

**Protocolo para la Prevención de la
Mutilación Genital Femenina
en Castilla-La Mancha**

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha



Diseño de Roberto Goycoolea Prado

**Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina
en Castilla-La Mancha**

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha (2017)



ÍNDICE

Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha

INTRODUCCIÓN	1
ACUERDO INTERINSTITUCIONAL	5
OBJETIVOS	7
PARTE I. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	9
Justificación y significado.....	12
Concepto y extensión	14
Tipos de MGF	16
Consecuencias para la salud.....	17
Marco jurídico	19
PARTE II. ABORDAJE INTEGRAL DE LA MGF	26
Factores de riesgo	28
Mapa de prevalencia	28
Sensibilización y formación de los/las profesionales.....	29
Intervención y recomendaciones para prevenir la MGF en niñas.....	33
Comisiones de seguimiento.....	42
ANEXOS	44
Anexo I. Hoja de notificación a Servicios Sociales casos de riesgo o práctica de MGF en niña.....	46
Anexo II. Hoja de notificación al Centro de Salud casos de riesgo o práctica de MGF en niña.....	47
Anexo III. Hoja de notificación a Servicio Especializado de Menores casos de riesgo o práctica de MGF en niña	48
Anexo IV. Hoja de notificación al Juzgado o Fiscalía de Menores de casos de riesgo o práctica de MGF en niña	49
Anexo V. Compromiso preventivo de la Mutilación Genital Femenina (MGF)	50
Anexo VI. Recursos Institucionales en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.....	52
BIBLIOGRAFÍA	56
AGRADECIMIENTOS	60

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de quienes la practican, la mutilación genital femenina (MGF) es una práctica que simboliza el rito de paso de la etapa de la niñez a la edad adulta, tiene un componente social, cultural e identitario muy fuerte. Desde la perspectiva occidental, se considera una práctica que se realiza contra las mujeres, generalmente en las primeras etapas de la vida, significando desde la firma del Convenio de Estambul un grave atentado contra los Derechos Humanos, al tiempo que una discriminación por razón de género. Supone, además una desprotección de las menores como titulares de derechos contra toda forma de maltrato por lo que requiere las urgentes actuaciones legales vigentes de protección jurídica de menores.

Esta práctica lesiona los órganos genitales femeninos y causa daños irreversibles, provocando unas repercusiones muy negativas para quienes la padecen en su salud física, mental y sexual, lo que hace necesario un abordaje desde todos los sectores relacionados con las niñas, como víctimas potenciales, con el fin de prevenir su realización.

Existe un cierto debate sobre el término más oportuno para denominar este fenómeno. Desde el ámbito académico se tiende a nombrar como *Female Genital Cutting* (FGC), que se puede traducir como Cortes Genitales Femeninos. Esta propuesta se basa en que es un término respetuoso con las personas de las culturas que lo practican. Sin embargo, desde ámbitos más relacionados con los estudios de género y los Derechos Humanos, se defiende nombrarlo como Mutilación Genital Femenina (MGF).

A nivel más popular se utilizan términos como ablación, circuncisión femenina, cortes genitales, cirugía genital femenina o práctica tradicional para denominar lo que desde el propio Comité Interafricano se nombra como MGF, y que se refiere a todas las prácticas tradicionales que se ejercen sobre los genitales externos de la mujer - niña, sin indicación terapéutica y con repercusiones negativas para su salud.

Con unas instituciones cada vez más sensibles ante temas como este, se han iniciado en los últimos años diferentes iniciativas que se han traducido en trabajos para la elaboración de guías y protocolos con el objetivo de acercar el problema a las instituciones y a los y las profesionales que pueden detectar situaciones de riesgo. Hernández y Almansa (2014) llevaron a cabo un estudio sobre los protocolos y las publicaciones sobre la MGF confirmando la importancia de elaborar protocolos para ayudar al profesional respecto al abordaje integral del problema y optimizar su actuación. Aunque estas autoras se refieren al ámbito de la salud, entendemos que es aplicable a los demás entornos que guardan relación con este fenómeno. Entre los estudios y protocolos más significativos publicados en los últimos años destacan los siguientes: el estudio sobre Mutilación Genital Femenina en España, elaborado en 2016 por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género¹; el Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón (2016)²; el Protocolo común³ para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015); el Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra (2013)⁴, y el Protocolo de actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina (Generalitat de Catalunya. 2007)⁵.

Para la elaboración de este Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha se ha llevado a cabo una investigación⁶, a través de la técnica de grupos de discusión (focus groups), en la que han participado profesionales de los diferentes ámbitos de esta Comunidad Autónoma relacionados con el fenómeno

¹http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf

²<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ARAGon2016.pdf>

³El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación a la MGF, se refuerza en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, que en su medida 185 establece *Proponer la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.*

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

⁴http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/navarra_2013.pdf

⁵http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf

⁶ El estudio completo puede consultarse a través del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha: Carrasco, C.; Francisco, C.; e Ibáñez, M. (2016). *“Estudio para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha”*.

de la MGF. La experiencia de dichos profesionales hace prever que este protocolo, que aquí se presenta, se ajusta a la realidad de Castilla-La Mancha, lo que sin duda facilitará su aplicación.

El Protocolo consta de una primera parte en la que se analiza el significado de esta práctica desde las múltiples perspectivas que ayudan a comprender su magnitud, además se aborda el concepto de MGF, los diferentes tipos de prácticas, las consecuencias para la salud y el marco jurídico. Esta primera parte finalizará con el análisis de la realidad en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. La segunda parte consta de un abordaje integral para prevenir los casos de MGF que se detecten en la Comunidad y ofrece medidas concretas de intervención (de sensibilización, prevención y tratamiento), en los diferentes ámbitos, así como la coordinación entre ellos. El protocolo finaliza con la evaluación a través de Comisiones de seguimiento.

ACUERDO INTERINSTITUCIONAL

En reunión:

José Luis Martínez Guijarro Vicepresidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha	Araceli Martínez Esteban Directora del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha
Aurelia Sánchez Navarro Consejera de Bienestar Social	Ángel Felpeto Enríquez Consejero Educación, Cultura y Deportes
Jesús Fernández Sanz Consejero Sanidad	M ^a Estrella Giménez Buiza Presidenta Fundación Kirira Contra la Mutilación Genital Femenina
Idoia Ugarte Gurrutxaga Vicepresidenta Médicos del Mundo Castilla la Mancha	

Las y los aquí reunidos expresan su voluntad y necesidad de coordinar sus competencias y esfuerzos y poner en común los medios personales y materiales para prevenir la Mutilación Genital Femenina.

OBJETIVOS

El **objetivo general** es prevenir la práctica de la mutilación genital femenina (en adelante se denominará MGF) proporcionando orientación en la identificación de la población de riesgo a las y los profesionales que intervienen frente a este tipo de violencia de género a fin de evitar que se practique la MGF en niñas que viven en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, sin dejar de prestar atención a las mujeres que hayan sido víctimas de esta práctica.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

- Proporcionar a las y los profesionales vinculados a esta práctica la sensibilización, información y formación necesaria para actuar en situaciones de riesgo.
- Articular un sistema de intervención integral – sensibilización, prevención y tratamiento - sobre la población de riesgo en las comunidades que realizan estas prácticas con una coordinación interprofesional e interinstitucional.
- Mitigar los efectos de la MGF en las mujeres que ya han sido víctimas.
- Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones contempladas en el protocolo.

PARTE I. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Justificación y significado

Concepto y extensión

Tipos de MGF

Consecuencias para la salud

Marco jurídico

Análisis de la realidad en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Justificación y significado

La MGF es una práctica ancestral entre las comunidades, etnias y grupos que la llevan a cabo por decisiones que se toman en la familia, en las que las mujeres que pertenecen a ella tienen un papel fundamental. Aunque los hombres también participan, las mujeres generalmente están de acuerdo con la práctica, apoyadas en lo que se ha destacado como “argumentos positivos”, y en la mayoría de los grupos la abuela paterna juega un papel fundamental en la decisión (Ballesteros *et al.* 2014). Kaplan *et al.* (2016), explican que cuando una madre decide que no se mutile a su hija, la abuela paterna tiene el derecho de hacer que la nieta cumpla con el rito. Es una obligación que proviene de la tradición y debe ser respetada, porque la marca física simboliza la pertenencia al grupo.

La MGF responde a tradiciones culturales propias de los diferentes territorios y etnias en los que se lleva a cabo (principalmente en países de África subsahariana, pero también en algunas comunidades de Asia y Oriente Medio), por lo que es necesario abordar el problema con mucho respeto a las sensibilidades de quienes están a favor, sin que ello signifique el menor atisbo de tolerancia. Es un propósito del presente Protocolo transmitir este valor, con acciones de educación e información, sin culpabilizar a la familia, tratando de que abandonen esta práctica, con los recursos de la propia comunidad y de los colectivos de inmigrantes.

Este Protocolo está dirigido principalmente a los y las profesionales de los ámbitos de la Salud, de la Educación y de Bienestar Social de Castilla-La Mancha por la relación que tienen con esta práctica lesiva contra las mujeres. Además resulta fundamental la coordinación de estrategias de abordaje en colaboración con asociaciones de todos los ámbitos (educación, cultura, deportes, salud, cooperación al desarrollo, etc.) que estén en contacto con la población en riesgo y sobre todo con aquellas que tengan experiencia en MGF. Especial relevancia tendrán las asociaciones de personas de los distintos países donde se practica la MGF y los/las mediadores/as interculturales. Ellos y ellas conocen bien qué etnias practican la mutilación y seguro que serían buenos/as catalizadores/as. La figura del mediador/a intercultural no tiene que proceder necesariamente del mismo país que la niña en riesgo, pero sí es necesario que tenga un reconocimiento entre la comunidad africana. Tampoco es imprescindible que haya un/a mediador/a por cada comunidad.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta es que toda medida que se plantee debe considerar la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las mujeres, potenciando la igualdad de género, premisa imprescindible para acabar con las prácticas discriminatorias contra la mujer. En España la erradicación de la MGF se incluye en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia sobre la Mujer 2013-2016.

Según Kaplan y Bedoya (2004), para poder intervenir es necesario conocer las razones que se esgrimen para su realización. Entre los motivos que se argumentan para su práctica están:

- La mejora del rol de la mujer: que implica ser aceptada en la comunidad, conseguir un mejor casamiento y posición social.
- La salud sexual y reproductiva: se considera que mitiga el deseo sexual, fomentado la castidad. La totalidad de las mujeres que participan en el estudio de Ballesteros *et al.* (2014) manifiesta no sentir placer con las relaciones sexuales, aunque no parece que se garantice la castidad antes del matrimonio. También se argumenta que facilita el proceso del embarazo y el parto, haciendo más seguro el alumbramiento para el recién nacido.
- La higiene: en algunas lenguas mutilación es sinónimo de limpieza, de purificación. La mujer que no ha sido mutilada es considerada “sucía”, se la conoce como *solima* (mujer sucia) y, según describen Kaplan y Bedoya (2004), es el peor insulto que puede recibir una mujer, *no se puede beber ni el agua ni los alimentos que haya manipulado, porque a través de su estado de impureza, ejerce una acción contaminante sobre aquello que toca.*
- La estética: los geniales femeninos son considerados excesivamente voluminosos y feos.

Esta práctica no está ligada a ninguna religión. Aunque a veces se asocia con el islam, no existe ninguna indicación en el Corán para su realización. En el año 2005 se reunieron políticos y líderes religiosos de 50 estados musulmanes en la *Primera Conferencia Islámica de Rabat*, en la que se declaró la MGF como una práctica contraria al islam, instando a los países islámicos a trabajar en su erradicación. También se lleva a cabo en comunidades cristianas y judías.

No someterse a la mutilación hace a la niña más vulnerable, puede sufrir acoso, exclusión de eventos comunales importantes, de las redes de apoyo y marginación por sus pares (OMS, 2013).

Es importante, siguiendo a Kaplan, Salas y Mangas (2016) *iniciar el abordaje sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata ante el planteamiento de un viaje inminente. Debemos ser conscientes que para las mujeres africanas renunciar a prácticas como la MGF es vivido como un choque entre su identidad tradicional y unos valores que se les imponen desde fuera. Es por ello que debe ser un proceso de cambio lento, para la construcción de una identidad nueva.*

Concepto y extensión

El tratado internacional de mayor alcance dedicado a la prevención y lucha de la violencia estructural contra las mujeres, el Convenio del Consejo de Europa (Estambul), ratificado por España en 2014, incluye específicamente la MGF como una forma grave de violencia. Para la OMS significa toda práctica que conlleva la extirpación, total o parcial, de los genitales externos de la mujer, sin que para ello exista indicación terapéutica. La etapa de la vida más habitual para llevarla a cabo es entre los cuatro y los catorce años, aunque se practica a edades muy diversas, desde poco después del nacimiento hasta el primer embarazo. La OMS resalta que parece haber una tendencia a practicarla en niñas cada vez más jóvenes, para minimizar su resistencia. Esta preferencia por adelantar la edad, la convierte para algunos autores y autoras en un proceso puramente físico, de forma que pierde los componentes culturales de *rito de paso* (Kaplan *et al.* 2016).

Se practica en alrededor de 40 países, 29 de ellos del África subsahariana (franja de Sahel), algunas comunidades de India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka y en países de Oriente Medio como Emiratos Árabes Unidos, Omán, Yemen, Iraq e Israel (UNFPA, 2015)⁷. Es una práctica que se justifica desde las tradiciones culturales. Entre las principales etnias que lo practican destacan Sarahuele, Mandinga, Soninke, Dogon, Awusa, Djola, Fulbé, Bámbara, Pokot, Edos o Fante. En alrededor de la mitad de estos

⁷ Respuestas a las preguntas más frecuentes sobre MGF se pueden encontrar en el enlace web del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): <http://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf>.

países está prohibida su práctica, pero la presión social es muy fuerte, lo que hace que se siga realizando, incluso por parte de personas que están en contra, con el único fin de mantener el sentimiento de pertenencia y promover la cohesión social (Kaplan *et al.* 2006) y ser reconocidas por su comunidad.

El fenómeno migratorio hacia países industrializados ha extendido estas prácticas a través de la población inmigrante residente en éstos, pero nacida en los países en los que se practica la MGF. Generalmente se sigue ejecutando en el país de origen, aprovechando alguna estancia, siendo muy excepcional su realización fuera de ellos, aunque la bibliografía apunta a que ha podido llevarse a cabo en países industrializados.

Tanto en la decisión como en el abandono de la práctica influye el hecho de que se adopte en familia, en el grupo, lo que hace que sea una decisión de la comunidad. El abandono de esta práctica de manera individual por parte de la madre o del padre (o ambos) es muy difícil. La familia de procedencia puede llegar a ejercer presión sobre la familia que ha emigrado y forzarla, de alguna manera, a que se les practique a las niñas, aprovechando la estancia en el país de origen. Siendo estos periodos, por tanto, considerados como de riesgo inminente.

La MGF afecta en el mundo a unos 140 millones de mujeres, en Europa a más de 500.000. Alrededor de 180.000 están en riesgo de sufrirla y, concretamente en España, Kaplan y López (2013) calculan que corren riesgo 17.000 niñas⁸.

En España los primeros casos se detectaron en Cataluña en el año 1993, y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996. Los casos de Cataluña fueron denunciados por profesionales de la salud y los familiares fueron absueltos argumentando *la no intencionalidad de lesionar y el error de prohibición*⁹. A raíz de esta situación, se llevaron a cabo trabajos de mediación antropológica que dieron como resultado *un compromiso con la comunidad inmigrada de las localidades donde se*

⁸ Según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015).

⁹ En el documento elaborado por Kaplan, A.; Salas, N. y Mangas, A. (2015) sobre la mutilación genital en España se pueden consultar las sentencias sobre los casos de MGF en España.

detectaron los casos para que no se realizaran estas prácticas (Kaplan et al. 2006). Desde entonces, se vienen identificando niñas y mujeres mutiladas en sus países de origen¹⁰, pero no se ha vuelto a tener conocimiento de que se haya practicado en el territorio español.

Tipos de MGF

Según la OMS (2007), se reconocen cuatro tipos, clasificados según la extensión anatómica extirpada:

- **Tipo I. Clitoridectomía:** consiste en la escisión del prepucio del clítoris con extirpación total o parcial de éste.
- **Tipo II. Escisión:** se trata de la eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores.

Los tipos I y II son los más comunes, representan entre el 80 y el 85% de los casos.

- **Tipo III. Infibulación:** consiste en la extirpación total o parcial de los genitales externos y sutura con estrechamiento de la apertura vaginal. Representa alrededor del 15% de los casos. Las incisiones se “suturan” con los recursos disponibles, llegando a hacerlo con espinas de acacia. A la niña se le atan las piernas para evitar la deambulación y facilitar así la cicatrización (OMS, 2012).
- **Tipo IV.** Variedad de prácticas en el clítoris y en los labios tales como: pinchazos, perforaciones o incisiones en el clítoris y/o en labios; cosido del clítoris o de los labios o ambos; cauterización mediante abrasión del clítoris y tejidos adyacente; rapado o cortes en el orificio de la vagina; introducción de sustancias corrosivas en la vagina para provocar su estrechamiento.

La MGF suele practicarse en rituales colectivos, en grupos de niñas de una misma familia o vecindario, aunque también se lleva a cabo de manera individual.

¹⁰ En la práctica totalidad de los grupos de discusión que se han llevado a cabo para la elaboración de este informe algunas de las participantes han expresado haber tenido contacto con alguna mujer mutilada. En uno de los grupos de discusión hasta cuatro profesionales de diferentes especialidades del sistema de salud. En el tratamiento del tema se aplicaron, en todo momento, los principios del secreto profesional.

Generalmente la realiza alguna mujer de la comunidad con algún tipo de reconocimiento, como curandera, partera o simplemente anciana. Aunque cada vez más se lleva a cabo también en centros sanitarios por personal formado y con procedimientos garantistas, lo que no quita crueldad a la práctica (OMS, 2013).

Consecuencias para la salud

La MGF además de representar un problema que atenta contra los Derechos Humanos, es un problema de salud pública por las repercusiones que tiene en la salud de las víctimas y porque *todas las mujeres y las niñas tienen derecho a disfrutar del más alto grado posible de salud* (OMS, 2015).

Según el Protocolo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la mayoría de las personas que la practican, las familias y las víctimas desconocen los problemas de salud que puede ocasionar la MGF, por lo que la información puede ayudar a la decisión de desistir de su realización.

Aunque según Gallego y López (2010) en los últimos años se está produciendo un aumento de profesionales de la salud que realizan la MGF en diferentes países africanos, generalmente sigue siendo una práctica que llevan a cabo personas sin formación. Las complicaciones **físicas** se relacionan precisamente con la falta de conocimientos, habilidades y recursos de quienes más frecuentemente la realizan, que son mujeres (ancianas, curanderas y parteras) sin preparación. Los problemas más comunes son:

- **Dolor intenso:** es una práctica muy dolorosa, que generalmente se realiza sin ningún tipo de anestesia. Tiene consecuencias inmediatas, como heridas abiertas que a su vez producen dolor durante un tiempo indefinido. Posteriormente quedan las secuelas de la experiencia traumática, como ansiedad y miedo.
- **Hemorragias:** la manipulación quirúrgica de una zona muy vascularizada puede llegar a provocar hemorragia, shock y muerte de la niña. A largo plazo, las hemorragias unidas a la malnutrición, pueden provocar anemias severas.
- **Infecciones:** la utilización de material no estéril, como cuchillas, cristales, cuchillos y hasta piedras afiladas o trozos de lata de metal, puede producir infección en la

herida e infección urinaria, con consecuencias imprevisibles para la niña. También puede causar infección por VIH/SIDA, hepatitis o tétanos, al compartir instrumentos entre niñas infectadas y no infectadas, sin garantías. A largo plazo, pueden producirse complicaciones por infección pélvica, menstruaciones dolorosas y cicatrices en queloide.

- **Lesiones** en uretra y vagina.
- **Retención de la sangre menstrual** en los casos de infibulación y, además de dismenorrea, se pueden producir fístulas rectovaginales y vesiculovaginales, dificultad para orinar, infertilidad y complicaciones en el parto con riesgo para la madre y el bebé.
- **Fracturas**, producidas por las resistencias que ponen las niñas.

Las complicaciones a nivel **sexual** son muy negativas para las mujeres, mientras que para los hombres la finalidad tiene que ver con el incremento del placer sexual. Aunque también se describe lo contrario, como problemas para la penetración con la consiguiente frustración. Los problemas más habituales a nivel sexual y reproductivo son:

- Necesidad de practicar la **desinfibulación** como parte del rito del matrimonio para permitir la penetración.
- Relaciones sexuales **dolorosas e insatisfactorias**.
- A largo plazo **esterilidad**, por las infecciones.
- En algunas culturas se vuelve a coser a la mujer después del parto (OMS, 2000).

A nivel **psicológico**, las complicaciones suelen ser a medio y largo plazo, y en mujeres a las que se les ha practicado en torno a la adolescencia o en edades más tardías las más habituales son:

- Sentimientos de humillación, vergüenza y terrores nocturnos. Se suele manifestar con depresión y baja autoestima.
- Las madres que promueven la mutilación de las hijas a menudo presentan sentimientos de culpa.

Marco jurídico

En nuestro entorno hay que considerar que a veces las mujeres-madres inmigradas y los hombres-padres inmigrados no ven ya los aspectos positivos de la MGF, pero se ven sometidas y sometidos a presiones por parte de la familia que sigue residiendo en el país de origen. Según Kaplan y Bedoya (2004), entre los conflictos en el proceso de integración social se encuentran: la lealtad a sus mayores que residen en el país de origen y *el mito del entorno que incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género*. La investigación que llevan a cabo Kaplan et al. (2016) sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las familias Africanas Migrantes, pone de manifiesto que las mujeres están más de acuerdo con la práctica que los hombres (el 90,5% de madres de Gambia, frente a un 78,4% de padres de este mismo país).

La Organización de Naciones Unidas y otros organismos internacionales promueven la eliminación de la MGF a través de declaraciones, resoluciones, conferencias, estudios y protocolos. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- La **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, que en su artículo 15 establece que *todas las personas tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidas a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*.
- La **Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño** adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas (1989), que en su artículo 24.3 aprueba *que los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños*.
- La Cuarta **Conferencia Mundial sobre la Mujer** (Beijing 1995): la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing recomienda *dar prioridad a los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud. Hace hincapié en la eliminación de las actitudes y prácticas nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina*. Al tiempo que insta a aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina.

- En 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una declaración conjunta con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) contra la práctica de la MGF.
- Protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África, “**Protocolo de Maputo**”, de 11 de julio de 2003 (actualmente 24 países africanos han legislado contra la MGF).

El Convenio del Consejo de Europa (Convenio de Estambul, mayo 2011) supone el primer instrumento de carácter vinculante en la región europea en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica y contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer, entre las que se encuentra la MGF. Este Convenio ha sido ratificado por España y entró en vigor el 1 de agosto de 2014.

Por último, en el **Estado Español** la MGF está considerada como delito de lesiones y tipificada en el Código Penal (Artículo 149.2, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre modificada por la Ley Orgánica 11/2003), con penas de cárcel de entre seis y doce años. Cuando la víctima es menor, situación más común, o tiene alguna discapacidad, la pena puede ir acompañada de inhabilitación para ejercer la patria potestad o la tutela por un tiempo de entre cuatro y diez años. Adicionalmente, para los y las profesionales de los diferentes ámbitos que pudieran tener conocimiento de algún caso adquiere especial relevancia la Ley Orgánica 1/1996, de **Protección Jurídica al Menor**:

- En su artículo 13 señala que *toda aquella persona o autoridad, y especialmente aquellos que, por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*
- En esta misma línea, el artículo 14 establece que *las autoridades y servicios públicos tienen la obligación de prestar la **atención inmediata** que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal.*

En esta línea se inscribe también la **Ley Orgánica 3/2005**, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF, *al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.*

No obstante, expertas en este tema como Kaplan y Ballesteros, argumentan que los recursos jurídicos no pueden sustituir un tratamiento de este fenómeno desde una perspectiva social. Según estas autoras, la complejidad del problema requiere *ser abordada con tiempo, desde una perspectiva de análisis de sus raíces profundas, desde el respeto y la educación.* Esta idea se pone de manifiesto en la Declaración de Barcelona sobre la MGF en el año 2004, que en su punto 3 expresa: *Apoyamos una legislación más humana que evite la humillación de las comunidades africanas inmigradas.* La totalidad de autores y autoras coinciden en la importancia de las medidas preventivas para abordar este problema.

Análisis de la realidad en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

El número de personas extranjeras residiendo en España, según datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017, era de 4.549.858, un 3,5% de ellos lo hace en la Comunidad de Castilla-La Mancha (160.815 personas), lo que representa un 8% de la población total de esta región (2.030.661 personas).

La población de extranjeros y extranjeras con nacionalidad de alguno de los países donde se practica la MGF era en España de 327.537, de las cuales residían en Castilla-La Mancha **6.463** personas (INE, 1 de enero 2017).

La presencia y distribución en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de personas procedentes de los países en los que se practica la MGF, según el mapa elaborado por Kaplan y López (2013) referido al año 2012 (relativo a población africana), ponía de manifiesto que se había producido un importante aumento desde el año 2009, señalando esta Comunidad junto con Euskadi como aquellas en las que más había

aumentado la población, llegando a doblarla. La población femenina de origen extranjero procedente de países MGF era en 2012 de 1.512 mujeres, siendo las principales procedencias de Nigeria, Mali, Senegal, Guinea, Camerún y Mauritania. En ningún caso la procedencia debe ser asimilada a riesgo inminente, tan solo un indicio que justificaría el acercamiento a la familia inmigrada, no obstante se debe concentrar la sensibilización y la divulgación en las zonas geográficas donde hay mayor presencia de inmigrantes de países donde se practica la MGF.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la cifra de población femenina de la misma nacionalidad que los países recogidos en el mapa elaborado por Kaplan y López (2013), antes citado, sería de **1.419** mujeres a 1 de enero de 2017¹¹. Atendiendo a estos datos entre las mujeres empadronadas en Castilla-La Mancha con nacionalidad de países africanos en los que se practica la MGF destacarían: Nigeria (593 mujeres), Malí (254), Senegal (153), Camerún (61) y Guinea (56). El resto de países africanos tiene una incidencia inferior a cincuenta (véase tabla 1).

¹¹ Véase Estadística del Padrón Continuo, 2017, datos provisionales. Estos datos proceden del registro municipal de los empadronamientos, con lo cual podrían estar infravalorados en el caso de que la persona extranjera no se empadrona en el municipio, o bien sobrevalorados en caso de que haya abandonado el municipio y no se haya producido la baja (bien por voluntad propia o de oficio pasados dos años-solo cuando no se ostenta la residencia permanente). En cualquier caso, se aconseja no tomar estos datos como fiel reflejo de la realidad.

Tabla 1. Distribución territorial de la población femenina, según nacionalidad (África) y provincia de residencia (Castilla-La Mancha), 1 de enero de 2017

Nacionalidad	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Total Castilla-La Mancha
Nigeria	4	9	4	357	219	593
Malí	53	10	2	5	184	254
Senegal	86	4	4	31	28	153
Camerún	6	2	1	18	34	61
Guinea-Conakri	17	3	4	5	27	56
Ghana	3	2	4	38	8	55
Costa De Marfil	6	1	2	7	15	31
Egipto	5	5	0	11	9	30
Mauritania	7	3	4	3	5	22
Kenia	2	0	2	3	12	19
Etiopía	0	0	2	14	2	18
Gambia	6	0	0	4	1	11
República Democrática del Congo	0	0	0	10	0	10
Guinea-Bissau	3	0	0	2	2	7
Togo	0	0	1	3	2	6
Benin	0	0	0	0	1	1
Otros Países Africanos (Níger, Yemen, Somalia,...)	7	8	4	36	18	73
Totales	221	47	34	549	568	1.419

Fuente: INE, 2017 (datos provisionales).

Pero, como ya se ha apuntado, también se practica en algunas comunidades de países asiáticos y de Oriente Medio. Esta es la razón por la cual, a los datos relativos a países africanos, se añaden dos de las principales procedencias de países asiáticos: Pakistán e India. Las mujeres de nacionalidad pakistani empadronadas en Castilla-La Mancha a 1 de enero de 2017 eran de 303 y en el caso de la India, 162 mujeres. Nuevamente con las cautelas oportunas, estas procedencias junto con Indonesia, Iraq o Israel, han de tenerse en cuenta como potenciales practicantes de la MGF.

La distribución de esta población en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha es muy desigual. A nivel provincial destacan Toledo y Guadalajara como las provincias con mayor población femenina, especialmente la población femenina de nacionalidad nigeriana, y en el caso de Toledo, también de Malí. No obstante, al ser provincias limítrofes con la Comunidad Autónoma de Madrid, la población inmigrada se caracteriza por su gran movilidad geográfica, con lo cual los datos han de ser interpretados con cierta cautela.

El municipio con mayor población femenina procedente de Nigeria es Azuqueca de Henares (304), seguido de Guadalajara capital (56), Ocaña (30), Yuncos (26) y Camarena (24), estos tres últimos municipios pertenecientes a la provincia de Toledo. La población femenina procedente de Malí se concentra en dos municipios también de la provincia de Toledo: Recas (109) y Yuncos (30). La población femenina de nacionalidad senegalesa reside principalmente en los municipios de Albacete (88) y Guadalajara (9). Otros ejemplos de municipios con residentes de Pakistán son: Sonseca (82), Talavera de la Reina (16), Mora (12), los Yébenes (10), todos ellos en la provincia de Toledo, junto con Cuenca (17) y Albacete (11). Por último, otros municipios con población femenina con nacionalidad de países que practican la MGF son: Illescas, Torrijos, Cedillo del Condado, Seseña, Campo de Criptana, Valdepeñas, Alovera, Sigüenza, Mondéjar, Marchamalo, Yunquera de Henares, etc. No obstante, se observa una gran dispersión por municipios y países de procedencia.

En este contexto, las niñas menores de 15 años que residen en las familias procedentes de los países donde se practica la MGF deberían de ser el centro de atención preventiva. Según los datos del INE para el año 2017 residían en Castilla-La Mancha **520 niñas** menores de 15 años con nacionalidad de países donde se practica la MGF, siendo el mayor colectivo el de Nigeria (160), seguido de Mali (113), Pakistán (73) y Senegal (44), (véase tabla 2).

También en este caso las provincias con mayor número de residentes niñas con nacionalidad de alguno de los países donde se practica la MGF son Toledo y Guadalajara, destacando en el primer caso las nacionalidades de Nigeria y Malí, y en el segundo Nigeria.

Tabla 2. Distribución territorial de las niñas extranjeras menores de 15 años países MGF, según provincia de residencia (Castilla-La Mancha), 1 de enero 2017

País de nacimiento	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Total
Nigeria	0	0	0	87	73	160
Mali	23	6	1	2	81	113
Pakistán	8	12	20	10	23	73
Senegal	26	1	2	8	7	44
India	1	3	0	0	8	21
Otros Países Africanos (Níger, Yemen, Somalia,...)	2	0	0	8	8	18
Ghana	0	1	1	15	0	17
Guinea Conakri	6	1	1	0	8	16
Egipto	2	3	0	7	4	16
Camerún	1	0	0	3	8	12
Costa de Marfil	1	0	1	3	3	8
Mauritania	1	2	1	1	1	6
Etiopía	0	0	1	4	0	5
Gambia	1	0	0	2	1	4
Burkina Faso	3	0	0	0	0	3
Togo	0	1	0	2	0	2
Guinea-Bissau	0	0	1	0	0	1
Kenia	0	0	0	0	1	1
Totales	75	29	30	154	232	520

Fuente: INE, 2017 (datos provisionales).

PARTE II. ABORDAJE INTEGRAL DE LA MGF

El marco de referencia para el **abordaje integral**¹² de la MGF es el Protocolo común de Actuación Sanitaria ante la MGF, aprobado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2015¹³.

Partiendo del conocimiento de los **factores de riesgo** y el **mapa de prevalencia** en el continente africano, las actuaciones planteadas se desarrollan en tres momentos (no asociados a un orden cronológico):

- Sensibilización y formación de los y las profesionales para que identifiquen factores de riesgo.
- Prevención de la MGF en niñas a través de la detección y valoración del riesgo (relativo o inminente), así como, mitigar los efectos de la MGF en mujeres que ya han sido víctimas de esta práctica.
- Comisiones de seguimiento.

Se concluye con los siguientes **Anexos**:

- **ANEXO I: Hoja de notificación a Servicios Sociales**
- **ANEXO II: Hoja de notificación a Centro de Salud**
- **ANEXO III: Hoja de notificación a Servicio Especializado de Menores**
- **ANEXO IV: Hoja de notificación al Juzgado o Fiscalía de Menores de casos de riesgo o práctica de MGF en niña.**
- **ANEXO V: Compromiso preventivo de la Mutilación Genital Femenina (MGF)**
- **ANEXO VI: Recursos institucionales.**

¹² Abordaje integral ya que se describen las actuaciones de los principales ámbitos implicados (sanitario, educativo, social y comunitario), así como la coordinación entre ellos.

¹³Véase:

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Factores de riesgo

El/la profesional mejor situado/a para identificar factores de riesgo e impedir la MGF en las niñas se corresponden con quienes actúan en los sistemas: sanitario, educativo, social y comunitario. Kaplan y Bedoya (2004) se refieren a ellos como *personal de primera línea*. Para evitar la práctica de la MGF es fundamental conocer los factores de riesgo.

Factores de riesgo

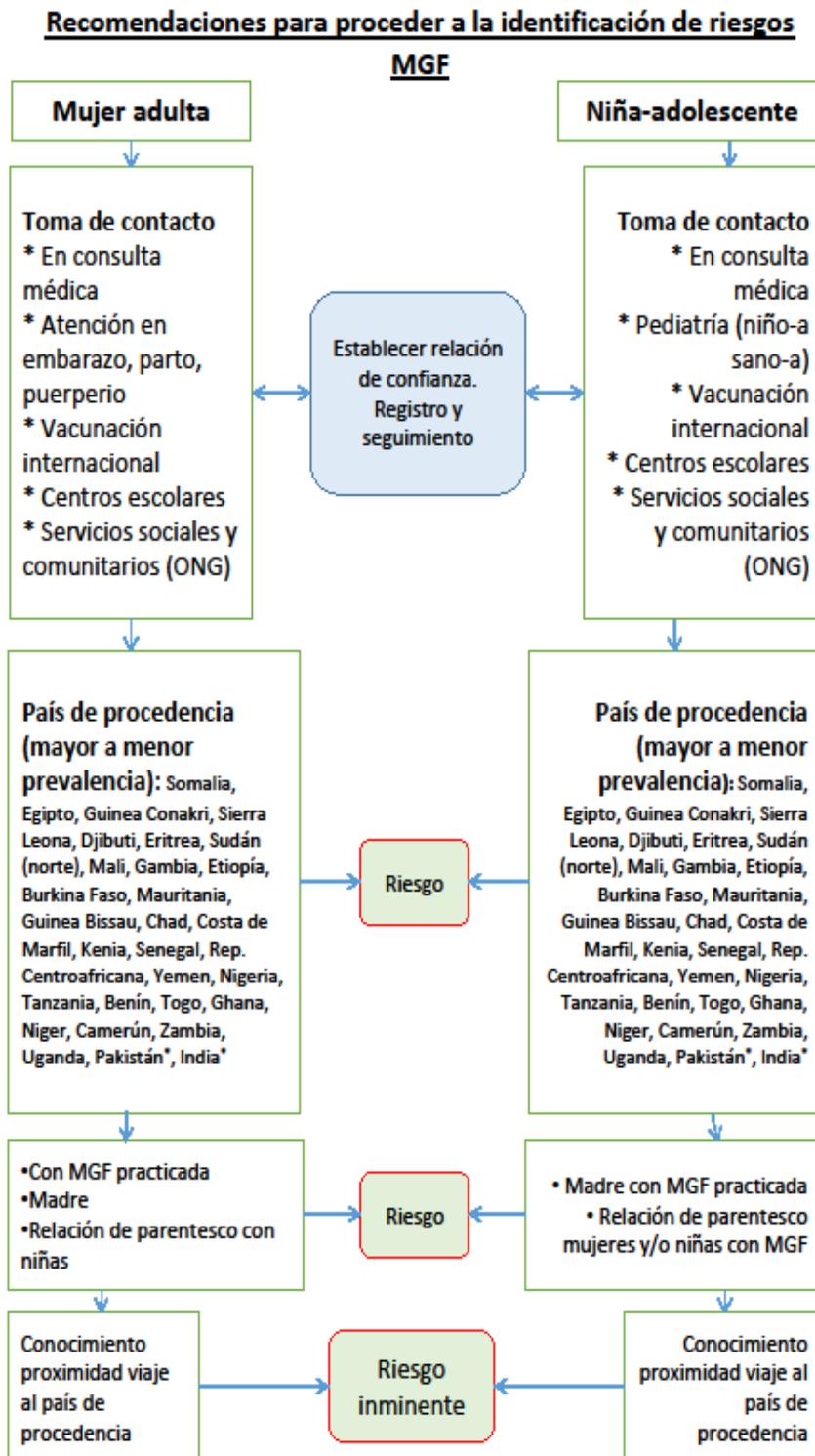
- **Ser mujer**
- **Tener menos de 15 años**
- **Nacer en una familia que procede de un país donde se practica la MGF, perteneciente a una etnia-comunidad-tribu con prevalencia de esta tradición cultural**
- **Pertenecer a una familia en la que alguna mujer ya haya sido víctima de MGF**
- **Previsión de viaje a un país donde se practica la MGF (riesgo inminente)**

Mapa de prevalencia

Igualmente significativo resulta tener presente el mapa de prevalencia¹⁴ de la MGF en el continente africano (véase gráfico 1), que ha sido elaborado por Kaplan y López (2013) con datos provenientes de las encuestas de Demographic Health Surveys (varios años), Yoder & Khan, 2007 y MICS (UNICEF). Atendiendo a dicho mapa, países con prevalencia superior al 80% son los siguientes: Somalia, Egipto, Guinea Conakri, Sierra Leona, Djibouti, Eritrea, Sudán (norte) y Malí. No se dispone de datos sobre prevalencia para los países asiáticos ni de Oriente Medio.

¹⁴ Porcentaje de mujeres con MGF practicada.

Diagrama 1



Algunos canales para la distribución de información, la sensibilización y la formación en la Comunidad de Castilla-La Mancha, son los siguientes:

Ámbito educativo

- Difusión del Protocolo entre los centros educativos a partir de los canales establecidos desde el Servicio de Atención a la Diversidad y Programas de la Dirección General con dichas competencias a través de reuniones de coordinación de profesionales de la orientación educativa e intervención socioeducativa, reuniones con Equipos Directivos, publicación en el Portal de Educación de Castilla-La Mancha y cuantas otras actuaciones pudieran desarrollarse al efecto.
- Jornadas formativas organizadas por la Administración en las zonas identificadas de riesgo a cargo del Centro Regional de Formación del Profesorado de Castilla-La Mancha en colaboración con el servicio de Atención a la Diversidad y Programas.
- Talleres organizados por los centros escolares en el ámbito de su autonomía para alumnado y/o escuelas de familias, impartidos por asociaciones con experiencia y conocimiento en materia de MGF en colaboración con los equipos docentes.

Ámbito sanitario

- Difusión del protocolo por diferentes canales como la web de la Consejería de Sanidad, plataforma web de pediatría del Grupo Independiente de Pediatras Informatizados (GIPI), contactos con colegios profesionales de Medicina y Enfermería, la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, etc. A través de las Gerencias del SESCAM se hará llegar a los distintos servicios vinculados con la intervención en MGF, de los hospitales de sus áreas y de atención primaria.
- Utilización de la plataforma formativa on-line del SESCAM, dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos y responsable de la planificación, diseño, certificación y difusión de los mismos.
- Realización de sesiones clínicas.

Ámbito de Bienestar Social

- Difusión del Protocolo a los equipos de servicios sociales de atención primaria, por parte del Servicio de Atención Primaria, Inclusión y Prestación Económica de las Direcciones Provinciales utilizándose para la divulgación generalizada del mismo el Sistema de Información de Servicios Sociales, MEDAS, que utilizan los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Se incorporará al apartado de Instrucciones y Protocolos que ya tiene definido el Sistema.
- Reuniones plenarias con las y los profesionales de los equipos de atención primaria, donde se presentará el protocolo, así como se informará sobre los aspectos más relevantes del mismo.
- Difusión del protocolo al Servicio de Menores.

Ámbito Universitario

- Universidad de Castilla La-Mancha y Universidad de Alcalá de Henares a través de la formación en grados y postgrados de Educación, Enfermería, Medicina, Trabajo Social y otras que puedan tener relación con la materia.

Entidades y Asociaciones

- Contextualización del protocolo en talleres, charlas, seminarios y fórums a la población en general.
- Sensibilización y formación a los diferentes profesionales de los ámbitos social, educativo y sanitario que intervienen desde la detección a la intervención de su erradicación, desde el enfoque de derechos humanos y de género y con un abordaje antropológico.

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha

- Difusión del protocolo a través de la incorporación de la información a la página web del Instituto de la Mujer para su divulgación.
- Difusión a la red de recursos del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.
- Formación al personal de la red de recursos del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.

Intervención y recomendaciones para prevenir la MGF en niñas

1ª fase
Detección de factores de riesgo desde los centros escolares, ámbito sanitario, servicios sociales y centros de la mujer

La primera actuación por parte del/la profesional consiste en el acercamiento al núcleo familiar, con el objetivo concreto de conocer el riesgo en las niñas procedentes de países donde se realiza esta práctica.

Las recomendaciones para proceder a dicho acercamiento consisten en crear **una relación de confianza con la familia** en el proceso de detección de los riesgos. En todos los ámbitos de actuación (educativo, sanitario, servicios sociales, centros especializados y comunitarios) la intervención se iniciará con una primera entrevista-consulta-reunión en el marco de las actuaciones ordinarias de cada administración, en la que se pregunta sobre país de procedencia, etnia, datos familiares, datos relativos al proceso migratorio, etc.

Las segundas y sucesivas entrevistas-consultas-reuniones en el marco de las actuaciones ordinarias de cada administración, tendrán el objetivo de conocer si hay alguna mujer o niña en el núcleo familiar a la que se le haya practicado la MGF, así como el posicionamiento de los progenitores (o personas responsables) ante esta práctica. Una vez que se detecta el riesgo, ya sea relativo o inminente, se pasará a la segunda fase.

Dada la complejidad del abordaje de este fenómeno y su circunscripción a la esfera de lo íntimo de la familia y su invisibilidad, es aconsejable la coordinación, cuando sea posible, con mediadores interculturales, líderes, referentes comunitarios y asociaciones, con experiencia y conocimiento en MGF. Para cada zona, se facilitará una relación de recursos en la que se especifiquen direcciones de correo, teléfono y las personas de referencia a las que acudir para consultar y recibir asesoramiento en materia de MGF.

La **información a las familias para la prevención** resulta especialmente importante. Se debe informar y educar sobre las consecuencias físicas y psicológicas de la

mutilación y las consecuencias legales. Se debe evitar transmitir un sentimiento de culpabilidad a la familia (cuando se detecte una mutilación realizada), ya que así será más fácil intervenir sobre nuevos casos.

Kaplan y Martínez (2004) consideran que son necesarias habilidades de: escucha activa, respeto por la persona y por lo que está viviendo, mantener una actitud abierta a las tradiciones, informar y educar para que movilicen sus propios recursos, implementar estrategias de motivación y proporcionar apoyo emocional. También describen actitudes necesarias, como: la congruencia (coherencia y autenticidad profesional), la aceptación (que no implica aceptar sus comportamientos), la valoración positiva (considerar a la persona como valiosa) y la empatía.

2ª fase
Abordaje interdisciplinar ante situaciones de riesgo (relativo o inminente) de MGF en niñas

- **Centros educativos**

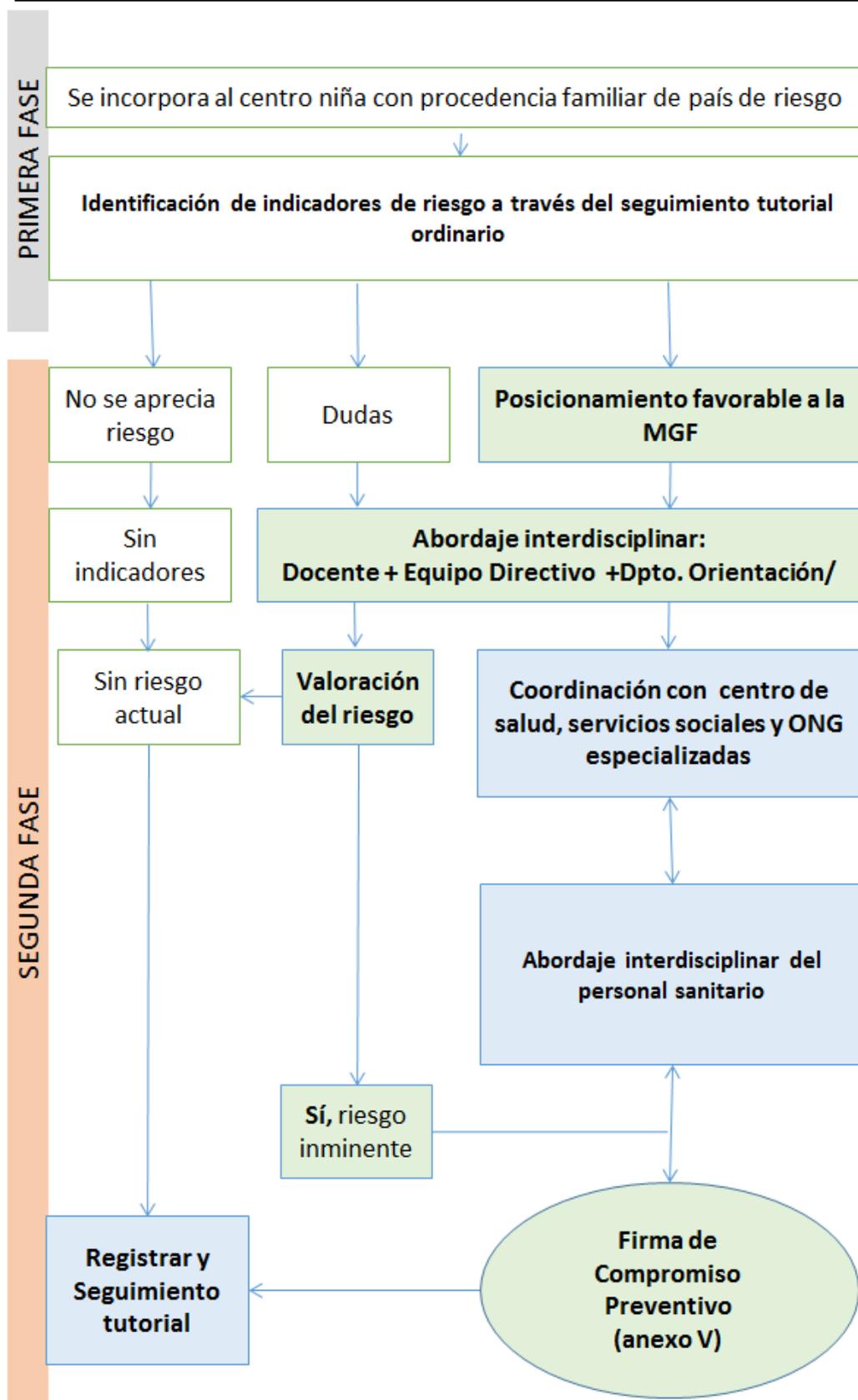
Si el profesorado detecta una situación de riesgo relativo (dudas o posicionamiento favorable de la familia ante la MGF) o inminente (viaje de la niña a un país donde se practica), comunicará al equipo directivo y al equipo de orientación y apoyo o al departamento de orientación del centro escolar esta situación para que se ponga en marcha el abordaje interdisciplinar, que consiste en una valoración conjunta del riesgo procediendo a emitir las correspondientes hojas de notificación (Ver anexos I y II) tanto al centro de salud como a los servicios sociales de la localidad, poniendo en conocimiento desde el centro escolar la situación detectada.

El/la trabajador/a social de la localidad informará al Equipo de Orientación y Apoyo o Departamento de Orientación del centro educativo de las actuaciones realizadas y del resultado final de las mismas.

(Véase diagrama 2).

Diagrama 2

Recomendaciones para proceder en los Centros Escolares



○ Servicios Sociales

Cuando en los servicios sociales se detecta una situación de riesgo relativo (dudas o posicionamiento favorable de la familia ante la MGF) o inminente (viaje de la niña a un país donde se practica), pondrá en marcha **el abordaje interdisciplinar** a través del/la trabajador/a social de referencia, que **valorará el riesgo** en coordinación con el centro de salud, el equipo de Orientación y Apoyo o Departamento de Orientación, según corresponda, y las organizaciones no gubernamentales especializadas (y/o servicios de mediación intercultural).

Si en el abordaje interdisciplinar se valora que existe **riesgo inminente** ante la proximidad de viaje de la niña a un país donde se practica la MGF, el/la trabajador/a social derivará el caso al centro de salud, para su seguimiento y, en su caso, firma del “compromiso preventivo” (anexo V).

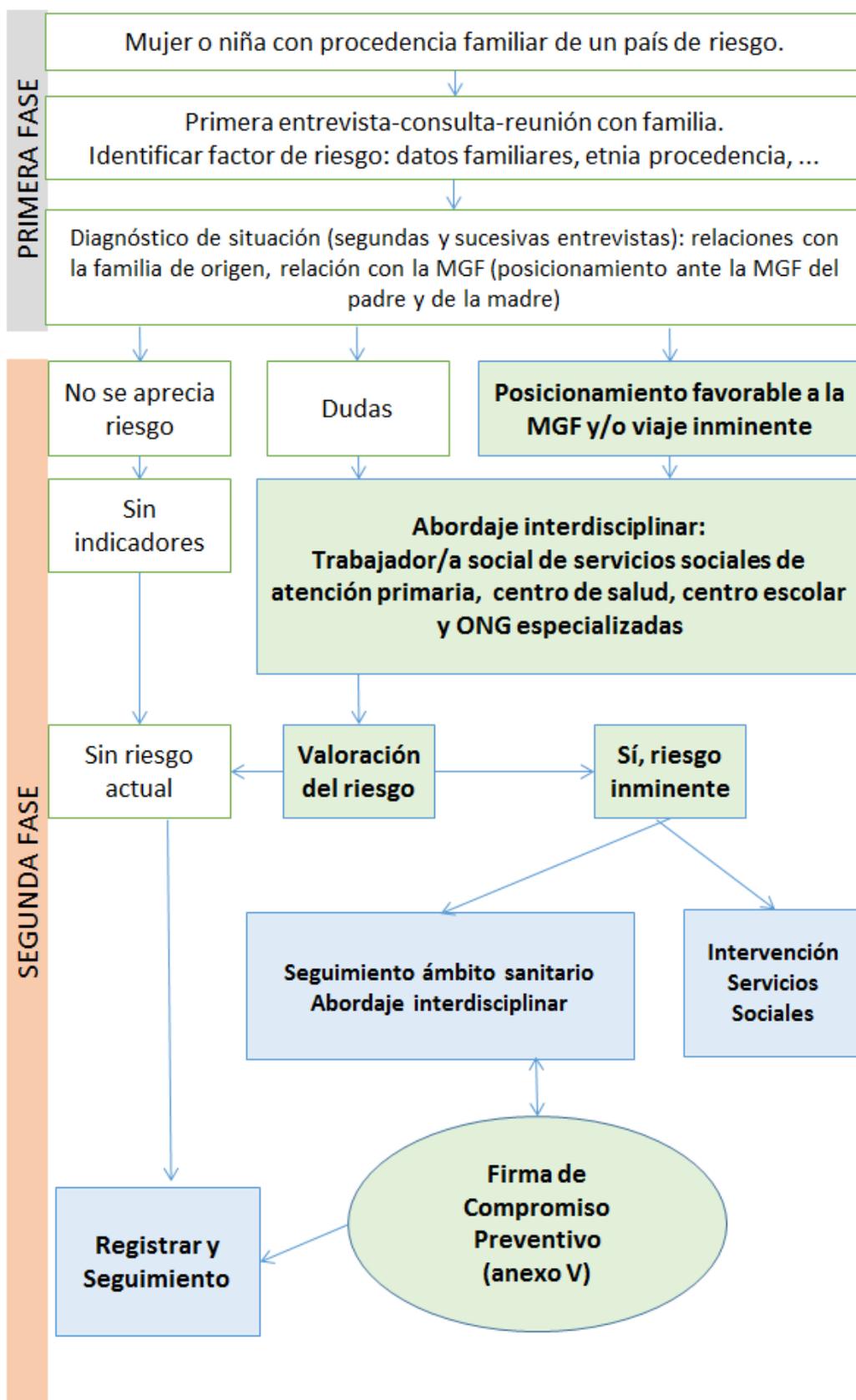
Desde el centro de salud se informará al/la trabajador/a social de referencia (servicios sociales) de las actuaciones realizadas y del resultado final de las mismas.

La coordinación entre ambos organismos se llevará a cabo de acuerdo al Plan de Atención Sociosanitaria vigente.

(Véase diagrama 3).

Diagrama 3

Recomendaciones para proceder en los Servicios Sociales



- **Ámbito sanitario**

Intervención con niña en riesgo de MGF.

El primer paso en esta fase es la investigación de antecedentes familiares de MGF (madre o hermanas) y su registro en la historia clínica. Los profesionales sanitarios que por sus características tienen mayores posibilidades de identificación y detección de casos de riesgo son los **pediatras, médicas/os de atención primaria, enfermeras/os y los centros de vacunación internacional** (las consultas de vacunación internacional son un recurso indudablemente clave para detectar casos de riesgo inminente, dado que existen vacunas obligatorias antes de viajar a los países en riesgo y las familias acudirán sin dudarlo a dicho servicio).

A continuación se valorará el riesgo de la niña para sufrir MGF:

- ✓ Ante un **riesgo relativo** se realizará seguimiento desde el programa de salud infantil, así como la sensibilización e información a la familia sobre las consecuencias legales de su práctica y para la salud de la niña.
- ✓ Ante un **riesgo inminente** (viaje), se citará a la niña a consulta y se ofrecerá a la familia la firma del “compromiso preventivo” (anexo V), a través del cual se le informa sobre las consecuencias legales y los riesgos socio-sanitarios de la MGF¹⁵. Es fundamental que previo a la firma del compromiso, se haya generado una situación de confianza entre profesionales y familia.

Situaciones a abordar en caso de **riesgo inminente**:

- a) Cuando la familia firma el “compromiso preventivo” se cita a la niña a consulta tras el viaje y se comprueba que NO ha sido mutilada. Se continuará con las actuaciones de refuerzo, sensibilización y prevención.

¹⁵ Según el estudio de Kaplan *et al.* (2015), un 53,5% de personas se mostraban predispuestas a firmar un documento de compromiso cuando fuesen a salir del país. Los hombres se mostraban más proclives, hasta el 74,1%. Según manifiestan la firma del *compromiso preventivo* les ayuda a argumentar posiciones en contra de la MGF en sus comunidades. Los y las expertas en este tema lo plantean como un recurso de apoyo para las familias cuando vuelven a sus países de origen.

- b) Si la familia se niega a la firma del “compromiso preventivo”. Se notificará de forma urgente a Servicios Sociales y asociaciones especializadas.
- c) Si la familia no acude a la cita programada tras el viaje, pediatría se coordinará con servicios sociales y/o asociaciones especializadas con la finalidad de contactar con la familia antes de la notificación al servicio especializado de menores y a fiscalía de menores (anexo IV).
- d) Si la familia no permite exploración física a la niña después del viaje, se notificará a servicios sociales, asociaciones especializadas y al servicio de menores (anexos I y III).

En todos los casos el personal sanitario debe hacer constar todas las actuaciones realizadas en el historial del paciente.

(Véase diagrama 4)

Intervención con mujer o niña ya mutilada.

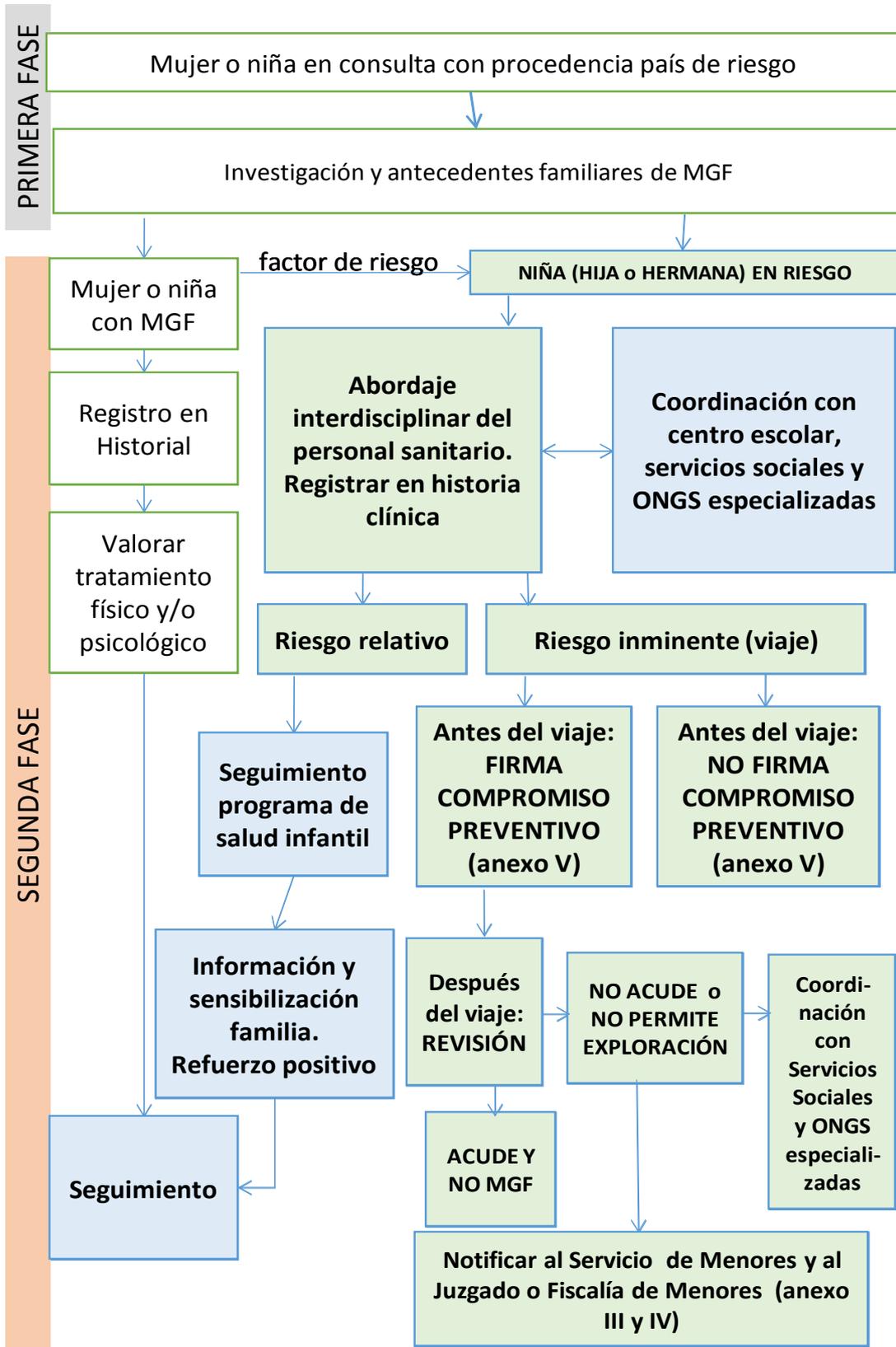
Es posible que la detección de mutilación se realice durante los seguimientos de la mujer embarazada o revisiones ginecológicas por matronas y ginecólogos/as. La confirmación en una mujer de MGF anterior a la residencia en España no tiene repercusiones a nivel legal. En este caso la intervención consistirá en el registro de la MGF en su historial sanitario y la valoración del tratamiento (físico o psicológico). Además representa el inicio de la valoración de riesgo en hija o hijas, en su caso, (véase “Intervención con niña en riesgo de MGF”).

Cuando la comprobación de mutilación se produce en una niña residente en España después de un viaje a un país donde se practica, se notificará, a través del anexo IV, al Juzgado o Fiscalía de Menores. Al mismo tiempo el/la profesional sanitario valorará el tratamiento, físico o psicológico y anotará las actuaciones en su historial sanitario.

El **registro** de casos de mujeres mutiladas y niñas en riesgo debe realizarse de manera informatizada a través del historial clínico de mujeres y niñas. Se orientará a los/las profesionales mediante un cuestionario (tipo check-list) para cumplimentar en la historia clínica electrónica, como parte de la anamnesis, e incluso podría ser un dato filtro en el historial (obligación de rellenar el dato de país de origen de la familia).

Diagrama 4

Recomendaciones para proceder en el ámbito sanitario



- **Asociaciones o entidades especializadas en MGF**

Desde las entidades y asociaciones especializadas se realiza un trabajo comunitario directo de sensibilización, información y educación sobre aspectos sociales, culturales e identitarios asociados a esta práctica con las comunidades migrantes, mujeres y hombres provenientes de países en los que se practica tradicionalmente algún tipo de MGF.

Se desarrollan actuaciones enfocadas en la localización de mediadores/as interculturales o agentes influyentes para la población de riesgo para facilitar el apoyo en las intervenciones focalizadas en la concienciación de la necesidad de erradicar esta práctica.

Se realizan tareas de identificación y seguimiento de los casos y actúan como facilitadoras/es de la comunicación entre las mujeres y los profesionales de los diferentes ámbitos.

- **Instituto de la Mujer**

La Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, y de manera especial las Consejerías de Bienestar Social, Sanidad y Educación y el Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha, llevarán a cabo las actuaciones de prevención y sensibilización necesarias sobre MGF a fin de contribuir a la erradicación de esta práctica a través de campañas de sensibilización, jornadas interdisciplinares y asesoramiento formativo a colectivos que tengan intervención directa con población de riesgo.

Desde el Instituto de la Mujer se abordará la MGF como una manifestación de violencia de género y desde los Centros de la Mujer se proporcionará una asistencia integral.

Cuando a través de la Red de Recursos del Instituto de la Mujer se detecta una situación de riesgo se notificará a servicios sociales, centro de salud y asociaciones especializadas para el inicio del abordaje interdisciplinar.

Comisiones de seguimiento

Para favorecer la efectiva aplicación de las medidas y pautas de actuación recogidas en el protocolo, así como para su posible adaptación a los cambios que se pudieran producir, se creará una Comisión de seguimiento regional y Comisiones de seguimiento en cada provincia, formadas por todos los Organismos que se considere necesario, que se reunirá al menos una vez al año.

Las funciones de estas comisiones serán:

- Impulsar la puesta en marcha de las medidas contempladas en el protocolo.
- Proponer las medidas necesarias para su perfeccionamiento, adaptándolo a las nuevas necesidades que se pudieran presentar.
- Hacer seguimiento y evaluación del nivel de cumplimiento.

Anexo I. Hoja de notificación a Servicios Sociales casos de riesgo o práctica de MGF en niña

Nombre y apellidos de la niña:		
Fecha de nacimiento:	Lugar:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Datos de filiación de la madre, el padre o tutor-a		
Nombre y apellidos madre/tutora:		
Nombre y apellidos padre/tutor:		
País de origen madre/tutora:		
País de origen padre/tutor:		

Datos del o la profesional que informa		
Nombre y apellidos:		
Institución o Centro:	Profesión que ejerce:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:

La o el profesional arriba identificado **informa:** Que con fecha, he detectado:

- Niña con factores de riesgo:** La niña pertenece a una familia procedente de un país de riesgo y pertenece a una familia en la que la mujer ha sido víctima de MGF
- Niña con factores de riesgo inminente:** La niña pertenece a una familia procedente de un país de riesgo y está previsto un viaje a un país donde se practica la MGF
- Riesgo inminente:** La niña pertenece a una familia procedente de un país de riesgo, con madre y/o hermanas mutiladas y tiene previsto un viaje al país de origen familiar. La familia no ha acudido a la cita programada o no ha firmado el compromiso preventivo.

Firma del/la profesional

Anexo II. Hoja de notificación al Centro de Salud casos de riesgo o práctica de MGF en niña

Nombre y apellidos de la niña:		
Fecha de nacimiento:	Lugar:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Datos de filiación de la madre, el padre o tutor-a		
Nombre y apellidos madre/tutora:		
Nombre y apellidos padre/tutor:		
País de origen madre/tutora:		
País de origen padre/tutor:		

Datos del o la profesional que informa		
Nombre y apellidos:		
Institución o Centro:	Profesión que ejerce:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:

La o el profesional arriba identificado **informa:** Que con fecha, he detectado:

- Niña con factores de riesgo:** La niña pertenece a una familia procedente de un país de riesgo y pertenece a una familia en la que la mujer ha sido víctima de MGF
- Niña con factores de riesgo inminente:** La niña pertenece a una familia procedente de un país de riesgo y está previsto un viaje a un país donde se practica la MGF

Firma del/la profesional

Anexo III. Hoja de notificación a Servicio Especializado de Menores casos de riesgo o práctica de MGF en niña

Nombre y apellidos de la niña:		
Fecha de nacimiento:	Lugar:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Datos de filiación de la madre, el padre o tutor-a		
Nombre y apellidos madre/tutora:		
Nombre y apellidos padre/tutor:		
País de origen madre/tutora:		
País de origen padre/tutor:		

Datos del o la profesional que informa		
Nombre y apellidos:		
Institución o Centro:	Profesión que ejerce:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:

La o el profesional arriba identificado **informa:** Que con fecha, he detectado:

- Riesgo inminente:** la familia no firma el compromiso preventivo
- Riesgo inminente:** la familia no acude a la cita programada tras el viaje
- Riesgo inminente:** la familia no permite exploración física a la niña después del viaje
- MGF realizada:** se constata que se le ha realizado recientemente y coincide con la llegada de su país.

Firma del/la profesional

Anexo IV. Hoja de notificación al Juzgado o Fiscalía de Menores de casos de riesgo o práctica de MGF en niña

Nombre y apellidos de la niña:		
Fecha de nacimiento:	Lugar:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Datos de filiación de la madre, el padre o tutor-a		
Nombre y apellidos madre/tutora:		
Nombre y apellidos padre/tutor:		
País de origen madre/tutora:		
País de origen padre/tutor:		

Datos del o la profesional que informa		
Nombre y apellidos:		
Institución o Centro:	Profesión que ejerce:	
Teléfono:		
Dirección: Calle:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:

La o el profesional arriba identificado **informa:** Que con fecha, he detectado:

- Riesgo inminente:** la familia no firma el compromiso preventivo
- Riesgo inminente:** la familia no acude a la cita programada tras el viaje
- Riesgo inminente:** la familia no permite exploración física a la niña después del viaje
- MGF realizada:** se constata que se le ha realizado recientemente y coincide con la llegada de su país.

Firma del/la profesional

Anexo V. Compromiso preventivo de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

En el examen de salud realizado a la niña, cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Nombre	Fecha de nacimiento de la niña	País al que viaja

Por ello, se informa a las personas, familiares o responsables de la niña, sobre las circunstancias siguientes:

- Los riesgos socio-sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital y el reconocimiento que tiene esta práctica como una violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- El marco legal de la mutilación genital en España, en el que esta intervención está tipificada como **un delito de lesiones** en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo, en Nigeria, Malí, Paquistán, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital femenina se castiga con pena de prisión de entre 6 y 12 años para madres y padres o tutores-as, y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los progenitores no podrán ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que una entidad pública de protección de menores podría asumir la tutela de la niña, pudiendo ser acogida por una familia o ingresar en un Centro de Protección de Menores).
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a la consulta de pediatría de su Centro de Salud para que se le realice el correspondiente examen en el Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas con relación al viaje, que le han sido recomendadas por los y las profesionales de la salud.

Por todo ello:

- **Declaro** haber sido informada-o, por la o el profesional de la salud responsable de la salud de la niña (o las niñas) sobre los diferentes aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

- **Considero** haber comprendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **Me comprometo** a cuidar de la salud de la niña (o niñas) de quien/es soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a la revisión prevista, a la vuelta del viaje.

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

En, a.....de.....de 20..

Firma: Madre, padre, tutor/a de la niña

Firma: Profesional responsable

Nombre:.....

Nombre:.....

Firma

Firma

Anexo VI. Recursos Institucionales en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

ASOCIACIONES Y ORGANIZACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO

- **Asociación Comisión Católica Española de Migración Castilla-La Mancha (ACCEM).**
Red territorial en Castilla-La Mancha:
Albacete. Tel. y fax: 967 21 29 52. Correo electrónico: albacete@accem.es
Azuqueca de Henares (Guadalajara).Tels.: 949 277310 / 670 56 39 55
Correo electrónico: azuqueca@accem.es
Ciudad Real. Tel. y fax: 926 24 03 94. Correo electrónico: ciudadreal@accem.es
Cuenca. Tel. y fax: 969 23 10 97. Correo electrónico: cuenca@accem.es
Guadalajara. Tel.: 949 21 95 67 / 949 21 57 74. Correo electrónico:
guadalajara@accem.es
Sigüenza (Guadalajara).Tels.: 949 39 15 58 - 949 39 30 64. Correo electrónico:
siguenza@accem.es
Toledo. Tel. y fax: 925 33 38 39. Correo Electrónico: toledo@accem.es
- **Asociación Crisol (Azuqueca de Henares).** Tel.: 949 277310. Correo electrónico:
crisoliqualdadgenero@gmail.com
- **Asociación de Malienses en Recas.** Teléfono: 620393682.
- **Asociación Guada Acoge.**
Sede central: Tels.: 949 25 30 76 / 949 21 58 35. Correo electrónico:
guada.acoge@redacoge.org
Azuqueca de Henares: Tel.:949 27 73 10. Correo electrónico:
guada.acoge.azuqueca@redacoge.org
- **Asociación Mancha Acoge.** Tel.: 926313239. Correo electrónico:
mancha.acoge@redacoge.org
- **Asociación Médicos del Mundo Castilla-La Mancha.**
TOLEDO. Tel. 925222312. Correo electrónico:
castillamancha@medicosdelmundo.org
ALBACETE. Correo Electrónico: albacete@medicosdelmundo.org
- **Asociación Talavera Acoge.** Tel.: 925 827 046. Correo electrónico:
coordinacion@talaveraacoge.com

- **Asociación Profesional de Matronas de Castilla-La Mancha.** Correo electrónico: contacto@matronascastillalamancha.org
- **Colectivo de apoyo a los inmigrantes en Albacete.** Contacto: Cheikhou Cisse.
Teléfono: 648248031.
- **Fundación Kirira. Contra la Mutilación Genital Femenina (Ciudad Real).** Correo electrónico: fundacionkirira@yahoo.com. Teléfonos: 926 51 30 76 / 628 196 385.
- **Fundación SED (Solidaridad, Educación y Desarrollo).** Con sede local en Talavera de la Reina y Guadalajara. Teléfono: 91 877 85 28. Correo electrónico: sedmadrid@sed-ongd.org
- **Fundación Simetrías.** Tel.: 677183097. Correo Electrónico: simetrias@simetrias.es
- **UNICEF**
 - Regional Castilla-La Mancha.** Tel. 925253380. Correo Electrónico: castmancha@unicef.es
 - UNICEF Albacete.** Correo electrónico: albacete@unicef.es
 - UNICEF Ciudad Real.** Correo electrónico: ciudadreal@unicef.es
 - UNICEF Guadalajara.** Tel. 949232986. Correo electrónico: guadalajara@unicef.es

ADMINISTRACIONES

- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha: 925 28 60 10 -

institutomujer@jccm.es

Direcciones Provinciales del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha:

Albacete 967 19 57 54 - abmujer@jccm.es
Ciudad Real 926 27 94 62 - institutomujercr@jccm.es
Cuenca 969 17 68 97 - instituto.mujer.cu@jccm.es
Guadalajara 949 23 51 95 - institutomujerguadalajara@jccm.es
Toledo 925 26 50 12 - institutomujertoledo@jccm.es

- Consejería de Bienestar Social: 925 26 90 02 –

gabinete.bienestarsocial@jccm.es

Dirección General de Acción Social y Cooperación:

925 26 72 13 – dgaccionsocial@jccm.es

Direcciones Provinciales de Bienestar Social:

Albacete: 967 55 80 00 – direccion.ab.bs@jccm.es
Ciudad Real: 926 27 62 00 – direccion.cr.bs@jccm.es
Cuenca: 969 17 68 00 – direccion.cu.bs@jccm.es
Guadalajara: 949 88 58 00 – direccion.gu.bs@jccm.es
Toledo: 925 26 90 69 – direccion.to.bs@jccm.es

- Consejería de Educación, Cultura y Deportes: 925 24 74 00 –

gabinete.edu@jccm.es

Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional:

925 24 88 40 – dgpradyfp.edu@jccm.es

Direcciones Provinciales de Educación, Cultura y Deportes:

Albacete: 967 59 63 00 – spalbacete.edu@jccm.es
Ciudad Real: 926 27 91 24 / 926 27 90 71 / 926 27 90 72
Cuenca: 969 17 63 00
Guadalajara: 949 88 79 00
Toledo: 925 25 96 00 – secretaria.edu.to@jccm.es

- Consejería de Sanidad: 925 26 70 99 – gabinete.sanidad@jccm.es

Dirección General de Salud Pública y Consumo: 925 24 87 67 –

dgspdc@jccm.es

Dirección-Gerencia SESCOAM: 925 27 41 00 –

direcciongerencia@sescam.jccm.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Para ampliar información se recomiendan a continuación guías, manuales y buenas prácticas, disponibles en español, para su consulta por parte de las/los profesionales interesadas/os en profundizar en el tema¹⁶

- **Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales.** Editada por la Asociación Catalana de Llevadores. Acceso web: http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf
- **Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud.** Médicos del Mundo Andalucía, Asociación Andaluza de Matronas, Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada y Junta de Andalucía. Acceso web: http://bbpp.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1237830001_Guia1peq.pdf
- **Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales.** Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona y Fundación Wassu-UAB. Acceso web: http://www.mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/manual.professionals.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- **Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención.** Unión de Asociaciones Familiares. Acceso web: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
- **La ablación o Mutilación Genital Femenina. Guía práctica.** Organización no gubernamental de desarrollo Paz y Desarrollo, en colaboración con el Centro de Estudios e Investigación sobre las Mujeres de Málaga (CEIM). Acceso web: http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf

¹⁶ Todos estas guías, manuales y buenas prácticas se recogen en la **GUÍA DE RECURSOS: Prevención y sensibilización ante la mutilación genital femenina**, elaborada y editada por la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), la Dirección General de Migraciones y el Fondo Europeo para la Integración, año 2014. En esta guía se proporciona además un listado de materiales audiovisuales, trípticos informativos (en varios idiomas), publicaciones internacionales, normativa y protocolos en España. Acceso web: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/GUIA-DE-RECURSOS-DE-MGF-2014.pdf>.

- **Diagnóstico sobre la situación de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Madrid.** Médicos del Mundo. Acceso web: https://issuu.com/mdm_madrid/docs/diagnostico_mgf
- **Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación Genital Femenina.** Organización Mundial de la Salud. Acceso web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98838/1/WHO_RHR_12.41_spa.pdf

2. Para ampliar información se recomiendan a continuación protocolos y publicaciones de relevancia en el tema

- Alcón, C.; Jiménez, I.; Almansa, P.; Ballesteros, C. y Rodríguez E. (2014). *Protocolo de Actuación y Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia*. Grupo de Investigación en Salud y Derechos de la Mujer (GISDMU). Asociación DEMUSA. Derechos Mujer y Salud. Murcia.
- Ballesteros, C.; Almansa, P.; Pastor, MM. y Jiménez, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4): 287-291.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). *Mutilación/ablación genital femenina: Un panorama estadístico y la exploración de la dinámica del cambio*. UNICEF: Nueva York. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf
- Gallego, MA. y López, MI. (2010). Mutilación Genital Femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*. V. 16. Nº 3.
- Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital Femenina. Barcelona; 2007. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/08recurso_sprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Zaragoza; 2011. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/Protocolo%20-%20MGF.pdf>
- Gobierno de Navarra. Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. Pamplona;

2013. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFDD49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>
- Hernández, MD. y Almansa, P. (2014). *Protocolos de actuación para profesionales de atención primaria sobre la mutilación genital femenina*. En Pina, F. Mujer y cuidados. Retos en salud. Universidad de Murcia. Murcia.
 - Kaplan, A. y Bedoya, MH. (2004). *Las Mutilaciones Genitales Femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica*. En de Lucas, J. y García Añón J. Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to MGF. Spanish report, Universitat de Valencia. Valencia.
 - Kaplan, A. y López, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012*. Universitat Autònoma de Barcelona y Fundació Wassu-UAB. Bellaterra: Barcelona.
 - Kaplan, A.; Mayo, E. y Salas, N. (2016). *Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Diagnóstico Junio 2014. EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer. Vitoria – Gasteiz.
 - Kaplan, A.; Pere, M.; Kira, A. y Castany, MJ. (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. *Revista Migraciones*, nº 19, pp. 189-217.
 - Kaplan, A.; Salas, N. y Mangas, A. (2016). *La mutilación genital en España. Delegación del Gobierno para la violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - Kaplan, A.; Torán, P.; Bedoya, MH., Bermúdez, K.; Moreno, J. y Bolívar, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde Atención Primaria. *Atención Primaria*. 38; (2) 122-6.
 - Kaplan, A.; Torán, P.; Bermúdez, K. y Castany, MJ. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de Salud, la Educación y los Servicios Sociales. *Migraciones*. 19. 189-217.
 - León-Larios, F. y Casado-Mejía, R. (2012). Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital Femenina. *Evidencia*. Oct-diciembre; 9 (40).
 - Martínez, E.; Olvera, MC.; Pozo, MD.; Hernández, MD.; Amezcua, C. y Olmo, R. (2011). Educación Sanitaria sobre Mutilación Genital Femenina para profesionales de la Salud. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migración en Andalucía*. Instituto de Migraciones. Granada.

- Médicos del Mundo. Diagnóstico sobre la situación de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid [Internet]; 2012. Disponible en: http://issuu.com/mdm_madrid/docs/diagnostico_mgf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Mutilación Genital Femenina: un manual para los trabajadores de Primera línea*. OMS. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Mutilación Genital Femenina*. Nota descriptiva N° 241. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. OMS. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Salud y derechos humanos*. Nota descriptiva N° 323. OMS. Ginebra.
- Unión de Asociaciones Familiares-UNAF (2014). *Guía de recursos: prevención y sensibilización ante la mutilación genital femenina*. Dirección General de Migraciones y el Fondo Europeo para la Integración.

El presente protocolo se ha fundamentado en el estudio previo solicitado por el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha a la Universidad de Alcalá: “*Estudio para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha*” (2016). El equipo investigador ha estado compuesto por Carrasco Carpio, Concepción; Francisco del Rey, Cristina e Ibáñez Carrasco, Marta.

AGRADECIMIENTOS

- Adrados, Ignacio (Jefe de Pediatría del Hospital Guadalajara)
- Alonso Maín, Carmen (Enfermera de Atención Primaria)
- Ballano Alonso, Virginia (Enfermera (planta tocología))
- Bartolomé, Ofelia (Enfermera de pediatría)
- Bayón Álvarez , Esther (Pediatra)
- Beltrán, Soraya (Enfermera prácticas)
- Bernal Vaño, Esther (Pediatra)
- Butrón Gómez, Teresa (Médica especialista de Atención Primaria)
- Caballero, Llanos (Enfermera de Atención Primaria)
- Cañadas Trancón, Dori. Coordinadora Inclusión Social. Médicos del Mundo
- Cuevas Martínez, Cristina (Jefa de Servicio del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha)
- De la Fuente, Reyes (Técnica servicios centrales del Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha)
- Gallucci, Carlo (colaboración edición)
- García León, Silvia (Técnica servicios provinciales del Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha)
- Gascueña, Margarita (Directora Provincial de Sanidad en Guadalajara)
- Gavín Benavent, Marta (Ginecóloga)
- Giménez Buiza, M^a Estrella. Presidenta Fundación Kirira. Contra la Mutilación Genital Femenina
- Gómez, Eugenia (Trabajadora Social del Ayuntamiento de Azuqueca de Henares)
- González Mayor, Rosa María (Enfermera de pediatría)
- Goycolea Prado, Roberto (diseño portada)
- Ibáñez Garrido, María Alcázar (Jefa de la Unidad contra la Violencia sobre la Mujer. Delegación de Gobierno en Castilla La Mancha)
- Martín Ruiz, Ana Isabel (Jefa de Servicio de Atención a la Diversidad y Programas. Consejería de Educación, Cultura y Deportes)
- Martínez, Margarita (Matrona)
- Martínez Vizcaíno, Julia (Asesora Técnico Docente. S^o de Atención a la diversidad y programas. Consejería de Educación, Cultura y Deportes)
- Medina, Carmen (Asociación Guada Acoge)
- Mochales Corredor, Blanca (Profesora de lengua y coordinadora del aula de español de Secundaria)

- Modesto González, Rosa (Jefa de servicio de Programas de Salud Pública. Sanidad. Castilla La Mancha)
- Montero Dombriz, Guillermo (Profesor Instituto Domínguez Ortiz)
- Montojo, Margarita (Trabajadora social Centro de Salud Castilla la Mancha)
- Muñoz San Miguel, Ariana (Matrona)
- Navarro Arcos, M^a Begoña. Responsable sensibilización y actividades. Fundación Kirira. Contra la Mutilación Genital Femenina
- Nieto García, Raquel (Coordinadora Planificación Atención Primaria e Inclusión. Consejería de Bienestar Social. Castilla La Mancha)
- Paniego, Carmen (Maestra de Primaria La Paloma)
- Parrilla Rubio, Margarita (Médico de Atención Primaria)
- Peña García, M^a Teresa (Técnica servicios centrales del Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha)
- Real Pascual, María Jesús (Jefa de Servicio de Atención Primaria e Inclusión. Consejería de Bienestar Social. Castilla La Mancha).
- Representante de Asociación ACCEM
- Representante de Asociación Crisol (Moraga, Miriam)
- Representante de Asociación de Malienses de Recas
- Representante del Colegio de Primaria La Espiga
- Rodríguez, Begoña (Pediatra)
- Rojas, Ana Belén (Coordinadora Médicos del Mundo (Castilla la Mancha)
- Ruiz Gómez, Pilar (Trabajadora social de centro de salud)
- Sabroso, Carmen (Enfermera de Atención Primaria)
- Sánchez, Inmaculada (Comité Regional de UNICEF)
- Ugarte, Idoia (Presidenta de Médicos del Mundo Castilla la Mancha)
- Valle Giménez, Luisa María (Médica de Atención Primaria)
- Vega, Joaquina (Profesional Asociación acogida mujeres víctimas de Violencia de Género)
- Zamorano Encinas, Sagrario (Dirección general de asistencia Sanitaria. Sanidad. Dirección General Castilla La Mancha)

Sin la colaboración de todas estas personas este Protocolo no habría sido posible.