en algunos países de Oriente Medio como Egipto, Omán, Yemen, Kurdistán Iraquí y Emiratos Árabes y en determinadas comunidades de Asia, como Malasia, Indonesia, India, Pakistan y Sri Lanka (UNAF, 2013). A su vez, se han encontrado huellas y se conocen casos en algunos grupos étnicos de América latina (Brasil, Colombia, México y Perú), como la comunidad indígena Emberá en Colombia (García, 2016).

A consecuencia de los flujos migratorios, se está dando un número creciente de casos en Europa, Norte América (estados Unidos y Canadá) y Australia. Las familias procedentes de países donde se practica la MGF se asientan en estos países de acogida y normalmente tienen unos índices de natalidad superiores a los de la mayoría de poblaciones occidentales, lo que supone a medio plazo un incremento importante de la población en riesgo de ser sometida a la práctica.

En 2012, la resolución del Parlamento Europeo[8] estimaba que en Europa conviven cerca de 500.000 mujeres y niñas que han sido sometidas a la MGF. Se trata principalmente de mujeres y niñas de familias inmigrantes y refugiadas, procedentes de países donde se lleva a cabo esta práctica. Tal y como explican Kaplan et al. (2006, p. 122), "No emigran los continentes ni los colores, sino las personas y sus culturas", es decir, las tradiciones no mueren cuando se emigra y por lo tanto existe un riesgo real de que se mantenga la práctica dentro de la comunidad europea. De esta forma cerca de 180.000 mujeres y niñas residentes en zonas europeas están en serio riesgo de ser sometidas a la MGF (UNFPA, 2015).

2.7.2. La MGF en África

Respecto a la realidad del continente africano, el análisis desagregado de los datos muestra una distribución muy desigual de la MGF, tanto dentro del continente como dentro de los distintos países, en función – entre muchos otros aspectos – de los grupos étnicos que residen allí. Por esta razón, el estudio de la prevalencia por países presenta una gran variabilidad, mientras la práctica de la MGF es casi universal en Somalia, Guinea, Djibouti y Egipto, en Camerún y Uganda la prevalencia es sólo de un 1% (UNICEF, 2013). Cabe destacar que, la prevalencia de la MGF en jóvenes y mujeres

[8] Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina. Accesible en: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+PDF+V0//ES

entre 15 y 49 años se utiliza para comparar distintos países y clasificarlos en cinco grupos, cada uno reflejado con un color (UNICEF, 2012). Tal y como se muestra en la Figura 1, se distinguen los países de prevalencia muy baja con el color verde, grupo donde se concentran seis países, como Camerún, Togo o Uganda. El siguiente grupo acoge los países con prevalencia baja, como Benin o República Centroafricana y se presenta con el color azul. En tercer lugar, se encuentran los países de prevalencia moderadamente baja (Costa de Marfil, Kenia, Nigeria, etc.), a los que se les asigna el color amarillo. Aquellos que tienen una prevalencia moderadamente alta, como Gambia, Burkina Faso, Etiopía o Mauritania, se representan con el color naranja y los de prevalencia muy alta, como Somalia, Guinea y Egipto adquieren el color rojo.

El número de mujeres y niñas mutiladas entre 0-14 años se calcula a través de la información obtenida de las madres de un conjunto de doce países. En este caso, En este caso, los datos varían desde menos de un 1% en Togo, hasta una cifra mayor del 50% en Gambia y Mauritania (Figura 2). Cabe destacar que los datos que se muestran en la Figura 3 no reflejan aquellas niñas que no han sido mutiladas por su temprana edad, pero que son susceptibles o están en riesgo de ser sometidas a la práctica cuando alcancen la edad habitual para ello (UNICEF, 2013).

La variabilidad de la prevalencia entre países se debe fundamentalmente a la composición étnica de cada país, pues dentro de un mismo país puede haber etnias que la practican y otras como Wolof, Serer y Ndiago, que no. Es más, la pertenencia a una etnia es el factor más determinante en las distintas prevalencias de la MGF, pues se ha podido comprobar que en los grupos étnicos donde la MGF tiene un fuerte arraigo y se mantiene como tradición, la gran mayoría de las mujeres están mutiladas. Así pues, al igual que los países, también se deben tener en cuenta las etnias, pues incluso en aquellas regiones donde la MGF cuenta con alta prevalencia e incidencia, puede haber grupos étnicos que no la practiquen (UNAF, 2013).

Pese a que la tradición de esta práctica que atenta contra la integridad de las mujeres tenga su origen en los distintos países anteriormente mencionados, no debemos olvidar que la globalización y la intensificación de los movimientos migratorios han supuesto la extensión de la MGF en el mundo industrializado, llegando a muchas otras regiones del planeta (Alcón et al, 2015).

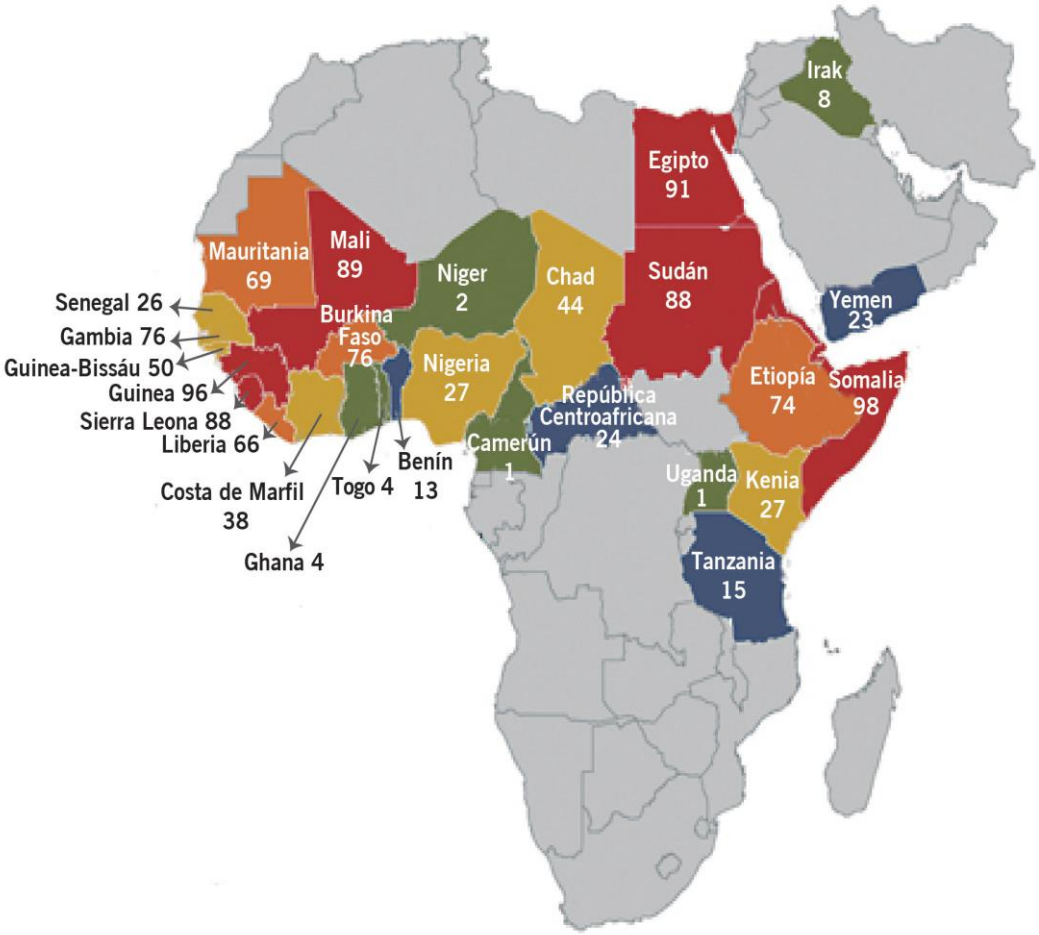


Figura 1. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años sometidas a la MGF por países

Nota. Cada color representa un rango de prevalencia de MGF. Los países en rojo tienen una prevalencia de MGF mayor de 80%, en naranja entre 51% y 80%, en amarillo entre 26% y 50%, en azul entre 10% y 25% y en verde menos del 10%.

Fuente: UNICEF. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.* Obtenido de: http://www.uricef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

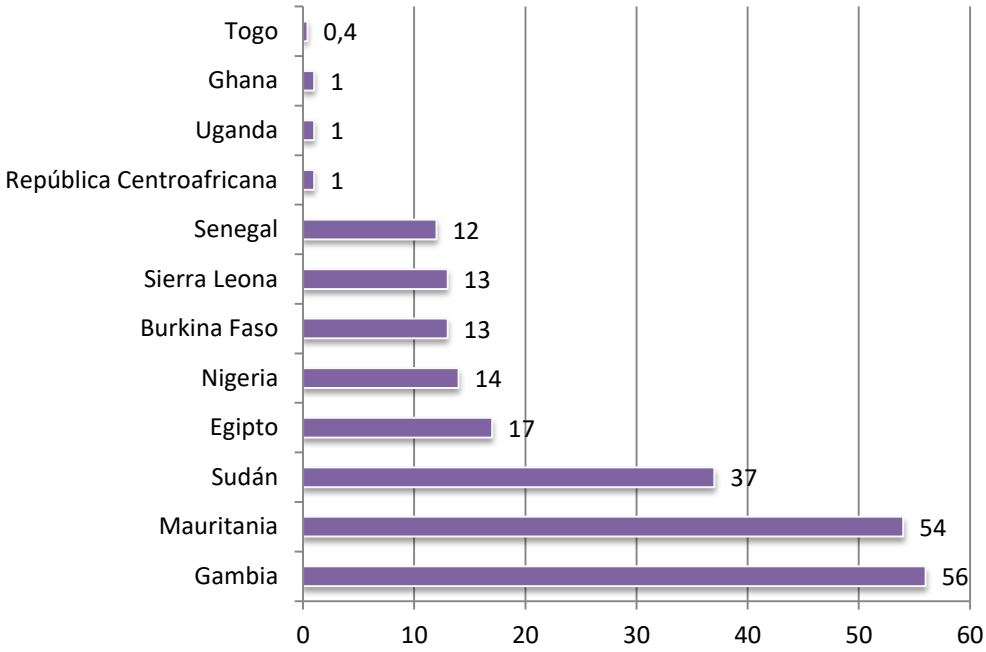


Figura 2. Porcentaje de niñas mutiladas entre 0 y 14 años por países

Nota. Fuente: UNICEF. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.* Obtenido de: http://www.uricef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

2.7.3. La MGF en España

2.7.3.1. Datos a nivel nacional

Actualmente no se ha publicado ningún estudio que determine el número de mujeres mutiladas residentes en España, pero existen recursos a partir de los cuales es posible realizar una estimación del número de mujeres afectadas y de niñas o jóvenes que están en riesgo de ser sometidas a la práctica (Jiménez, 2015). Uno de los principales estudios es el serial de "*Mapa de la mutilación genital femenina en España*", de 2006, 2009 y 2012, realizados por la Fundación Wassu-UAB, con Ariana Kaplan como investigadora principal. A partir de estas publicaciones, se pueden extraer datos sobre la procedencia, la edad, la distribución – por comunidades autónomas – de la población proveniente de países donde se realiza la MGF (Jiménez, 2015).

La llegada de los flujos migratorios a España comenzó a intensificarse a partir de la década de 1990. En 1998 la población de nacionalidad extranjera era el doble que la de 1991 y representaba un 1,6% de toda la población empadronada en España, lo que se traducía en unas 650.000 personas. A comienzos del 2009, la población extranjera

superaba los 5,6 millones de personas, es decir, un 12,1% de la población total (Kaplan y López, 2013).

Las personas con nacionalidades del continente africano, han experimentado un incremento constante a lo largo de la década del 2000 y los primeros años del 2010 y su población ya ha superado la cifra de un millón de personas (Kaplan y López, 2013). En 1998 residían en España unas 20.000 personas de las nacionalidades estudiadas y en 2005 esta cifra se multiplicaba por seis, situándose por encima de 130.000 personas. En 2008 esta población seguía creciendo y se situaba en torno a los 180.000 individuos y a 1 de enero del 2012, había en España 225.000 personas procedentes de países donde se practica la MGF. Estos datos muestran que el ritmo de crecimiento de estas nacionalidades en España ha sido ligeramente superior al de la media del conjunto de la población extranjera y en el año 2012, el peso de este colectivo respecto al total de la población extranjera era del 3,9% (Kaplán y López, 2013).

Sabiendo que la inmigración procedente de países africanos en España es y ha sido principalmente masculina, hay que tener en consideración los potenciales procesos de reagrupación familiar, que se producen tras la estabilización de estos hombres en nuestro país (Jiménez, 2015).

Según los datos del Padrón Continuo de Población, de 1 de enero de 2016[9], de los más de 4.600.000 extranjeros/as, aproximadamente 208.486 personas son procedentes de países donde se practica la mutilación genital femenina. De este dato se extrae la cifra de 58.147 mujeres de este colectivo residentes en España (Tabla 1). Cabe destacar que las cifran obtenidas no recogen datos referentes a otras nacionalidades donde la práctica de la MGF está arraigada, como Chad, Tanzania, Uganda, Níger, República Centroafricana, Somalia y Yemen. En cambio, se recogen datos referentes a Congo y Sudáfrica, países donde según UNICEF (2013) la práctica de la MGF es muy minoritaria o inexistente. Sin embargo, estos son los datos a los que se ha podido acceder a través del Padrón Continuo de Población.

[9] Instituto Nacional de Estadística. (2016). Padrón Continuo [base de datos en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid [Consultado 22 de Agosto de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp04%2F%2Fa2016

La población general de este colectivo en España ha disminuido considerablemente entre 2014 y 2016, 214.430 (Jiménez, 2015) frente a 208.286 (INE, 2016), respectivamente. En cuanto a la población femenina, durante el periodo entre 2012 y 2014 el número de habitantes aumentó de 53.346 a 58.592. La progresión de la población femenina procedente de países pro-mutilación en los últimos seis años hasta el 2014 ha sido mayor que la del colectivo en general, con un aumento poblacional de 28,57% frente a un 15,93% de incremento de la cifra poblacional general para ambos sexos (Jiménez, 2015). En 2016 la cifra se mantiene muy cerca de la del 2014, con un total de 58.147 mujeres procedentes de países donde se practica la MGF residentes en España.

Respecto al incremento de la femenina de este colectivo en España, Adriana Kaplan y Antonio López (2013) afirman que en 2008 sólo siete comunidades autónomas superaban el millar de mujeres residentes con estas características demográficas, mientras hoy son once las comunidades que han superado esa cifra. La Tabla 1 muestra cómo la mayoría de las mujeres residentes en España y procedentes de países africanos donde se practica la MGF son de Nigeria, con una población de 18.037 mujeres y después Senegal (13.676) y Gambia (4.502), seguidas de Ghana, Mali, Guinea, Mauritania, Camerún y Guinea-Bissau.

A pesar de algunas excepciones, la mayoría de las mutilaciones se practican entre los cero y los 15 años. La razón por la que se empieza a contar desde cero es por la tendencia a realizar la práctica cada vez a edades más tempranas (Jiménez, 2015). Por tanto, se considera necesario incluir en este apartado las cifras sobre las niñas entre cero y 14 años, pues a partir de estos datos se pueden hacer estimaciones del número de niñas y jóvenes en riesgo de ser sometidas a la MGF, un paso imprescindible para poner en marcha medidas eficaces de prevención.

De esta manera, según datos obtenidos del Padrón Continuo de Población a 1 de enero de 2016, la cifra total de niñas entre 0-14 años procedentes de países donde se practica la MGF residentes en España es de 16,121. A su vez, residen en nuestro país un total de 39.320 mujeres en edad fértil (15-49 años) y con esas características demográficas (Tabla 2).

La mayoría de mujeres en edad fértil proceden de Nigeria (12.771), Senegal (9.027), Gambia (2.857) y Ghana (2.595), seguido de, Guinea, Mali, Camerún, Mauritania y

Guinea Bissau. En el caso de niñas entre 0-14 años, las tres principales nacionalidades se mantienen, mientras Mali (1.338) se sitúa en cuarta posición, seguido de Ghana, Guinea, Mauritania, Camerún y Egipto (Tabla 2).

Estos datos muestran un descenso de 931 niñas entre 0-14, en comparación con el año 2012, donde se registraron 17.052, y respecto a la cifra de mujeres en edad fértil, no existe una variación significativa (Jiménez, 2015).

En definitiva, esto significa que a 1 de enero de 2016 residían en España 39.320 mujeres posiblemente mutiladas con mayor o menor probabilidad, según país de procedencia, etnia, etc. y 16.121 niñas y jóvenes mutiladas o en riesgo de ser sometidas a la práctica.

Tabla 1

Población femenina y población general procedente de países donde se practica la MGF residentes en España.

Países	Mujeres	Ambos sexos
Benin	105	343
Burkina Faso	328	1.226
Camerún	2.107	5.788
Congo	600	1.551
Costa de Marfil	827	2.918
Egipto	1.149	3.629
Etiopía	352	653
Gambia	4.502	19.232
Ghana	3.877	15.862
Guinea	3.220	10.525
Guinea-Bissau	1.118	4.659
Irak	447	1.170
Kenia	858	1.103
Liberia	72	256
Mali	3.322	23.315
Mauritania	2.230	8.741
Nigeria[a]	18.037	41.590
R. D. del Congo	390	1.005
Senegal	13.676	62.716
Sierra Leona	225	717
Sudáfrica	468	1.056
Togo	146	427
Totales	**58.147**	**208.486**

Nota. Fuente: elaboración propia, adaptado de INE. (2016). Padrón Continuo de Población. Madrid: Comunidad de Madrid.

Tabla 2

Población femenina entre 0-14 años y en edad fértil (15-49 años) procedente de países donde se realiza la MGF y residentes en España.

Nacionalidad	0-14 años	15-49 años
Benin	22	75
Burkina Faso	76	246
Camerún	433	1.520
Congo	101	451
Costa de Marfil	197	595
Egipto	314	712
Etiopía	74	257
Gambia	1.503	2.857
Ghana	1.102	2.595
Guinea	971	2.093
Guinea-Bissau	188	843
Irak	86	265
Kenia	25	804
Liberia	11	51
Mali	1.338	1.955
Mauritania	663	1.357
Nigeria	4.989	12.771
R. D. del Congo	74	284
Senegal	3.820	9.027
Sierra Leona	63	146
Sudáfrica	42	309
Togo	29	107
Totales	**16.121**	**39.320**

Nota. Fuente: Elaboración propia, adaptado de INE. (2016). Padrón Continuo de Población. Madrid: Comunidad de Madrid.

2.6.3.2. Datos de la Comunidad de Madrid

Respecto a la distribución territorial de este colectivo por comunidades autónomas, un tercio de la población procedente de países donde se realiza la MGF reside en Catalunya, siendo ésta la región con más población de este origen. En segundo lugar se encuentra Andalucía, aunque la Comunidad de Madrid está por encima en cuanto a número de mujeres y niñas. Comunitat Valenciana, País Vasco, Aragón, Canarias e Illes Balears son el resto de regiones con más de 10.000 personas de este grupo de nacionalidades (Kaplán y López, 2013).

Dentro de la Comunidad de Madrid, territorio donde se centra este estudio, residen 792.627 extranjeros/as, un 12,25% de la población total de la región y unas 22.000 personas proceden de países donde se practica la MGF (INE, 2016).

En el año 2012, la población femenina procedente de países donde se practica la MGF que residía en la Comunidad de Madrid superaba las 7.500 mujeres, lo que suponía un aumento de 800 mujeres con respecto a los datos del 2008 (Kaplan y López, 2013). Según datos del Padrón Continuo de Población del 2016, esta cifra sufre un ligero descenso, y el número de mujeres de este colectivo se sitúa en 7.194. Aproximadamente la mitad de ellas son nigerianas (3.668) y a gran distancia le siguen Senegal – con una población de 827 mujeres – y Camerún (425). Guinea supera las 300 mujeres en la región, Mali las 200 y Ghana y Egipto se aproximan a las 200 (Tabla 3).

Entrando a valorar la población femenina por edad, en la Comunidad de Madrid residen 1.884 niñas entre 0 y 14 años y 4.952 en edad fértil (de 15 a 49 años), grupos etarios en los que predominan las mismas nacionalidades anteriormente comentadas (Tabla 3).

Tabla 3

Mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, procedentes de países donde se practica la MGF, por nacionalidad y edad.

Nacionalidad	0-14 años	15-49 años	Total mujeres
Benin	1	11	14
Burkina Faso	6	27	34
Camerún	97	297	425
Congo	20	123	161
Costa de Marfil	39	119	170
Egipto	51	123	196
Etiopía	27	96	134
Gambia	12	38	52
Ghana	51	128	197
Guinea	95	203	318
Guinea-Bissau	30	102	141
Irak	27	97	171
Kenia	7	106	119
Liberia	1	13	16
Mali	95	130	229
Mauritania	20	53	85
Nigeria	1.052	2.544	3.668
R. D del Congo	24	88	129
Senegal	209	575	827
Sierra Leona	12	19	32
Sudáfrica	6	48	61
Togo	2	12	15
Totales	**1.884**	**4.952**	**7.194**

Nota. Fuente: Elaboración propia, adaptado de INE. (2016). Padrón Continuo de Población. Madrid: Comunidad de Madrid.

Con respecto al municipio de Madrid, los datos que se muestran provienen del Padrón Municipal de 2016[10], obtenido del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, y el cual ofrece datos sobre un mayor número de países donde se practica la MGF. La población inmigrante de Madrid constituye el 12,22% del total de habitantes de la

[10] Disponible en: http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/pc16ext.htm

ciudad y es el municipio español que alberga más población femenina procedente de países donde se practica la MGF (Kaplan y López, 2013), con un total de 2.526 mujeres (Tabla 4).

Esta cifra ha aumentado con respecto al 2012, pues el número total de mujeres de este colectivo residente en el municipio de Madrid era de 2.345 (Kaplan y López, 2013). Como se repite en numerosas ocasiones, la mayoría proceden de Nigeria (575), Senegal (508) y Camerún (156). Después aparece Egipto, con 137 mujeres y le siguen Guinea (134), Mali (132), Irak (106) y Costa de Marfil (100) (Tabla 4).

Por tanto, en la Comunidad de Madrid residen 7.194 mujeres procedentes de países donde se practica la MGF, de las cuales 2.526 residen en el municipio de Madrid. Esto significa que, 1884 niñas de 0 a 14 años, residentes en la Comunidad, se encuentran en riesgo de ser sometidas a la práctica, mientras hay 4.952 mujeres en edad fértil, que posiblemente hayan podido ser sometidas a la MGF. Mujeres que probablemente hayan pasado por algún proceso de embarazo, para cuyo seguimiento y asistencia al parto hayan acudido a los servicios de asistencia sanitaria de la Comunidad o el municipio de Madrid, o en su caso, son potenciales usuarias de dichos servicios.

Tal y como muestran la Tabla 3 y la Tabla 4, Guinea y Mali son dos de las principales nacionalidades que se repiten tanto en la Comunidad de Madrid – entre población femenina infantil y adulta – como en el municipio de Madrid, y cabe destacar que, son dos países con alta prevalencia de MGF, 96% y 89% respectivamente (UNICEF, 2013). A su vez, Egipto, con una prevalencia de MGF de 91%, es el cuarto país con mayor población femenina en el municipio de Madrid y séptimo en la Comunidad. Las dos principales nacionalidades de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, son Nigeria y Senegal, donde la prevalencia de la práctica de este ritual es de 27% y 26% respectivamente (UNICEF, 2013).

Finalmente, cabe destacar que, muchos de los países de donde proceden estas mujeres tienen una prevalencia de MGF superior al 70%. A parte de las anteriormente comentadas, se encuentran Somalia (98%), con 19 mujeres residentes en el municipio de Madrid, Sudán y Sierra Leona – ambas con 88% de prevalencia – y Burkina Faso (76%), con 34 mujeres en la Comunidad de Madrid y 26 en el municipio de Madrid (Tabla 4).

Tabla 4

Mujeres procedentes de países donde se practica la MGF residentes en el municipio de Madrid, por nacionalidad y prevalencia de MGF.

Nacionalidad	Total mujeres	Prevalencia de MGF
Benin	8	13%
Burkina Faso	26	**76%**
Camerún	**156**	1%
Congo	49	NC
Costa de Marfil	100	38%
Egipto	**137**	**91%**
Eritrea	6	89%
Etiopía	93	**74%**
Gambia	28	76%
Ghana	61	4%
Guinea	**134**	**96%**
Guinea-Bissau	62	50%
Irak	106	8%
Kenia	86	27%
Liberia	8	66%
Mali	**132**	**89%**
Mauritania	56	69%
Nigeria	**575**	**27%**
R. D. del Congo	41	NC
Senegal	**508**	**26%**
Sierra Leona	7	**88%**
Somalia	19	**98%**
Sudáfrica	38	NC
Sudán	38	**88%**
Tanzania	16	15%
Togo	7	4%
Uganda	8	1%
Yemen	13	23%
Otras	8	
Totales	**2526**	

Nota. NC = No conocida. Fuente: Elaboración propia, adaptado de UNICEF. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* e INE. (2016). Padrón Continuo de Población. Madrid: Comunidad de Madrid.

2.8. MEDIDAS ANTE LA MGF EN ESPAÑA: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

El creciente peso demográfico de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo cultural e identitario, insta a los estados a tomar medidas, tanto para la prevención de la práctica, como para asegurar una atención de calidad a este colectivo, especialmente a las mujeres a las que se les ha practicado la MGF o a aquellas que se encuentran en riesgo de ser sometidas a la práctica.

A continuación, se realiza un resumen de los instrumentos legislativos que se poseen en España para erradicar la MGF y por otro lado, se muestran los protocolos elaborados, tanto a nivel nacional, como en las comunidades autónomas – basados en la concienciación, sensibilización y formación de profesionales –, para la prevención de la práctica y el abordaje adecuado de la problemática de la MGF.

2.8.1. Herramientas legislativas: Referencias de Derecho Internacional y el marco europeo.

Para la erradicación de la MGF es necesario contar, tanto con una óptica de prevención – basada en la concienciación, la sensibilización y la formación –, como con un marco legislativo adecuado. Así pues, a continuación se presentan las medidas legislativas llevadas a cabo a nivel internacional y europeo, así como la respuesta de la jurisdicción española para la adaptación a dichos instrumentos dirigidos a la eliminación de la MGF.

La MGF constituye un ataque directo contra los derechos humanos de las mujeres, pues se violan entre otros, su derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, a la sexualidad, a la dignidad, a no sufrir tratos inhumanos o degradantes y a la no discriminación por razón de sexo (Adam, 2004). En respuesta a ello, existe una lista muy amplia de Declaraciones y Convenciones que sancionan este tipo de prácticas a nivel internacional y europeo.

En respuesta al objetivo de la creación de instrumentos jurídicos para la erradicación de las distintas formas de violación de los derechos de las mujeres, se realiza la *Convención de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979*[11], una norma que obliga a los Estados a tomar medidas adecuadas para eliminar los prejuicios y las prácticas basadas en la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o fundamentadas sobre los roles

[11] Accesible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm

estereotipados de género, tradicionalmente asignados a hombres y mujeres (Vidal, 2016). A raíz de esta Convención se crea el *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, que en 1990 dictará la *Recomendación General nº 14*, solicitando a los Estados parte que adopten medidas eficaces – sobre todo sanitarias y educativas – para la eliminación de la MGF (Vidal, 2016).

En este mismo sentido, la *Declaración de Naciones Unidas sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer*[12] del año 1993, aporta una definición más amplia de la violencia de género y enmarca la mutilación genital femenina dentro de ella, prohibiendo a los Estados invocar ninguna tradición o consideración religiosa para eludir su compromiso con la erradicación de la violencia de género (Vidal, 2016).

En la misma dirección, la *Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas formas de intolerancia y discriminación fundada en la religión o las convicciones*[13] declara que la práctica de la religión y las convicciones en las que se educa a los menores no podrán ser perjudiciales para su salud física y mental o desarrollo integral (Vidal, 2016), de manera que, protege a los menores de cualquier práctica basada en la tradición religiosa o cultural que atente contra su dignidad, como la MGF.

La *Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo* y la *Declaración y la Plataforma de Acción de Pekín*, de 1994 y 1995 respectivamente, son textos que abordan el tema desde la perspectiva del reconocimiento de que hombres y mujeres tienen igual libertad en el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva (Adam, 2004).

De todas formas, la falta de vínculo entre estos textos y la dificultad para conseguir el compromiso de algunos grupos para la erradicación de estas prácticas – por su relación con motivos religiosos y culturales –, ha hecho que la comunidad internacional se vea obligada a actuar de manera más efectiva. Dentro de esas acciones se encuentra el dictamen de Declaraciones y Resoluciones por parte de organismos internacionales y regionales, en las que se insta a los Estados a tomar medidas penales y administrativas y a llevar a cabo medidas sociales que establezcan políticas de prevención (Vidal, 2016).

[12] Disponible en: http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf

[13] Recuperado de: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292427564278?blobheader=application%2Fpdf&bl

En este sentido, la *Resolución 67/146* de la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de diciembre del 2012, de *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina*[14] establece los principios esenciales que deben regir las políticas nacionales e internacionales para la eliminación de la MGF (Vidal, 2016). Más específicamente y entre otros muchos incisos, insta a los estados a intensificar las actividades de concienciación – a través de la elaboración de campañas – , educación y capacitación de la sociedad, para que todas las personas participen en la erradicación de la MGF. Elaborar programas de prevención y erradicación, movilizando a niños y niñas para que participen en ellos, asegurar que los planes de acción y las estrategias nacionales sean multidisciplinares y tengan amplio alcance y formular políticas adecuadas para la aplicación efectiva de los marcos legislativos nacionales en materia de eliminación de la MGF (García, 2014).

Por último, la *Resolución 32/21* del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *Eliminación de la mutilación genital femenina*, adoptada el 1 de julio de 2016, pone de manifiesto las medidas que los estados deben tomar para eliminar la MGF. Entre varios puntos, este documento insta a los Estados a que elaboren, apoyen y promuevan programas de educación sobre salud sexual y reproductiva que cuestionan los estereotipos de género y actitudes que sustentan la MGF, particularmente dirigidos a los jóvenes, padres y líderes religiosos, tradicionales y comunitarios. También alienta a los Estados a continuar con la labor de información y concienciación sobre los efectos perjudiciales de la MGF y a que decreten legislación nacional que prohíba la MGF, adoptando medidas para garantizar su estricta aplicación. A su vez, se incide en la importancia de que los Estados elaboren políticas globales para la lucha contra la MGF que exijan la participación y responsabilidad del gobierno, el parlamento, los medios de comunicación, la sociedad civil, los jóvenes, el sector privado y todos los actores pertinentes (García, 2016).

En cuanto al marco europeo, el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos de las mujeres es el *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica* (2011), un instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo, también conocido como *Convenio de Estambul* y entrado en vigor en 2014 (García, 2016).

[14] Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/PV.60&Lang=S

Este texto establece una clara y estricta intolerancia ante cualquier forma de violencia hacia las mujeres, y lo más importante es que incluye la MGF como forma de violencia de género (García, 2014). A ella se refiere en su artículo 38, donde insta a los estados a que adopten medidas legislativas o de otro tipo necesarias para homologarlo como delito, cuando de forma intencionada se realice la escisión, infibulación o cualquier tipo de mutilación y cuando se incite u obligue a una mujer o a una niña a someterse a cualquiera de estos actos o proporcionarle herramientas para ello (García, 2014).

El 4 de Marzo del 2016 la Unión Europea envía un comunicado de prensa, a petición de la Comisión Europea, proponiendo que todos los estados miembros ratifiquen el Convenio de Estambul, para avanzar en la lucha contra la violencia y en la igualdad de género. De esta manera, en septiembre del 2016 el Convenio quedaba ratificado por 20 países (García, 2016).

A raíz de la llegada de personas inmigrantes de países donde se practica la MGF y teniendo como referencia los instrumentos de derecho internacional y la regulación jurídica dentro del marco europeo, se ha iniciado en España la sensibilidad de la opinión pública ante las prácticas tradicionales que atentan contra la salud y el bienestar de las mujeres. De esta manera, en el contexto de eliminación de cualquier forma de violencia contra la mujer y los compromisos internacionales asumidos por España, la legislación española ha tratado de responder adecuadamente a las distintas cuestiones que aborda la MGF (Vidal, 2016).

En España se venía aplicando el artículo 149 del Código Penal de 1985 para sancionar esta práctica como delito de lesiones, lo que mostraba la necesidad de una reforma para dotar del mismo tratamiento jurídico a las lesiones que incapacitan a las mujeres para una vida sexual plena, que en su ausencia, tenían una pena más benévola (Vidal, 2016). Así pues, la reforma se da en virtud de la *Ley 11/2003, de 11 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros,* tipificando esta conducta como delito y castigándose en el art. 149.2 del Código Penal (García, 2014).

Al mismo tiempo, la *Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio*, que modifica la Ley Orgánica del Poder Judicial 6/1985, posibilita la persecución de la práctica de la MGF cuando se produce en un país extranjero, como suele suceder en la mayoría de los casos[15].

[15] Las familias que han emigrado a España aprovechan en la mayoría de los casos, los viajes que realizan a sus países de origen para practicar la MGF. Por tanto, la Exposición de Motivos de esta norma reconoce

Posteriormente, se produce un cambio en la regulación y aplicación de este principio, a través de la *Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre*, que realiza una modificación del art. 23 de la *Ley Orgánica 6/1989.* Esta reforma afirma que los delitos cometidos fuera del territorio nacional e independientemente de la nacionalidad del autor, son susceptibles de ser investigados por la jurisdicción española, ampliando así sus competencias. Por otro lado, define las condiciones que se tienen que dar para que la jurisdicción española sea competente (Vidal, 2016).

La última reforma sobre esta materia se realiza en virtud de lo establecido en la *Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo*, que determina cuáles son los delitos cometidos en el extranjero que pueden ser perseguidos por la justicia española, en qué casos y bajo qué condiciones (Vidal, 2016). De todas formas, hasta octubre de 2014 la Audiencia Nacional no se ha pronunciado sobre su competencia para investigar la práctica de la MGF como delito, realizado en el extranjero, cuando el autor o la víctima tienen algún tipo de vinculación con España (Vidal, 2016).

Así pues, la MGF, practicada dentro o fuera de las fronteras nacionales, es tipificada como delito en la legislación española y se impone una pena privativa de libertad de 6 a 12 años. Si la víctima fuese menor o incapaz de tomar decisiones de manera deliberada, se podrá aplicar la pena de inhabilitación de la patria potestad o tutela, por un tiempo de 4 a 10 años (García, 2016). El desconocimiento de la ley no exime del hecho delictivo y si las personas que tengan la tutela de la menor no quieren practicarle la MGF pero no hacen nada para impedirlo, también será delito, pues la ausencia de protección de la menor está penado por la ley (García, 2016).

A su vez, la *Ley 3/2007 para la igualdad entre hombres y mujeres*, en su Disposición Adicional vigésimo novena hace referencia a que la condición de persona refugiada será de aplicación a mujeres que huyen de sus países por temor a sufrir persecución por motivo de género, modificando así, la definición de persona refugiada a la que se refiere la *Ley 5/1984,* reguladora del derecho de asilo y la condición de refugiado (Vidal, 2016). El reconocimiento de la MGF dentro del marco del derecho a asilo es otro de los grandes pasos para proteger a las mujeres que se encuentran en riesgo de ser sometidas a este ritual. De esta manera, la niña o la mujer que se encuentra en riesgo puede obtener la protección necesaria y la obligación del Estado español es proporcionársela y

---

que el hecho de que la MGF sea una práctica tradicional en algunos países de los que proceden los inmigrantes de la Unión Europea, no puede considerarse una justificación para dejar de prevenir, perseguir y castigar esta práctica (Vidal, 2016).

reconocer su estado de refugiada, por tratarse de una persecución por motivos de género y acto de violencia sexual (De Arriba, 2010).

2.8.2. Protocolos de actuación ante la MGF

Como se ha comentado anteriormente, los gobiernos y distintos sectores de los países que se han convertido en destino de familias procedentes de países donde la práctica de la MGF está arraigada a sus culturas, se han visto obligados a tomar medidas para el abordaje y la erradicación de este ritual.

2.8.2.1. Relevancia del sistema sanitario y formación y sensibilización

En España, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género coordinó y ordenó la elaboración de un estudio llamado "La mutilación genital femenina en España", que fue elaborado en 2015 por Adriana Kaplan Marcusán, Nora Salas Seoane y Aina Mangas Llompart (Fundación WASSU-UAB). Este documento ofrece propuestas y recomendaciones para trazar el camino hacia un abordaje preventivo de la MGF, para lo que considera necesaria la coordinación entre los servicios de salud, servicios sociales y el ámbito educativo y recalca el papel fundamental de los/as profesionales de atención primaria.

Este documento propone llevar a cabo programas formativos para desarrollar competencias interculturales y capacitar a profesionales en la atención a mujeres mutiladas, así como en la detección, reconocimiento e intervención con familias y niñas en situación de riesgo de ser sometidas a la práctica. Señala que todas las propuestas dirigidas al abordaje de la MGF necesitan, de manera imprescindible, el apoyo firme y continuado de los poderes públicos, para garantizar la mejora de las habilidades de los/as profesionales de la salud, servicios sociales y educación. A su vez, plantea la atención primaria de salud como uno de los niveles asistenciales mejor situados para la prevención de la MGF, por su proximidad a las familias y el abordaje longitudinal de diversos problemas a lo largo de todo el ciclo vital (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

Este documento fundamental para la eliminación y el abordaje de la MGF ha sido abordado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la elaboración del "Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Mutilación genital Femenina" en 2015, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia sobre la mujer 2013-2016[16]. Se trata del primer protocolo a nivel nacional que aborda el tema de la

[16] En su medida 185 se refiere a Promover la adopción de un "Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina".

MGF desde el ámbito sanitario, con el objetivo de crear una herramienta básica para la formación y sensibilización de profesionales en la lucha contra la MGF y orientar actuaciones homogéneas dentro del Sistema Nacional de Salud, encaminadas a mejorar la salud de las niñas y mujeres mutiladas y a la prevención y detección de situaciones de riesgo o especial vulnerabilidad.

Este documento coloca el ámbito sanitario en el centro – como principal medio para desarrollar actividades de intervención, detección de riesgo y prevención –, estableciendo distintos puntos y momentos de intervención, siempre en relación y coordinación con los servicios sociales y el sistema educativo. De esta manera, los y las profesionales de la salud en España se convierten en principales agentes en la lucha contra la MGF (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Respecto a la formación y la sensibilización, este documento otorga especial relevancia a todo el personal de Atención Primaria y destaca que el personal médico y de enfermería de Atención Especializada que trabaja en los servicios de ginecología y obstetricia – donde entran las matronas de hospital que asisten a los partos –, Urología, Salud Mental y Urgencias también serán objetivo prioritario de los programas de formación.

El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF (2015) desarrolla unas intervenciones distintas según el caso que se presente, las cuales pueden ser estrictamente encaminadas a la detección y la prevención y otras a las acciones terapéuticas. De esta manera, establece un algoritmo de actuación ante la detección de una joven mayor de 18 años o una niña en riesgo de ser sometidas a la MGF. A su vez, se determinan las intervenciones que se deben llevar a cabo en el sistema sanitario con niñas y mujeres que han sido mutiladas, con la finalidad última de garantizar el derecho a la salud y la restitución de la misma. Subraya la importancia de que el personal sanitario conozca los aspectos éticos y legales respecto a la MGF, así como las notificaciones que se deben emitir al juzgado y a las Entidades Públicas de Protección de Menores.

La parte más interesante de este documento para el presente trabajo es la del abordaje preventivo y terapéutico de la mujer mutilada durante el embarazo, que por un lado, presenta aquellas actuaciones que se desarrollan principalmente desde las consultas de atención primaria en los controles del embarazo y de planificación familiar con la matrona y por otro lado, las decisiones que se deben tomar en el momento del parto para la prevención de complicaciones.

2.8.2.2. Atención durante el embarazo y el parto

El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF (2015) ofrece algunas pautas de actuación durante el control del embarazo de mujeres sometidas a la MGF, de cara a la prevención de esta práctica en futuras hijas. A su vez, muestra una serie de actuaciones para capacitar a los/as profesionales en la asistencia adecuada a una mujer mutilada durante el parto, con el objetivo de prevenir las complicaciones asociadas.

Se señala que, ante la sospecha de MGF, la exploración ginecológica no debe realizarse en la primera consulta de control de embarazo, sino que debe demorarse hasta que la mujer tenga mayor confianza con el equipo que la atiende.

La manipulación de los genitales debe realizarse con especial cuidado, valorando la integridad del clítoris y la existencia o no de labios menores, así como los problemas que las secuelas de la MGF podrían representar a la hora del parto. El Protocolo señala que si se detectan cicatrices queloides muy extensas o quistes vulvares o vaginales, se debe derivar a la mujer a un nivel de atención especializada.

En este momento, se planifican con la mujer las intervenciones necesarias, tanto de cara al parto como las referentes a su salud sexual y reproductiva. La planificación realizada y los cuidados precisos deben quedar registrados en su historia clínica, junto con el tipo de MGF y las secuelas existentes, descritas de la manera más exhaustiva posible.

También será éste el momento de conocer – en el caso de que tuviera una hija – las expectativas de la mujer respecto a la MGF y de informarle sobre las graves consecuencias de salud, emocionales, psicológicas y sociales que tendría para su hija en el caso de someterla a la práctica. A su vez, es necesario asegurarse de que conoce la legislación española y las consecuencias legales para ella y su pareja como progenitores de la niña.

En caso de que su posición sea favorable a la realización de la MGF, será prioritario conocer y poner en marcha las acciones coordinadas con el resto de agentes y recursos de la zona (sanitarios, sociales, educativos y comunitarios), para trabajar en la sensibilización y cambio de actitud, con el objetivo de prevenir la práctica.

En caso de las mutilaciones graves (infibulación) o con cicatrizaciones anómalas, se pueden precisar intervenciones quirúrgicas reparadoras como la desinfibulación[17]. A veces son necesarias otro tipo de intervenciones, con las que se intenta tratar la retención urinaria o menstrual, las relaciones sexuales dolorosas y en caso de embarazo, facilitar el parto vaginal y evitar riesgos para el recién nacido.

El momento idóneo para realizar la desinfibulación es antes del embarazo, pero si no es posible, debe llevarse a cabo entre las 20-28 semanas de gestación, periodo que se considera más seguro para la realización de cualquier procedimiento anestésico. En cualquier caso, las secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones de tipo I y II, deben ser abordadas lo antes posible.

En caso de que no se hayan detectado previamente, la opción será realizar la cirugía reparadora durante el parto. El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF (2015) explica detalladamente el procedimiento de la desinfibulación durante el parto y señala que se debe explicar que no se realizará la infibulación tras el parto. A su vez, ofrece unas pautas sobre las episiotomías y señala que el control del bienestar fetal debe ser muy riguroso, pues la morbilidad fetal – como la asfixia – es más frecuente en las mujeres sometidas a la MGF.

Finalmente, el Protocolo indica que si ha nacido una niña, el informe de alta debe llegar a la/el pediatra y el equipo de Atención Primaria, para que sigan con el proceso de sensibilización y prevención.

Tras la revisión de este protocolo, queda en evidencia que es imprescindible registrar en la historia médica todos los procedimientos llevados a cabo, lo que ayuda a garantizar una coordinación adecuada y eficaz entre los distintos niveles de asistencia sanitaria por los que pasan las mujeres sometidas a la MGF. De esta manera, se asegura que el personal sanitario que atiende a este colectivo tenga constancia de la realidad con la que se va a encontrar, sea durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Cabe destacar que, antes de la publicación de este Protocolo Común elaborado a nivel nacional, existen desde hace años, protocolos a nivel autonómico, que han ido actualizándose hasta hoy. Es el caso de Cataluña, con el "Protocolo de actuaciones para

[17] Esta intervención es necesaria en el caso de una MGF tipo III, consistente en practicar un corte para permitir la apertura vaginal, ya que el parto sin la desinfibulación implicaría un desgarro total del periné con una alta morbilidad materno-fetal (Emakunde y osakidetza, 2016).

prevenir la mutilación genital femenina"[18] (2007), Navarra, con el "Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra"[19] (2013) y Aragón, con el "Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón"[20] (2016). En Euskadi también se publicó una guía[21] redactada por Osakidetza (Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi) y Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer), para recomendar pautas de actuación a profesionales del ámbito sanitario, educativo y social. A su vez, un grupo de trabajo interdisciplinar e intersectorial constituido a instancias de la Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid – impulsada por Médicos del Mundo y en la que participan distintos servicios, ayuntamientos y asociaciones – ha elaborado en 2017 una "Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid", que cuenta con el apoyo de las Consejerías de Sanidad y de Políticas Sociales y Familia.

Este documento elaborado en la Comunidad de Madrid constituye un primer paso para facilitar una respuesta colectiva e integradora a este problema de salud pública desde los servicios sociosanitarios y garantizar la prevención de la práctica, así como el abordaje de las múltiples consecuencias que sufren las mujeres sometidas a la MGF. Además, contiene un apartado dedicado a las actuaciones recomendadas durante el embarazo, el parto y el puerperio, algo que se considera imprescindible, tanto para trabajar en la

[18] Se trata de la última edición del Protocolo de actuación para profesionales, llevada a cabo por la Comisión de Seguimiento de la Generalitat de Catalunya, compuesta por distintos departamentos, entre los que se encuentran el de Educación, Salud y Acción Social y Ciudadanía. Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/05immigracio_refugi/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf

[19] Protocolo elaborado en el año 2013 por las personas que forman parte de los Grupos Técnicos del Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf

[20] Protocolo elaborado por el Gobierno de Aragón para proteger a niñas y mujeres en riesgo de sufrir MGF y dirigido al sistema sanitario, educativo y servicios sociales, disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documentos/protocolo_mutilacion_2016.pdf

[21] Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf

concienciación de cara a la prevención de la práctica, como para la planificación de una asistencia adecuada durante el parto y el puerperio (García de Herreros, Garabato y Martínez, 2017).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Este trabajo se presenta como un estudio piloto, realizado durante el año 2017, desde mayo hasta septiembre, con una duración total de cuatro meses. Se trata de un diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo.

En el presente estudio se trabaja de manera aleatoria con el personal del servicio de matronas del Hospital de La Paz de la localidad de Madrid. Su selección para la obtención de la muestra se debe a que es un hospital universitario y público, con gran fluencia al paritorio – de mujeres principalmente residentes en toda la zona norte de Madrid – y con un importante número de población migrante de origen africano. Según datos del Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud[22], en el año 2016 se atendieron 5.671 partos, lo que se traduce en una media de 15 partos asistidos diariamente. De todos esos procesos que se atendieron el año pasado, un 26, 61% fueron cesáreas fueron cesáreas y por tanto, un total de 4.162 partos fueron vaginales. De estos últimos, 3.730 fueron partos eutócicos – lo que se conoce como parto natural o sin requerimiento de ayuda instrumental – y en el resto de los 434 casos se utilizó algún tipo de instrumental de ayuda en el expulsivo, como los fórceps. Las matronas dirigen y son protagonistas en la asistencia de los partos eutócicos, y en aquellos casos en los que se requiera cesárea o ayuda instrumental, son sustituidas por ginecólogos/as. De todas formas, las matronas están siempre presentes en todo el proceso, sea del tipo que sea.

El muestreo fue no probabilístico y de tipo causal, ya que se escogió una muestra que cumplía las características que se necesitaban para el estudio y era a la que se tenía acceso. Se constituye por 52 matronas y residentes de segundo año (72,22% de la muestra posible), quienes desempeñan su labor asistencial en el servicio de matronas del Hospital de La Paz. Se distribuyen por distintos servicios como urgencias, zona de dilatación, paritorio y patológico, pero todas cumplen con el criterio de haber asistido al menos una vez a un parto. A pesar de que se contemplara la opción de que participaran

[22] Disponible en: http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGeneralesTabla.aspx?ID=86

los/as residentes de primer año, esto no se ha podido conseguir por falta de coincidencia o por no cumplir con el criterio común anteriormente comentado.

Para la recogida de datos se contactó con las supervisoras de paritorio del hospital seleccionado, quienes gestionan todo el servicio de matronas del Hospital Maternal del Hospital Universitario de La Paz y se les entregó una carta de presentación con información sobre el estudio que se pretendía realizar, solicitando su conformidad. Una vez recibido el dictamen favorable, se procedió a contactar directamente con los/as participantes. Las encuestas se repartían de manera colectiva, tras ofrecer información acerca del estudio a la hora del cambio de turno. Como este estudio cumple estrictamente las pautas bioéticas de la Declaración de Helsinky, a las personas interesadas en participar se les repartía primero el consentimiento informado (anexo 1).

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue una encuesta (anexo 2) de elaboración propia – pues no existen cuestionarios validados sobre el tema a estudio –, que fue repartida a aquellas personas que firmaron el consentimiento informado. Para el desarrollo de la encuesta se tuvieron en cuenta la hipótesis y los objetivos específicos del estudio, con el objetivo de formular las cuestiones apropiadas que recogieran la mayor información posible. El cuestionario consta de dos partes, por un lado se recogen los datos sociodemográficos (sexo, edad, tipo de contrato y cooperación internacional) y por otro lado, contiene preguntas dirigidas a la recogida de información de las demás variables objeto de estudio. Se desarrollan preguntas de rendimiento óptimo – aquellas dirigidas a tener constancia del conocimiento real de la persona que completa el cuestionario – y de rendimiento típico. A su vez, se intercalan respuestas de opción múltiple y de respuesta abierta, también con el objetivo de verificar el conocimiento real de la persona.

A parte de las variables precedentes, las variables objeto de estudio son aquellas relativas a la MGF: conocimientos, países donde se practica, complicaciones en el parto, definición de los tipos de MGF, distinción de los tipos a través de imágenes, formación recibida, conocimiento sobre protocolos de actuación, consideración de tener información suficiente sobre la MGF y de ampliar formación.

Con los datos recogidos se realizó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 24, que se empleó para realizar un análisis estadístico descriptivo (porcentajes, desviación típica) de los datos recogidos. A su vez, para el contraste entre resultados obtenidos y esperados (test de bondad de ajuste de distribución), se utiliza el

análisis estadístico Chi-cuadrado de Pearson, considerándose significativo el valor de este Chi para un valor-p inferior a 0,05.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En el servicio de matronas del Hospital Universitario de La Paz trabajan 72 personas (52 matronas y 20 residentes, diez de primero y diez de segundo año), de las cuáles respondieron 52, es decir, un 72,22%. 46 fueron mujeres (88,5%) y 5 hombres (9,6%). Una de las personas encuestadas no respondió al género (1,9%) (Tabla 5).

Tal y como se muestra en la Tabla 5, la mayoría de los/as participantes (51,9%) se sitúan entre 31-45 años, 13 personas (25%) están entre 22 y 30 años, el 15,4% tienen entre 45 y 55 años y el 7,7% más de 56 años (Mo= [31-45] y DE= 0,850).

Respecto a la situación laboral, el 40,4% tiene plaza fija en el hospital, mientras el 34,6% son eventuales y el 15,4% y el 9,6% son residentes de segundo año y trabajadores/as con contrato indefinido, respectivamente. Sólo una persona (1,9%) ha participado en algún proyecto de cooperación internacional en África, frente a un 98,1% de personas que no (Tabla 5).

Tabla 5

Características sociodemográficas de la muestra.

Características	**Matronas (n=52)**		**%**
Género	Hombre	5	9,6%
	Mujer	46	88,5%
	NR	1	1,9%
Rango de edad	22-30	13	25%
DE= 0,85	31-45	27	51,9%
	45-55	8	15,4%
	>55	4	7,7%
Situación laboral	Plaza Fija	21	40,4%
DE= 1,121	Contrato indefinido	5	9,6%
	Eventual	18	34,6%
	Residente de 2º año	8	15,4%
CI	Si	1	1,9%
DE= 0,139	No	51	98,1%

Nota. DE= Desviación estándar ; NR= No responde ; CI= Cooperación internacional.

Fuente: elaboración propia.

4.2. CONOCIMIENTOS

Existe una percepción subjetiva del 100% de saber lo que es la MGF. Sin embargo, sólo 22 sujetos (42,3%) refieren conocer los distintos tipos de MGF que clasifica la OMS (DE: 0,499), de los cuales 13 personas (25%) unen correctamente las definiciones con los tipos de MGF, mientras el 17,3% (9) responde a esta pregunta de forma incorrecta. Para comprobar si existían diferencias en las frecuencias de conocimiento respecto al género, edad y tipo de contrato, se ha aplicado el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados indican la inexistencia de diferencias significativas con el género (p= 0,075), edad (p= 0,482) o tipo de contrato (p= 0,323).

Con respecto a la pregunta de comprobación para una mejor aproximación a lo que podrían detectar a la hora del parto, el 55,8% (29) no se considera capaz de detectar y distinguir los distintos tipos de MGF tras una inspección habitual, mientras 18 sujetos (34,6%) responden que no saben si son capaces o no y 5 (9,6%) refieren tener la capacidad para ello. Finalmente, sólo una (1,9%) de aquellas 23 personas que referían ser capaces o no saber si lo eran o no, unía correctamente los tipos de MGF con su imagen correspondiente y otra persona no respondía a la pregunta de comprobación. En este caso tampoco hay evidencias de mayor capacidad de detección y distinción de los tipos según el género (p=0,819), edad (p= 0,739) o tipo de contrato (p=0,608).

Respecto a los países donde se practica la MGF, 30 personas (57,7%) refieren no conocerlos. De las 22 (42,3%) personas que conocen algún país, un sujeto (1,9%) menciona sólo uno, mientras el resto (40,4%) nombran entre 2 y 7 países. Somalia y Nigeria lo mencionan 11 personas (21,2%) y Etiopía el 19,2%, siendo éstos los tres países más nombrados. Los resultados referentes a los países que conocen los participantes se detallan en la Figura 3. A su vez, no existen relaciones significativas entre el conocimiento de países y el género (p= 0,311), edad (p= 0,460) o tipo de contrato (p=0,198).

El 3,83% opina que la MGF no se relaciona con ninguna complicación para la mujer en el parto, mientras el 92,3% cree que sí, de las cuales 8 participantes no nombran ninguna de estas posibles complicaciones. Las dos personas restantes, responden que no saben si la MGF se relaciona o no, con complicaciones durante el parto. Por tanto, 40 personas (76,9%) mencionaron al menos una complicación, las cuales están detalladas en la Figura 4 y entre las que destacan los desgarros – nombrado por el 45% de los/as

participantes –, hemorragia (15%) y distocia (11%). No existen diferencias significativas según el género (p= 0,845), la edad (p= 0,708) o el tipo de contrato (p= 0,390) para el conocimiento de las complicaciones.

Como final al cuestionario dirigido al conocimiento de los/as participantes, 21 personas (40,4%) creen que la MGF está asociada a complicaciones para el recién nacido, mientras el 26,9% cree que no y los 17 sujetos restantes (32,7%), no saben si existe relación o no. En los resultados obtenidos en esta pregunta no se observan diferencias significativas según el género (p= 0,282), edad (p= 0,827) y tipo de contrato (p= 0,385).

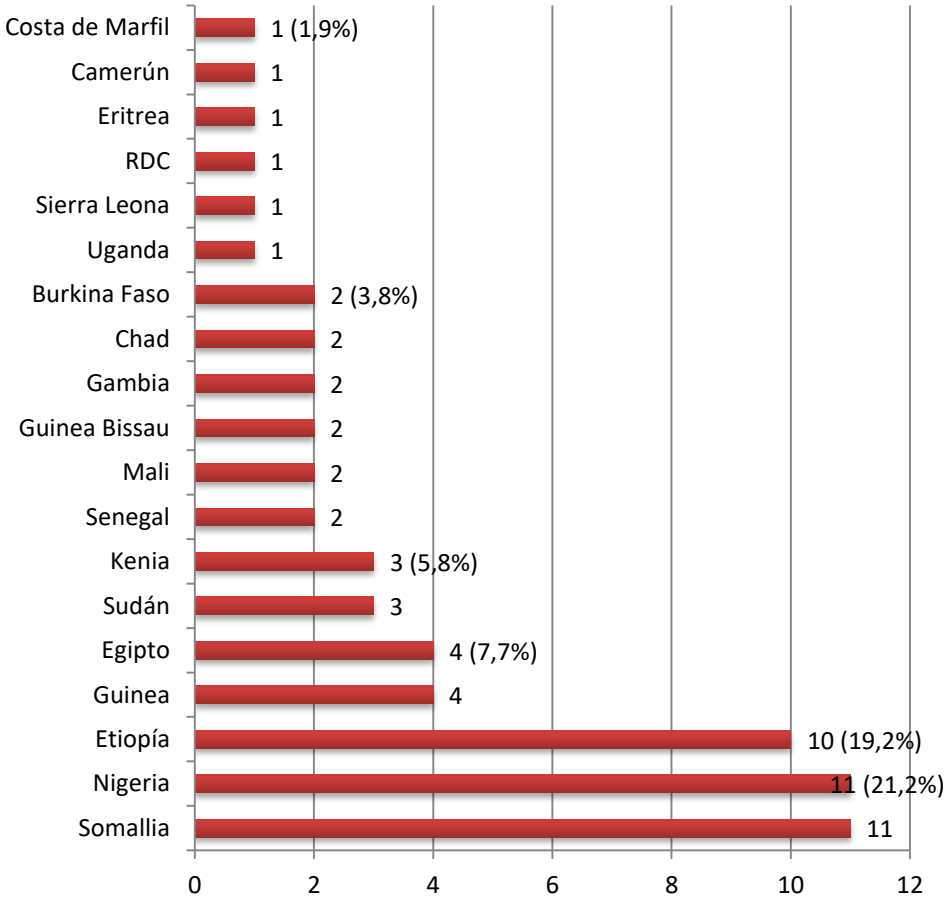


Figura 3. Países donde se practica la MGF mencionados por los/as participantes.

Nota. Somalia y Nigeria son los países más conocidos entre los/as participantes, mencionados por el 21,2%. Fuente: elaboración propia.

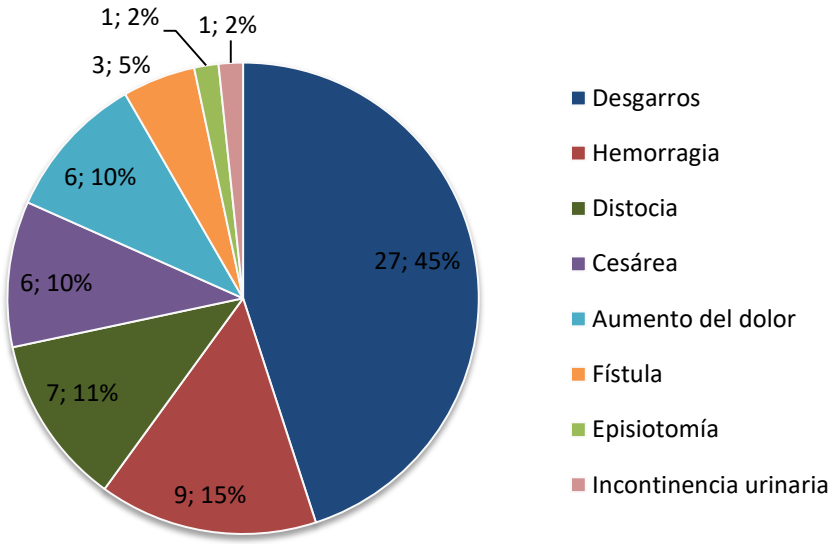


Figura 4. Complicaciones asociadas a la MGF durante el parto mencionados por los/as participantes

Nota. Los desgarros y la hemorragia son las complicaciones más conocidas, nombradas por el 45% y el 15% de los/as participantes, respectivamente. Fuente: elaboración propia

4.3. EXPERIENCIAS PROFESIONALES

13 de las personas encuestadas, es decir, un 25% afirma haber asistido alguna vez a una mujer mutilada durante el parto. El 73,1% dice no haber atendido nunca un caso y una persona (1,9%) señala que no lo sabe. Entre los 13 sujetos que tenían experiencia previa, 3 eran hombres y 10 mujeres, la mayoría tenía plaza fija (69,2%) y se encontraba entre los 31 y 45 años (61,5%). Sin embargo, no existen diferencias significativas de esta experiencia profesional para el género (p=0,173), edad (p= 0,277) o el tipo de contrato (p= 0,096).

A su vez, el 46,15% de los/as participantes que habían atendido alguna vez a una mujer mutilada durante el parto había recibido formación. Sólo dos (15,4%) fueron capaces de definir correctamente los distintos tipos de MGF y ninguno supo unir correctamente el tipo de MGF con su imagen correspondiente. Finalmente, el 54,8% no mencionó ningún país donde se practica la MGF y las únicas complicaciones que se nombran son las fístulas y los desgarros. Las características de las personas que alguna vez habían estado presentes durante el parto de una mujer mutilada se muestran en la Tabla 6.

Se observan ciertas diferencias entre el grupo de participantes con experiencia en la atención a una mujer mutilada en el parto y el grupo sin experiencia previa. Mientras el 30,8% de los sujetos con experiencia reconocen la existencia de los protocolos de actuación, en el grupo de personas sin experiencia esta cifra es del 7,7%. El número de personas que habían recibido formación sobre MGF en el grupo con experiencia fue de un 46,2% y un 41% en el grupo sin experiencia. A su vez, un 46,2% es capaz de mencionar al menos un país en el grupo con experiencia, frente a un 41% en el otro. En el caso de las complicaciones y la definición de los tipos de MGF, los datos muestran un mayor conocimiento en el grupo sin experiencia. Sin embargo, todas estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

El 69,2% de los/as participantes que había asistido alguna vez el parto de una mujer mutilada, afirman que en el momento de identificación de la MGF, no existía ningún tipo de registro en la historia médica o en la cartilla de embarazo de la mujer y el 30,8% señalan que no lo saben.

Tabla 6

Características de los/as participantes que alguna vez han asistido a una mujer mutilada en el parto

Género	Edad	Contrato	Conocimiento de países								C.C		Definición tipos	Identificación tipos	Formación
			Egipto	Etiopía	Nigeria	Somalia	Mali	G.Gissau	Senegal	Chad	Desgarros	Fístulas			
M	31-45	F	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	Si	C	I	Si
M	31-45	F	No	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	I	I	No
H	31-45	F	No	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	I	I	Si
M	31-45	CI	No	Si	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	C	I	Si
M	31-45	F	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	I	I	No
M	46-55	F	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	I	I	No
H	31-45	E	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	I	I	No
M	31-45	CI	No	No	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	I	I	Si
M	46-55	F	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No	I	I	No
M	46-55	F	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	I	I	No
H	31-45	F	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	I	I	Si
M	46-55	F	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	I	I	Si
M	22-30	E	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	I	I	No

Nota. C.C = Conocimiento de complicaciones; F = Fijo; CI = Contrato indefinido; E = Eventual; C = Correcto; I = Incorrecto; M = Mujer; H = Hombre.

Fuente: elaboración propia

4.4. FORMACIÓN RECIBIDA

Con respecto a la formación sobre MGF, 30 sujetos (57,7%) refieren no haberla recibido nunca, frente a 22 personas (42,3%) que afirman que sí. 5 (9,6%) de ellas habían recibido una formación de carácter obligatorio y 17 (32,7%) de carácter opcional. De las 22 personas que han recibido formación 3 son hombres y 18 mujeres, teniendo en cuenta que el género de un sujeto es desconocido.

En cuanto a los protocolos de actuación para poner en práctica tras la detección de la MGF en un mujer que va a dar a luz en el hospital, 4 sujetos (7,7%) responden que existe un protocolo pero desconocen el funcionamiento, 3 personas (5,8%) refieren que existe un protocolo y que conocen el funcionamiento y los pasos a seguir, mientras 17 participantes (34,6%) afirman que no existe ningún protocolo y 28 (51,9%) personas dicen que no lo saben.

El 100% de los/as participantes que referían conocer algún protocolo de actuación habían recibido formación previa, de manera que, tal y como muestra la Tabla 7 se observa una relación significativa entre la formación y el conocimiento de protocolos ($p= 0,008$).

A su vez, la Tabla 8 muestra que existe una relación significativa entre la formación y el conocimiento de al menos un país donde se practica la MGF ($p= 0,036$). En cambio, no se observa ninguna diferencia significativa entre la formación y el conocimiento de complicaciones para la mujer ($p= 0,717$) y el recién nacido ($p= 0,190$), definición de los tipos de MGF ($p= 0,193$) y la detección e distinción de los tipos mediante fotografías ($p= 0,306$).

Tabla 7

Conocimiento del protocolo de actuación según formación previa.

			Formación			
			Si	**No**	**Total**	**Valor p**
¿Existe algún protocolo de actuación?	**Sí, pero no lo conoce**	(n)	4	0	4	Valor X^2 = 11,71; p = 0,008*
		(%)	100%	0%	100%	
	Sí y conoce los pasos	(n)	3	0	3	
		(%)	100%	0%	100%	
	No existen protocolos	(n)	7	10	17	
		(%)	41,2%	58,8%	100%	
	No sabe	(n)	8	20	28	
		(%)	28,6%	71,4%	100%	
Total		(n)	22	30	52	
		(%)	42,3%	57,7%	100%	

Nota. El 100% de personas que refieren que existe un protocolo de actuación y de las que refieren conocer los pasos a seguir, habían recibido formación. Fuente: elaboración propia.

*Valores muy significativos p < 0,01.

Tabla 8

Conocimiento de países según formación previa.

			Menciona al menos un país			
			Si	**No**	**Total**	**Valor p**
Formación	**Si**	(n)	13	9	22	Valor X^2 = 4,4; P= 0,036*
		(% dentro de Formación)	59,1%	40,9%	100%	
	No	(n)	9	21	30	
		(% dentro de Formación)	30%	70%	100%	
Total		(n)	22	30	52	
		(%)	42,3%	57,7%	100%	

Nota. El 70% de las personas que no fueron capaces de mencionar al menos un país, no habían recibido formación y el 59,1% de los sujetos que conocían al menos un país, habían recibido formación.
Fuente: elaboración propia.

* Valores significativos p < 0,05.

4.5. ACTITUD

Cuando se procede a valorar la actitud del personal frente al tema en cuestión, 51 participantes, es decir, el 98, 1% refiere que se debe facilitar y ampliar el conocimiento acerca de la MGF, mientras sólo una persona (1,9%) afirma no tener interés al respecto.

A su vez, el 100% de los/as participantes refieren que debería existir un trabajo interdisciplinar coordinado para el abordaje del tema y los/as profesionales que, según los sujetos participantes, deberían participar en dicho abordaje se concretan en la Figura 5, siendo matronería, ginecología y trabajo social las profesiones más mencionadas.

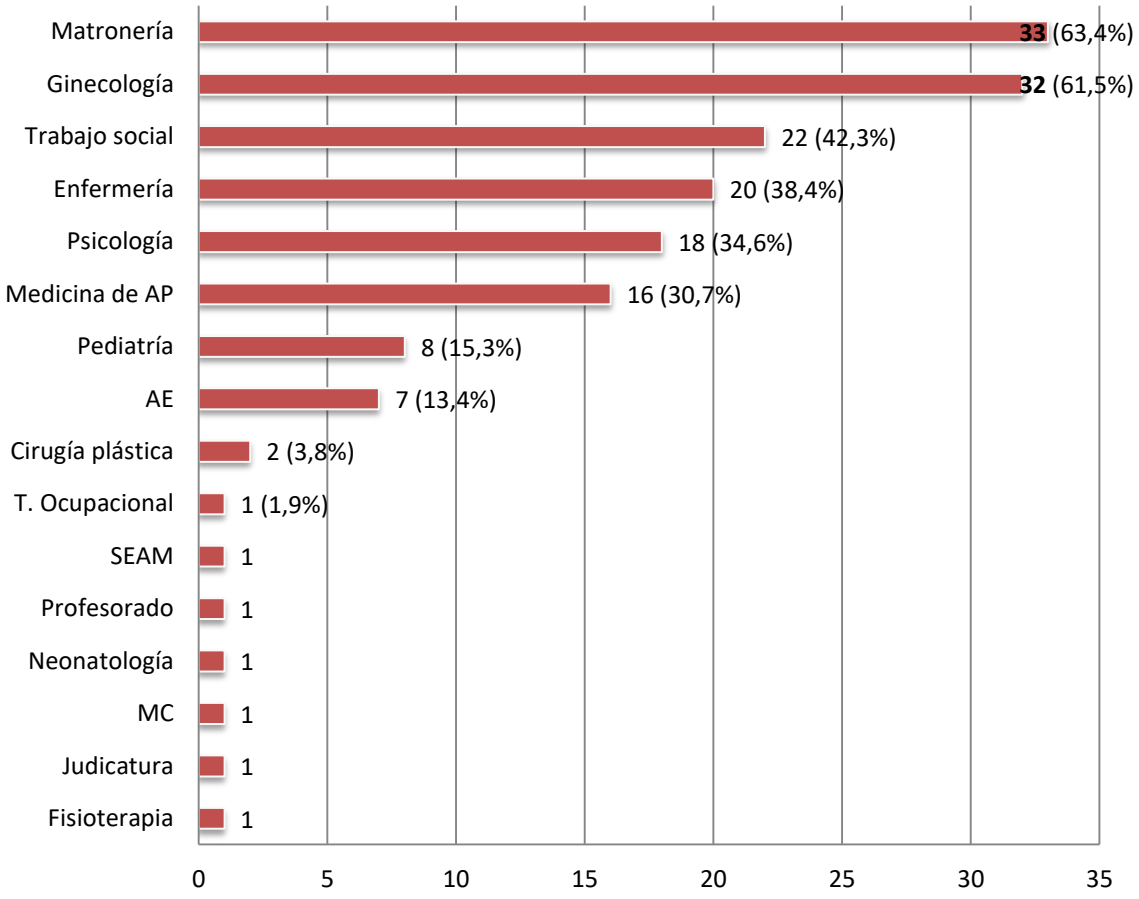


Figura 5. Profesiones y servicios que, según los/as participantes deberían ser parte del equipo interdisciplinar para el abordaje de la MGF.

Nota. AP = Atención primaria; AE = Auxiliar de enfermería; SEAM = Servicios específicos de atención a la mujer; MC = Medios de comunicación. Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

Los flujos migratorios han hecho que la MGF, un ritual con fuerte arraigo cultural e identitario en varios países de África, Oriente Medio, Asia y América Latina, se convierta en una realidad en nuestro país. De modo que, gran cantidad de mujeres y niñas procedentes de estos países y residentes en España están mutiladas o en riesgo de ser sometidas a la práctica.

Se trata de una vulneración de los derechos de las mujeres, así como una forma más de violencia de género – determinada así, a nivel internacional y nacional –, que causa graves consecuencias tanto a largo, como a corto plazo sobre el cuerpo de las mujeres. De esta manera, no es de extrañar que los/as profesionales del sistema de salud y especialmente aquellos/as que mantienen mayor contacto con este colectivo, sean agentes determinantes en el abordaje, la prevención y la erradicación de la práctica.

La muestra constituida por matronas – y específicamente de atención especializada – viene motivada por los datos que avalan que son profesionales de primera línea para el abordaje del tema (Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand y Essén, 2006), así como para la prevención de las complicaciones asociadas a la MGF durante el parto, tanto para la mujer, como para el recién nacido.

5.1.1. Interpretación crítica de los resultados

Siendo el principal objetivo de este trabajo el análisis del conocimiento del servicio de matronas sobre MGF, se formularon preguntas dirigidas a identificar, tanto la capacidad de definir la práctica, como de identificar y distinguir los tipos de MGF. Así pues, sólo el 25% de los/as participantes unió correctamente los tipos de MGF con sus respectivas definiciones, a pesar de que el 100% afirmaba inicialmente que conocía lo que es la MGF. Existen otros estudios realizados en España, en los que se confirma la correlación entre el creer que se conoce el fenómeno y el conocimiento real. El porcentaje de participantes capaces de definir correctamente los tipos de MGF es considerablemente menor en el presente estudio, en comparación con el 41,48% obtenido en la provincia de Sevilla (León y Casado, 2014). En cambio, es superior al resultado obtenido en el estudio llevado a cabo entre el personal de atención primaria y hospitales de Valencia, donde el 20% refería saber definir los tipos de MGF (García y Sánchez, 2013). De todas formas, se debe tener en consideración que en este último estudio, no se realizó ninguna

prueba o pregunta de comprobación para verificar si ese 20% era real o sólo la percepción subjetiva de los/as participantes.

Con respecto a la capacidad de identificar los distintos tipos de MGF, sólo una persona persona unió correctamente cada tipo de MGF con su respectiva imagen y el 55,8% refería no ser capaz de detectar y distinguir los distintos tipos de MGF tras una inspección habitual. Un resultado poco comparable con la de otros estudios, pues no queda constancia del uso de dicho método de comprobación en ninguno de ellos. De todas formas, es un dato que muestra una carencia importante a la hora de detectar casos de mujeres mutiladas en el ingreso al hospital y por tanto, una falta de recursos para poner en marcha cualquier protocolo que garantice una correcta actuación.

Una cuestión de especial importancia en el planteamiento del presente trabajo era analizar el conocimiento de las matronas respecto a las complicaciones asociadas a la MGF durante el parto. El 92,3% de los/as participantes de este estudio refieren que la MGF está relacionada con complicaciones para la mujer durante el parto y el 76,9% menciona al menos una de ellas. Son cifras considerablemente mayores que la de otros estudios. En Cambronero et al. (2008) el 63% de los/as participantes ignoraba que la MGF puede producir complicaciones obstétricas y en el estudio de García y Sánchez (2013) el 51,8% de los/as participantes conocía las complicaciones de la MGF, pero ninguno de ellos mencionaba las complicaciones asociadas al parto. Sin embargo, a pesar de que el 76% de los sujetos participantes sepa mencionar al menos una, cabe señalar que los desgarros son conocidos por sólo el 45% de los/as participantes, mientras sólo el 15% menciona las hemorragias, el 11% la distocia, el 10% la cesárea y el 2% las episiotomías. Así pues, teniendo en cuenta que estas complicaciones son muy frecuentes en mujeres mutiladas, se considera que los resultados mostrados son un tanto alarmantes. Además, se nombran el aumento del dolor y la incontinencia urinaria, el primero no es considerado una complicación como tal y el segundo, no se trata de una complicación asociada al parto, sino al periodo de puerperio o podría tratarse de una complicación derivada de lesiones uretrales (García, 2016).

Existe una disparidad importante, entre las personas que refieren que la MGF se asocia a ciertas complicaciones durante el parto (92,3%) y aquellas que creen que también se relaciona con complicaciones para el recién nacido (40,4%). Además, la discrepancia y la confusión entre los sujetos, respecto al conocimiento de las complicaciones de la MGF asociadas al recién nacido es importante, pues mientras el 26,9% cree que no

existe relación, el 32,7% refiere que no lo sabe y menos de la mitad de los sujetos (40,4%) cree que existe relación entre la MGF y las complicaciones para el recién nacido. A su vez, parece que los estudios realizados hasta ahora no le otorgan a esta cuestión su debida importancia, pues ninguno de ellos incluye ninguna pregunta referente al conocimiento de la influencia de la MGF en el bienestar y la salud del recién nacido. Son datos que preocupan, pues dichas complicaciones – como la mayor probabilidad de necesidad de reanimación –, ponen en peligro la vida del recién nacido, por lo que se considera realmente necesario que el personal responsable de asistir a las mujeres durante el parto – como las matronas –, estén debidamente informadas de ello.

El interés por identificar el conocimiento sobre los países donde se practica la MGF fue otro de los aspectos más importantes a la hora de llevar a cabo el estudio. Los resultados obtenidos muestran que el 57,7% de los/as participantes refiere no conocer los países donde se practica la MGF, mientras el 42,3% menciona al menos un país. En el estudio de León y Casado (2014) sólo el 13% respondió correctamente y en Barcelona, sólo el 25% de los/as profesionales identificó correctamente los países implicados (Kaplan et al., 2009). Puede que la diferencia entre el resultado del presente trabajo frente a los mencionados estudios se deba a la distinta forma de comprobación, pues no es lo mismo mencionar en un texto libre un solo país, que identificar de forma correcta todos los países que se presentan en el ejercicio.

La formación recibida y su efecto en el conocimiento de los/as participante sobre la MGF es otro de los aspectos más analizados en el presente trabajo. De esta manera, el 44,2% de los sujetos participantes referían haber recibido formación sobre la MGF, una cifra mayor que las obtenidas en la provincia de Valencia (18,18%) (García y Sánchez, 2013) y menor que la de la provincia de Sevilla, donde el 80,4% de los/as profesionales se había formado previamente (León y Casado, 2014). Aunque el porcentaje de hombres en la muestra del presente estudio sea bajo, cabe destacar que el 60 % de los hombres habían recibido formación, mientras el número de mujeres formadas previamente sólo alcanzaba el 40%. A pesar de ello, no se puede concluir que los hombres estén más formados o que hayan tenido una mayor predisposición a ello, pues las diferencias no han sido estadísticamente significativas.

Existen estudios que han demostrado la eficacia de la formación en algunos aspectos, como en el conocimiento de las consecuencias y los tipos de MGF (García y Sánchez, 2013). Sin embargo, en el presente trabajo no se observa una mayor capacidad de

definir e identificar correctamente los distintos tipos de MGF en aquellas personas que habían recibido formación, como ocurrió en el estudio de Cataluña (Kaplan et al., 2009). En cambio, se demuestra que el hecho de haber recibido formación sirve para mejorar el conocimiento de los países donde se practica la MGF.

El conocimiento de un mapa general con los países donde se practica la MGF –especialmente aquellos con mayor prevalencia y de donde proceden la mayoría de mujeres de este colectivo residentes en España –, dota a los/as profesionales de la capacidad de mantenerse alerta a la hora del ingreso de una mujer embarazada de alguna de estas nacionalidades. En este sentido, se debe destacar la eficacia que ha mostrado la formación, pues alrededor de un 60% de personas que habían recibido formación, conocía al menos un país donde se practica la MGF. Sin embargo, cabe destacar que, algunos de los principales países de donde proceden las mujeres residentes en el municipio de Madrid y que además tienen prevalencias altas de MGF no se han mencionado o lo han hecho muy pocas personas. Como por ejemplo Senegal, el segundo país con mayor número de mujeres residentes en Madrid y una prevalencia de MGF de 27%, lo mencionan sólo dos personas. A su vez, Egipto y Mali, con una prevalencia de 91% y 89% respectivamente, lo mencionan 4 y 2 personas y Guinea, con una prevalencia de 96% y en 5º posición en los principales países de procedencia, no lo menciona nadie. Finalmente, con respecto a otros países con prevalencias muy altas, sólo una persona conoce Sierra Leona (88%), dos personas mencionan Burkina Faso (76%) y tres sujetos nombran Sudán (88%).

Por otro lado, existe otro dato que demuestra la eficacia de la formación, pues todas aquellas personas que tienen constancia de la existencia de algún protocolo de actuación ante el ingreso de una mujer con MGF, habían recibido formación. De todas formas, sólo el 15,3% de los/as participantes conoce algún protocolo de actuación y sólo el 5,8% sabe cuáles son los pasos a seguir. En el estudio realizado en Sevilla sólo dos matronas identificaron la existencia de un protocolo, a pesar de que años antes se llevaran a cabo actividades formativas en esta materia en Andalucía (León y Casado, 2014) y en Valencia el 95,4% de los/as profesionales no conocía ningún protocolo de actuación para la detección de la MGF, mientras el 92,7% refería desconocer la existencia de un protocolo ante una niña en riesgo de ser sometida a la práctica (García y Sánchez, 2013). La falta de protocolos para matronas también se hace visible como una carencia importante en otros países y un estudio Sueco señala que la ausencia de

guías de actuación impide un abordaje efectivo del problema (Widmark, Tishelman y Ahlberg, 2002). La necesidad de guías que ofrecen pautas de actuación también ha sido destacada en otros estudios europeos en los que se insta a tomar como ejemplo los protocolos diseñados en países con una larga tradición de población inmigrante (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys y Temmerman, 2006).

Algunas comunidades autónomas de España como Cataluña, Aragón y Navarra cuentan desde hace algunos años, con protocolos de actuación y programas de prevención de la MGF. En el caso de la Comunidad de Madrid, se crea en el 2017 una "Guía de Actuaciones Sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina", donde se definen los pasos que el personal sanitario debe seguir para la prevención y el abordaje de la MGF y se especifican las actuaciones propuestas para el control del embarazo, el parto y el puerperio.

Así pues, al igual que se concluye en García y Sánchez (2013), se considera necesaria tanto, la formación de los/as profesionales sanitarios sobre MGF, como la creación de guías y protocolos de actuación. Por tanto, a pesar de que debamos esperar un tiempo para ver si se obtienen resultados favorables, la creación de esta guía de actuaciones en la Comunidad de Madrid se considera un paso muy positivo en la prevención y el abordaje de la MGF.

Una cuestión estrechamente ligada al abordaje preventivo y terapéutico de la MGF es la capacidad de detección de casos. En el presente estudio, un 25% de los/as participantes refería haber atendido alguna vez a una mujer mutilada durante el parto, una cifra superior al 8,9% obtenido en la provincia de Sevilla (León y Casado, 2014), y muy alejada del 60% del estudio Sueco (Widmark et al., 2002). A diferencia del estudio realizado en el sistema sanitario de Cataluña, donde se observó un aumento estadísticamente significativo de detección de casos de MGF tras llevar a cabo algunas actividades formativas – un 5,9% en 2001 frente a 16,3% en 2004 – (Kaplan et al., 2009), en el presente trabajo no se puede concluir que la formación sea determinante para la capacidad de detectar casos. A pesar de todo, debido a las carencias que muestran los/as participantes con respecto al conocimiento del fenómeno y sus características, es posible que este fenómeno esté infradiagnósticado, y que debido al desconocimiento general de la práctica, la detección de casos sea inferior a la real. De hecho, una persona participante en el estudio señala que no sabe si alguna vez ha atendido un caso.

A la hora de diseñar este estudio, se consideró especialmente importante valorar la comunicación entre los distintos servicios sanitarios en contacto con mujeres sometidas a la MGF, pues se trata de algo imprescindible para garantizar una actuación más rápida y eficaz. Tanto en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015), como en la Guía de Actuaciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (2017), se destaca la importancia de registrar, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas que presenta la mujer.

Sin embargo, en el presente estudio el 69,2% de los/as participantes que habían asistido alguna vez a una mujer mutilada durante el parto, refería que no existía ningún tipo de registro en su historia médica o cartilla de embarazo, mientras un 30,8% señalaba que no lo sabía. Por tanto, se evidencia por un lado, la ausencia de coordinación entre la atención primaria de salud y la atención especializada, y por otro, la falta de interés por parte del servicio de matronas del hospital, a la hora de revisar la historia médica de las mujeres.

Ante la aparente deficiencia de conocimientos y aptitudes de los/as participantes con respecto a la MGF, parece que el presente estudio visibiliza una actitud muy favorable a ampliar el conocimiento sobre el fenómeno, pues el 98,1% refiere que existe la necesidad de facilitar y ampliar el conocimiento al respecto. Entre el personal sanitario que participó en el estudio de la provincia de Valencia, el 90,9% consideraba no tener información suficiente sobre el tema (García y Sánchez, 2013), en Sevilla, el 92,3% de las matronas que no habían recibido formación previa referían estar interesadas en ella (León y Casado, 2014) y en Cataluña alrededor del 80% de los/as participantes estarían interesados/as en saber más sobre la MGF (Kaplan et al., 2009).

Para terminar con el interés del personal sobre las actuaciones preventivas y terapéuticas ante la MGF, el 100% de los sujetos se posiciona favorable a un trabajo interdisciplinar para el abordaje del tema y la matronería es la profesión más mencionada para participar en dicho trabajo en equipo, seguida de ginecología y trabajo social.

Por tanto, los estudios realizados en España muestran, más allá de la falta de conocimientos y aptitudes, un gran interés de los/as profesionales en formarse más para el abordaje de la MGF. Además, los/as participantes de este estudio otorgan a la matronería el papel protagonista para el abordaje de la MGF.

5.1.2. Limitaciones y futuras líneas de trabajo o actuación

El muestreo realizado y el tipo de diseño empleado supone que los datos recogidos por este estudio son meramente orientativos y sirven como base para un estudio más en profundidad de la cuestión analizada. No representa a la población general de las matronas de atención especializada de Madrid, ni los conocimientos de las mismas, pero pone en evidencia la carencia de conocimiento y formación de un estrato de dicho colectivo o población y lo hace precisamente en uno de los servicios de maternidad de referencia de la Comunidad de Madrid.

Por tanto, los resultados obtenidos generan la necesidad de profundizar, ampliar y reenfocar las investigaciones, para conseguir unos resultados realmente eficaces para llevar a cabo acciones dirigidas a suplir todas las carencias existentes entre el personal del servicio de matronas, con el objetivo de garantizar un abordaje adecuado del parto de las mujeres sometidas a la MGF.

También, partiendo de la premisa de que el abordaje preventivo y terapéutico adecuado de la MGF pasa por la concienciación de todo el personal del sistema sanitario, educativo y de los servicios sociales, se hace imprescindible la realización de estudios con metodología similar, con el objetivo de comprobar si la formación de los/as profesionales de estos sectores, así como la coordinación entre ellos/as es adecuada. La información obtenida de dichas investigaciones podría complementarse con otros estudios llevados a cabo con las mujeres sometidas a la MGF que hayan sido atendidas en el sistema sanitario local durante el embarazo, el parto y el puerperio. De esta manera, se obtendría una visión mucho más global y completa de la asistencia ofrecida a este colectivo.

Con respecto a la mejora de la calidad de la asistencia ofrecida a este colectivo, se hace evidente la necesidad de crear y difundir protocolos de actuación, lo que a su vez facilitaría la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, pues uno de los pasos fundamentales que se recomienda en dichos protocolos o guías es el registro de la MGF en la historia médica o la cartilla de embarazo de la mujer.

También se hace patente la necesidad de replantearse las actividades formativas que se llevan a cabo entre los/as profesionales, por la falta de eficacia que en algunos aspectos han mostrado sus resultados en varios estudios, y sería recomendable realizar evaluaciones previas y posteriores a la formación, para valorar el nivel de consecución

de los objetivos. A su vez, se considera muy importante llevar a cabo una evaluación posterior a la puesta en práctica de la "Guía de Actuaciones ante la mutilación genital femenina de la Comunidad de Madrid", para ver si realmente dicho protocolo ha llegado a las conciencias de los/as profesionales y si sirve para mejorar las condiciones que garanticen una asistencia adecuada de las mujeres sometidas a la MGF durante el parto.

Por tanto, nos encontramos con una limitación importante para el abordaje de la MGF, que nos guía hacia nuevas perspectivas de estudio, pero también de acción y trabajo sobre el terreno, un trabajo que parece que ya ha comenzado.

5.2. CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis y la discusión de los resultados obtenidos, es posible responder a la pregunta de investigación, a partir de la consecución tanto del objetivo general, como los objetivos específicos del estudio. De esta manera, se puede concluir que:

1- Este estudio proporciona una visión de la falta de conocimiento y aptitudes necesarias del servicio de matronas sobre la MGF y sus consecuencias, algo imprescindible para garantizar una asistencia óptima durante el parto, de cara a la prevención de complicaciones asociadas a la práctica.

2- Se deduce que el alcance de la formación impartida entre el personal del servicio de matronas es baja, pues los sujetos participantes que hayan participado en alguna actividad formativa no llegan al 50%. Además, se hace visible la necesidad de un cambio en el formato de dichas formaciones, pues los resultados muestran varias carencias en su efectividad a la hora de dotar de suficiente conocimiento y aptitud a los/as receptores/as.

3- Los sujetos capaces de mencionar al menos un país donde se practica la MGF son menos del 50% y varios países de donde proceden la mayoría de las mujeres de este colectivo que residen en Madrid y los que tienen altas prevalencias de MGF no han tenido el protagonismo que les corresponde o incluso no han sido nombrados. El conocimiento de los países donde se partica la MGF dota al personal de la capacidad de mantenerse alerta y realizar una inspección más exhaustiva en el momento del ingreso de una mujer procedente de alguna de estas regiones. Por tanto, el deficiente conocimiento que los/as participantes muestran al respecto, también se considera una carencia importante a la hora de abordar el tema de la forma más rápida y eficaz posible.

4- En cuanto al análisis de la preparación del personal respecto a las complicaciones de la MGF en el parto, se afirma una noción generalizada de su existencia, pues el 92,3% de los sujetos refieren que la práctica se asocia a ciertas complicaciones. De todas formas, teniendo en cuenta que el personal que ha participado en el estudio se encarga de afrontar dichas complicaciones durante el parto, se concluye que también en este campo los conocimientos que se muestran son insuficientes, pues sólo el 76,9% es capaz de nombrar al menos una complicación. Además, desglosando los datos, se visibiliza que algunas complicaciones tan prevalentes como la hemorragia, distocia, cesárea o las episiotomías son conocidas para menos del 15% de los/as participantes.

5- El 25% de las personas participantes en este estudio afirman haber atendido alguna vez a una mujer mutilada durante el parto. Sin embargo, ante los deficientes resultados que muestran para la correcta definición de los tipos de MGF, así como la incapacidad para su identificación a través de imágenes, se concluye que la detección de casos de mujeres mutiladas que acuden al hospital por parte de los/as profesionales del presente estudio podría ser inferior a la real.

6- Ningún sujeto afirma la existencia de algún tipo de registro en la historia médica de la mujer mutilada a la hora del ingreso en el hospital, por lo que se concluye que la comunicación o la coordinación entre los distintos niveles de atención que facilite el abordaje del tema, es deficiente.

7- La falta de coordinación y comunicación entre los distintos niveles asistenciales se relaciona directamente con la falta de conocimiento de los protocolos que muestran los/as profesionales, pues las guías de actuación facilitan la transmisión de información entre atención primaria y atención especializada. Por tanto, se concluye que es necesario difundir protocolos y guías de actuación e incidir en la importancia de estos elementos, para garantizar una asistencia adecuada durante el parto, así como el seguimiento necesario en el postparto.

8- La carencia de conocimientos y la falta de capacidades de los/as participantes para el abordaje del fenómeno y las consecuencias derivadas, se ven reflejadas en el interés que muestran por el tema, pues un 98,1% refieren que es necesario facilitar y ampliar el conocimiento sobre la MGF. Esta predisposición para saber más sobre el fenómeno de la MGF facilita la labor de formación del personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, M. D. (2004). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado.* Córdoba, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Alcón, C., Jiménez, I., Pastor, M.M. y Almansa, P. (2015). Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. *Atención Primaria, 48*(3), 200-205.

Amnistía Internacional (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Londres: EDAI

Banks, E., Meirik, O., Farley, T. y Akande, O. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet, 367*(9525), 1835.

Barrére, M. A. (2008). Género, discriminación y violencia contra las mujeres. En P. Laurenzo, M. L. Maqueda, y A. Rubio (Coords.), *Género, violencia y derecho* (pp. 27-49). Valencia, España: Tirant To Blanch.

Cambronero, I., Campos, C., Chavarría, R., Chavarría, D., Gamboa, K., Loría, G. y Flores, G. (2008). Conocimiento del personal de salud sobre la mutilación genital femenina. *Acta Médica Costarricense, 50*(4), 238-242.

Castañeda Reyes, J. (2003). *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: a propósito de la mutilación femenina en Egipto*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África.

De Arriba, Y. (2010). *Mutilación genital femenina: una forma de violencia contra la mujer socialmente aceptada* (Tesis de posgrado). Universidad de Salamanca, España.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *La mutilación genital femenina en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones.

Departamento de Salud, Osakidetza y Emakunde (2016). *Mutilación genital femenina: guía de actuaciones recomendadas el Sistema Sanitario de Euskadi*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. En: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/e

García de Herreros, T., Garabato, S., Martínez, M.L. (Coords.) y Grupo de Trabajo (2017). *Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

García, M. P. (2014). *Manual de prevención de la mutilación genital femenina. Buenas prácticas.* Madrid, España: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad.

García, M. P. (2016). *Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas prácticas.* Madrid, España: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad.

García, S. y Sánchez, M.M. (2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas de Enfermería, 16*(7), 18-22.

Generalitat de Catalunya (2007). Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Barcelona. En: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/05immigracio_refugi/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf

Gobierno de Aragón (2016). Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. En: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documentos/protocolo_mutilacion_2016.pdf

Gobierno de Navarra (2013). Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. Pamplona. En: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf

Grande, M.L., Ruiz, S. y Hernández, M. (2013). El abordaje social y político de la mutilación genital femenina. *Portularia, XIII*(1), 11-18.

Instituto Nacional de Estadística. (2016). Padrón Continuo [base de datos en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid [Consultado 22 de Agosto de 2017]. Disponible en:http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp04%2F%2Fa2016

Jiménez, I. (2015). *Enfermería y cultura: fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina* (tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería, Murcia.

Jiménez, I., Almansa P., Pastor, M.M. y Pina, F. (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global, 11*(28), 396-410.

Jiménez, I., Pastor, M.M., Almansa, P. y Ballesteros C. (2014). Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. *Index de Enfermería*, *24*(3), 159-163.

Kaplan, A. y Bedoya, M. H. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica. En J. De Lucas (Coord.), *Europa: derechos, culturas* (pp. 15-49). Valencia, España: Tirant Lo Blanch.

Kaplan, A. y López, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012.* Barcelona, España: Universitat Autónoma de Barcelona.

Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., & Ceesay, H. (2013). Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International journal of women's health*, *5*, 323-331.

Kaplan, A., Toran, B., Moreno, J., Castany, M.J. y Muñoz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research, 9*(1), 11. Doi: https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-11

Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H., Bermúdez, K., Moreno J. y Bolívar, B. (2006) Las mutilaciones genitales femeninas. Reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria, 38*(2), 122-6.

Laurenzo, P. (2008). La violencia de género en el derecho penal: Un ejemplo de paternalismo punitivo. En Laurenzo, P., Maqueda, M.L. y Rubio, A. (Coords.), *Género, violencia y derecho* (pp. 329-363). Valencia, España: Tirant To Blanch.

León, F. y Casado, R. (2014). Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina. *Matronas Profesión, 15*(2), 56-61.

Leye, E., Powell, R.A., Nienhuis, G., Claeys, P. y Temmerman, M. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care Women Int.* 27, 362-78.

López-Fando, C. y García de Herreros, T. (2014). A propósito de un caso. Mutilación genital femenina. *Actualización en Medicina de Familia, 10*(7), 383-389.

Marchal, N. (2011). Mutilación genital femenina y violencia de género. En García, F. J. y Kressova, N. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 2179-2190). Granada: Instituto de Migraciones.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Moreno, J. y Castany, M.J. Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina. En *Primàrics vol. 14. Institut Catalá de la Salut;* 2002: 14-15. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html

OMS. (2012). *Mutilación genital femenina.* Obtenido de Nota descriptiva Nº 241: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/

Ortega, I. (2013). *Esculpir el género: Nuevas fronteras de la mutilación genital femenina.* Ediciones UIB: Palma de Mallorca.

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. y Essén, B. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women Int,* 27: 709-22.

Toran, P., Kaplan, A., Bermúdez, K. y Castany, M.J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones,* nº 19, 189-217.

UNAF. (2013). *Mutilación genital femenina en España. Prevención e Intervención.* Madrid, España: Unión de Asociaciones Familiares.

UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement.* Geneva: WHO. En: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.Html

UNFPA. (2015). *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation.* Obtenido de United Nations Population Fund: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1027123_UN_Demograhics_v3%20%281%29.pdf

UNICEF. (2011). *Más de 6000 comunidades en África abandonan la práctica de la mutilación genital femenina.* Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.es/prensa/mas-de-6000-comunidades-en-africa-abandonan-la-practica-de-la-mutilacion-genital-femenina

UNICEF. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.* Obtenido de United Nations Chindren´s Fund: http://www.uricef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

Vidal, M. (2016). Implicaciones jurídicas de la mutilación genital femenina en las sociedades abiertas. *Derechos y Libertades*, 34, 169-202.

WHO. (2001). *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A students manual.* Geneva: World Health Organisation. Obtenido de:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/2/WHO_FCH_GWH_01.4.pdf

WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome; WHO collaborative prospective study in six african countries. *The Lancet,* 367, 1835-1841.

Widmark, C., Tishelman, C. y Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-25.

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M. D., Stadlmayr, W., Surbek, D. V. y Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(9), 1204-1209.

DOCUMENTOS ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Título del estudio:

Conocimiento, actitudes y experiencias profesionales del servicio de matronas de hospital sobre la mutilación genital femenina.

Objetivo del estudio:

Determinar los conocimientos, actitudes y percepciones del servicio de matronas del servicio público de salud, respecto a la MGF y las complicaciones asociadas a ella durante el parto.

Yo, (nombre y apellidos) _____
_____

Con DNI: ……..
…….

- He sido informado sobre el alcance, objetivos y metodología del estudio antes referido que se realizara en mi centro de trabajo
- Comprendo que puedo solicitar información a los responsables del mismo
- Que en caso de solicitarla podre obtener información , finalizado el estudio
- Asumo que mi participación es voluntaria y que mi decisión de participación es libre y bajo total anonimato

Por lo anterior, que sigue la normativa Bioetica de Helsinki y la ley de protección de datos 15/1999 Presto libremente mi conformidad para contestar con veracidad al cuestionario del estudio

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____ Fdo: _____

La/El participante El investigador (en el momento estudio)

ANEXO 2: Encuesta.

En Madrid, el 18 de mayo de 2017

ENCUESTA

Esta encuesta se realiza para estudiar el conocimiento que el servicio de matronas de hospital tiene sobre la mutilación genital femenina, con el objetivo de elaborar un Trabajo Final de Máster en la Universidad Autónoma de Madrid.

1- **Género:**
   - ○ Hombre
   - ○ Mujer
2- **Edad:**
   - ○ 22-30
   - ○ 31-45
   - ○ 46-55
   - ○ > 56
3- **¿Cuál es su situación actual?**
   - ○ Residente de primer año
   - ○ Residente de segundo año
   - ○ Trabajador/a con plaza fija en el hospital
   - ○ Trabajador/a con contrato indefinido
   - ○ Trabajador/a eventual
   - ○ Otros
4- **¿Ha participado en algún proyecto de cooperación internacional en África?**
   - ○ Si
   - ○ No
5- **¿Sabe lo que es la mutilación genital femenina?**
   - ○ Si
   - ○ No
6- **¿Sabría nombrar los principales países donde se realiza esta práctica? Si es así, haga una lista.**
   - ○ Si
   - ○ No

…….....

7- ¿Cree que esta práctica se relaciona con alguna complicación para la mujer en el parto? Si es así, haga una lista.

- ○ Si
- ○ No
- ○ No lo sé

……
……
……

8- ¿Cree que la mutilación genital femenina se relaciona con alguna complicación para el recién nacido?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No lo sé

9- Conoce las características de los distintos tipos de mutilación genital femenina según la clasificación de la OMS?

- ○ Si
- ○ No

10- Responda a esta pregunta sólo si su respuesta anterior ha sido un "si". Le mostramos tres definiciones diferentes para unirlas con el correspondiente tipo de mutilación genital femenina que aparecen numeradas debajo.

- ○ Resección total o parcial del clítoris y los labios menores y mayores
- ○ Resección total del clítoris
- ○ Resección y recoloración de los labios menores (estrechamiento del orificio vaginal cosiendo juntos los labios menores y dejando un pequeño orificio).

1- Tipo 3a 2- Tipo 2c 3- Tipo 1b

11- ¿Es capaz de detectar y distinguir los distintos tipos de mutilación genital femenina tras la inspección habitual?

- ○ **Si**
- ○ **No**
- ○ **No lo sé**

12- A continuación, debe unir los siguientes tipos de mutilación genital femenina con la imagen que le corresponde a cada uno de ellos:

Imagen A

Imagen B

Imagen C

1- Tipo 2b 2- Tipo 3a 3- Tipo 1b

13- ¿Ha asistido alguna vez a una mujer mutilada en el parto?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No lo sé

14- ¿En aquellos casos, existía algún tipo de registro en su historia médica o cartilla de embarazo?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No lo sé

15- ¿Existe algún protocolo de actuación para poner en práctica tras la detección de la mutilación genital femenina en una mujer que va a dar a luz en el hospital?

- ○ Si, pero no lo conozco
- ○ Si y conozco el funcionamiento y los pasos a seguir
- ○ No existe ningún protocolo
- ○ No lo sé

16- ¿Ha recibido alguna formación sobre la mutilación genital femenina?

- ○ Si, era una formación obligatoria
- ○ Si, pero era una formación de carácter opcional
- ○ No

17- ¿Cree que se debe facilitar y ampliar el conocimiento sobre el tema?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No tengo interés al respecto

18- ¿Cree que debería existir un trabajo interdisciplinar coordinado para el abordaje del tema? Si es así, escriba qué profesionales cree que deberían participar.

- ○ Si
- ○ No
- ○ No tengo interés al respecto

……

….....