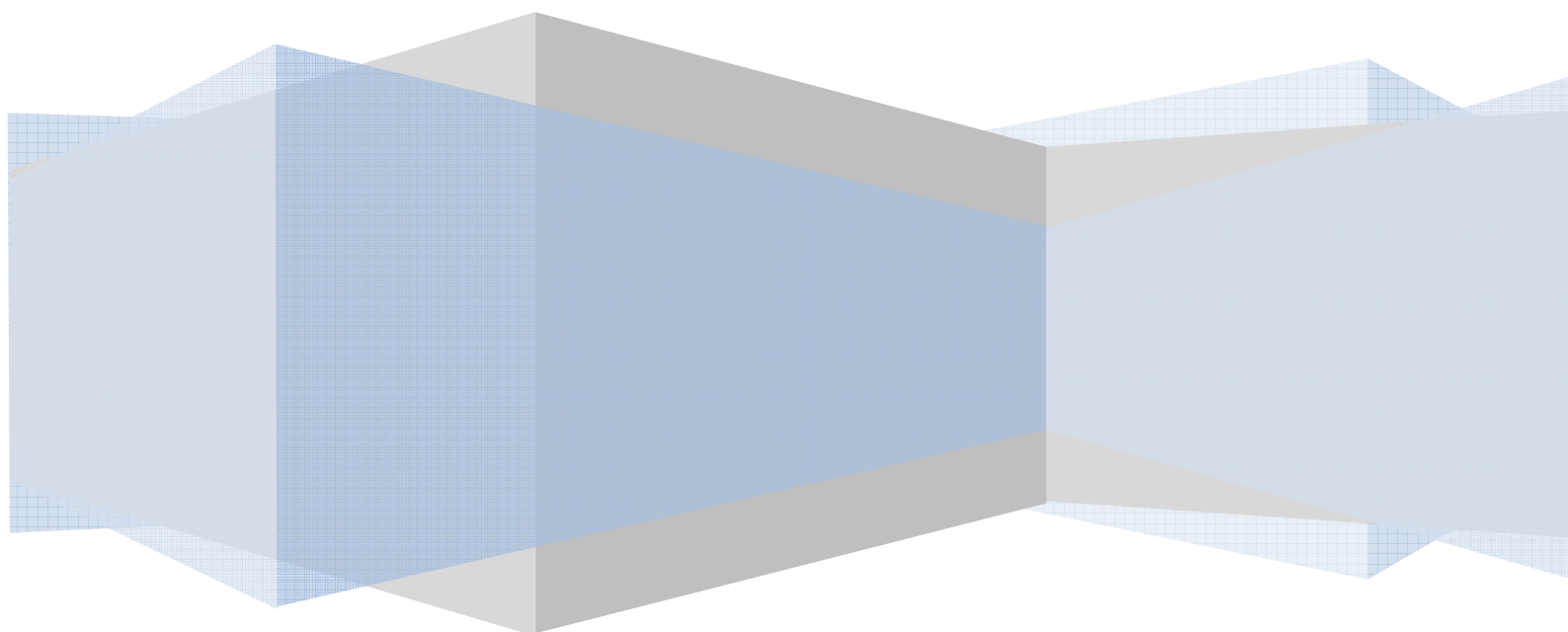


PROTOCOLO DE PREVENCIÓN
E INTERVENCIÓN ANTE LA
MUTILACION GENITAL
FEMENINA EN LA RIOJA



INDICE

-	Introducción	Pág.3
-	Marco normativo	Pág.4
	o Ámbito Internacional	Pág.4
	o Ámbito Estatal	Pág.4
	o Ámbito Autonómico	Pág.6
-	Definición	Pág.6
-	Tipos	Pág.7
-	Causas	Pág.8
-	Epidemiología	Pág.7
-	Mapa en La Rioja	Pág.9
-	Consecuencias	Pág.10
	o A corto plazo	Pág.10
	o A medio plazo	Pág.11
	o A largo plazo	Pág.11
-	Para terceras personas	Pág.13
-	Protocolo de Actuación	Pág.16
-	Anexos	Pág.22

INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina, en adelante MGF, es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Es una violación de los derechos humanos, una forma de violencia contra la mujer, es decir, una manifestación especialmente cruel de la discriminación por razón de género ya que es un acto de violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas por el hecho de serlo. Es, en definitiva, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos.

Esta práctica milenaria podría tener su origen en el antiguo Egipto, y ha permanecido hasta nuestros días en varios países africanos y algunos países asiáticos. Posee una base cultural, y no se trata de un precepto islámico, pese a que se practique en determinados países musulmanes.

Se trata de una práctica cultural que se realiza bajo la errónea creencia cultural de un grupo étnico, en la que su práctica es un paso previo para formar parte de manera legítima de ese grupo. Los movimientos migratorios desde los países con una base muy enraizada de esta práctica, hacen que sea necesario establecer protocolos interinstitucionales, para salvaguardar derechos fundamentales de las mujeres y niñas que pueden verse sometidas a tal violación, no tanto dentro de nuestras fronteras, sino evitando que puedan verse expuestas en viajes a sus países de origen.

Es preciso un buen sistema de coordinación con el resto de sistemas de protección social intervinientes en esta materia (servicios sociales, educación, justicia, cuerpos y fuerzas de seguridad), algo que ya se ha venido realizando, como podrá comprobarse en el documento específico de derivación en situaciones de riesgo grave, y que se espera mejorar en el futuro.

La investigación ha demostrado que uno de los pilares fundamentales para prevenir esta la MGF es el trabajo de sensibilización y prevención con las poblaciones afectadas por esta práctica cultural para mostrar la gravedad de la misma y la necesidad de su erradicación. Una tarea que ha de realizarse es el trabajo codo a codo con las organizaciones sociales de las comunidades afectadas, dentro de un proceso de diálogo intercultural.

MARCO NORMATIVO

Ámbito internacional

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos y numerosas normas que de ella se derivan, subrayan la obligación que tienen los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos básicos, en este caso los referidos a la integridad física y psíquica, la no discriminación por razones de género y la salud.
- La Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 hizo un llamamiento para la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres. Existen prohibiciones explícitas de la MGF en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, y en la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín (1995).
- El Artículo 24.3 de la Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas indica:
“Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.”
- El Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo también han llevado a cabo iniciativas jurídicas contra la MGF, dejando claro que es una violación de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra las mujeres, no justificable por respeto a tradiciones culturales o religiosas.

Han sido varios los documentos y resoluciones en los que se insta a los Estados miembros a que elaboren legislación específica y adopten medidas adecuadas para poner fin a la mutilación genital femenina.

Ámbito estatal

- El art.149.2 de LA Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal establece:

“El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de

inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.”

- En La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el artículo 13 se indica:

“toda 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 sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.”

Igualmente el artículo 14 establece la atención inmediata e indica:

“Las autoridades y servicios públicos tienen 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 de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario del Ministerio Fiscal”.

- En la Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la 6/1985, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, establece la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional sus-española, con algunos de los siguientes de mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España.
- Por último, La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, contiene un eje específico denominado “visibilización de otras formas de violencia sobre la mujer”, dado que, junto a la violencia de género, los malos tratos sufridos por las mujeres a manos de sus parejas o ex parejas, es importante avanzar también en el afrontamiento de otras formas de violencia sobre la mujer para, progresivamente, visibilizarlas y conocerlas, y actuar así eficazmente contra ellas.
- Por último, sin perjuicio de que no se trata de normativa estatal específica, es importante reseñar el reciente Pacto de Estado contra la Violencia de Género, aprobado el pasado mes de septiembre de 2017 en las Cortes, y ratificado el pasado 27 de diciembre por todas las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, los cuales

han suscrito por unanimidad un documento con más de 200 medidas concretas que se van a impulsar en los próximos cinco años y con un presupuesto de 1.000 millones de euros, destinadas a erradicar una lacra que se ha cobrado a más de 900 víctimas desde 2003.

Dichas medidas han sido pactadas de forma unánime por todas las instituciones involucradas. Entre las 26 medidas prioritarias para el año 2018 se incluyen varias medidas destinadas a la visualización de otras formas de violencia contra las mujeres a través de campañas informativas, fomento de la investigación, medidas para la mejora en los protocolos de actuación entre juzgados y administraciones, perfeccionamiento y asistencia a las víctimas en los diferentes protocolos sanitarios, asistencia y protección de menores así como otros protocolos tales como el protocolo común para la actuación de la mutilación genital femenina que es al que nos vamos a referir.

Ámbito autonómico

- La Ley de la Comunidad Autónoma de La Rioja 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja, incluye en su artículo 5 la MGF como una forma de violencia.
- Protocolo riojano para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina, impulsado por la Consejería de Salud, en mayo de 2017, y que constituye un Anexo del actual Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Criterios como el seguimiento personalizado y el acompañamiento de la familia en las acciones preventivas, así como la atención interdisciplinar por parte del equipo sanitario en coordinación y colaboración con otros sectores (servicios sociales, educación, justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad, recursos locales, etc.), orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del mismo.

DEFINICIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) también llamada circuncisión femenina, comprende todos los procedimientos de extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de dichos órganos, causados por razones culturales o cualquier otra razón no terapéutica.

TIPOS

- ✓ Tipo I: Escisión del prepucio, con o sin escisión parcial o total del clítoris.
- ✓ Tipo II: Escisión del clítoris con escisión total o parcial de los labios menores. (Estos dos tipos constituyen del 80 al 85 %).
- ✓ Tipo III: Escisión total o parcial de los genitales externos y sutura /estrechamiento de la apertura vaginal (Infibulación). Por desinfibulación se designa la técnica consistente en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación, lo que suele ser necesario para mejorar su estado de salud y bienestar y para hacer posible el coito o facilitar el parto.
- ✓ Tipo IV: Pinchazos, perforaciones o incisiones en el clítoris y/o en los labios; estiramiento del clítoris y/o de los labios; cauterización mediante abrasión del clítoris y el tejido circundante; raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes o sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para curar una hemorragia, para tensarla o para reducir su tamaño; y/ o cualquier otra práctica que se incluya en la definición anterior.

Los tipos I y II son los más comunes, ya que como hemos visto, representan alrededor de un 90% de los casos, mientras que el tipo III representa alrededor de un 10% de los casos, según la OMS.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en África oriental, principalmente en Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía.

CAUSAS

Responden a un conjunto de factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios. La vinculación con la tradición depende más de la identidad étnica que del país al cual se pertenece. Dependiendo de la etnia a la cual se pertenece, tiene justificaciones distintas:

- La costumbre y la tradición, que determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad.
- El control de la sexualidad y el fomento de la castidad. Se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino

- Funciones reproductoras. Existe la creencia de que las mujeres no mutiladas no pueden concebir, o que la MGF mejora y facilita el parto. También se piensa que se puede arriesgar la vida del recién nacido si éste, en el momento del parto, toca el clítoris.
- Razones de higiene. La mujer no mutilada es considerada sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe la manipulación del agua y de los alimentos.
- Razones estéticas, ya que se consideran los genitales como una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa.
- Motivos religiosos. A menudo se justifica la MGF amparándose en la religión, con la falsa creencia de que se trata de un precepto islámico emanado del Corán.

EPIDEMIOLOGIA

Los 29 países donde esta práctica se concentra son: Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen.

La mutilación es casi universal en Djibouti, Egipto, Somalia y Guinea.

En los países donde la mutilación no es generalizada, tiende a concentrarse en regiones específicas de un país y no está limitada por las fronteras nacionales.

Asimismo, la prevalencia de la mutilación genital femenina varía entre los distintos grupos étnicos. Así, algunas etnias en las que se realiza la MGF son: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé (Pular, Tuculer), Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa o Fante, procedentes principalmente de Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry. Algunas etnias que no la practican son: Wolof, Serer o Ndiago

La MGF se lleva a cabo en edades muy diversas. Según la OMS, cada vez se practica a edades más tempranas, y esto con el fin de que la niña, ya adulta, no recuerde el dolor sufrido y sea más fácil que lo realice a sus hijas; sin embargo, existen zonas en las que se efectúa justo antes de casarse o a niñas de meses

En la mitad de los países con datos disponibles, la mayoría de las niñas sufren la mutilación/ablación antes de la edad de 5 años.

La edad a la que gran parte de las niñas son sometidas a esta mutilación varía mucho de una sociedad a otra, y oscila entre los 5 y los 14 años.

MAPA EN LA RIOJA

PAIS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
BURKINA FASO	35	19	16
BENÍN	8	5	3
CAMERÚN	46	24	22
COSTA DE MARFIL	88	47	41
EGIPTO	20	8	12
ETIOPIA	1	1	
GAMBIA	33	21	12
GHANA	272	179	93
GUINEA	135	60	75
GUINEA BISSAU	2	2	
KENIA	6		6
MALI	237	176	61
MAURITANIA	5	4	1
NIGER	1		1
NIGERIA	135	68	67
SENEGAL	144	117	27
SIERRA LEONA	2	2	
SOMALIA	4	2	2
TANZANIA	2		2
TOGO	6	5	1
ERITREA	6	2	4
IRAQ	11	5	6
YEMEN	1	1	

No aparecen datos de los siguientes países: Chad, Djibouti, Liberia, República Centroafricana, Sudán y Uganda.

(Fuente: Instituto de Estadística de La Rioja)

CONSECUENCIAS (basadas en el PROTOCOLO SANITARIO 2015)

La MGF, además de ser un grave atentado contra los derechos humanos de la persona, entraña con frecuencia consecuencias físicas y psicológicas para ellas, en ocasiones tan graves, que pueden llevarlas a la muerte o a la marginación de por vida.

La MGF no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y las niñas, sino que las daña de formas muy variadas porque implica la ablación y daño del tejido genital femenino normal y sano.

Las complicaciones que aparecen tras una MGF pueden ocurrir inmediatamente o bien a medio o largo plazo, sin olvidar las complicaciones obstétricas.

A corto plazo

Hay que tener en cuenta que, en general, las personas que realizan las intervenciones del rito de la ablación en los países de origen, no tienen conocimientos de cirugía, los instrumentos que se utilizan no están esterilizados y se realizan sin anestesia, por ello pueden existir complicaciones y consecuencias inmediatas como:

- Dolor intenso. Es una práctica muy dolorosa que tiene varias consecuencias inmediatas, como llagas abiertas en la región genital y dolor como consecuencia de las heridas que quedarán tras la mutilación, ansiedad y shock.
- Hemorragias. Al ser una zona muy vascularizada, la incisión puede producir un sangrado importante que si no es bien controlado, puede ocasionar un shock hemorrágico que podría conducir a la muerte de la niña.
- Infecciones. Tanto, infección de la herida por la falta de higiene y esterilización del material, como infección urinaria por retención o por daño de la uretra (imposibilidad de micción o micción dificultosa, oliguria) e incluso septicemia y tétanos (si la niña está vacunada, este riesgo desaparece). También se incrementa la exposición y el riesgo de infección por VIH al utilizarse los mismos instrumentos cortantes en todas las niñas iniciadas.
- Lesión de órganos y estructuras anatómicas de la zona: uretra, vagina, perineo y/o recto.

- Fracturas, en algunos casos, dependiendo de la resistencia que oponga la niña.

A medio plazo

Pueden producirse anemias severas provocadas por las hemorragias unidas, en su caso, a problemas de malnutrición. También pueden aparecer otras complicaciones como la infección pélvica, menstruaciones dolorosas y formación de cicatrices queloides.

A largo plazo

Las consecuencias a largo plazo pueden consistir en complicaciones:

Psicológicas

Las complicaciones psicológicas pueden aparecer, sobre todo, en mujeres que recuerdan su MGF. Si la práctica se ha realizado en edades tempranas (antes de los 12 años) y aunque es muy probable que existan en la niña y afecten a su desarrollo físico y emocional, son difíciles de detectar y medir. Algunas consecuencias que se pueden observar son:

- Depresión, terror (terrores nocturnos), miedo.
- Confusión y sentimientos de contradicción por la diferencia de valores de la sociedad de origen y la sociedad en la que viven, en el caso de mujeres inmigrantes.
- Miedo al rechazo de su grupo social o étnico si no acceden a la práctica de la mutilación genital. Sentimientos de humillación, vergüenza.
- Incertidumbre y temor de las niñas y adolescentes que ahora viven en otro país diferente al de origen habiendo sido mutiladas, toman conciencia de su situación.
- Miedo a las primeras relaciones sexuales o al parto en las chicas y mujeres que han sido mutiladas.
- Sentimiento de culpa de madres mutiladas que han aceptado o incluso promovido la práctica de la mutilación a sus hijas.

Existen pocas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la MGF, pero sí relatos de mujeres que refieren ansiedad antes del proceso y terror durante el mismo. La experiencia de la MGF se ha asociado a una serie de trastornos mentales y psicosomáticos, como alteraciones del apetito y del sueño, pesadillas, ataques de pánico y dificultades para la concentración y el aprendizaje.

Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas. La deformación de los genitales, producida por quistes dermoides o por cicatrices queloides, les causan ansiedad, vergüenza y miedo al pensar que sus genitales están creciendo de nuevo de forma monstruosa o al temer que se trate de un cáncer. Muchas mujeres padecen sus problemas en silencio, incapaces de expresar su dolor y su miedo, y la memoria del hecho las acompaña durante toda su vida. Además, las mujeres inmigrantes que han sido mutiladas, pueden presentar problemas añadidos relacionados con su identidad sexual, frente a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición a la MGF en el país de acogida.

Físicas

- Infecciones génito-urinarias (vesicales) recurrentes.
- Exposición y riesgo de infecciones como el VIH, la hepatitis o el tétanos, si se utilizaron instrumentos no esterilizados para practicarla.
- Problemas genitourinarios: dolores menstruales, hematocolpos (retención del contenido menstrual en la vagina), fístulas genitourinarias, retención, incontinencia, quistes, dependiendo del tipo de mutilación practicada.
- Aumento del riesgo de complicaciones del parto y muerte del recién nacido, sobre todo en los países de origen.

Además de las consecuencias citadas anteriormente, las mujeres que tienen practicada la mutilación tipo III sufren problemas adicionales algunos de los cuales ya se han nombrado anteriormente, como por ejemplo:

- Inflamaciones e infecciones frecuentes, lesiones producidas al abrir el orificio (o descoserlo) para mantener relaciones coitales o para el parto.

- Incontinencia urinaria e infecciones recurrentes, alteraciones del ciclo menstrual, lesiones producidas al volver a cerrar el orificio, esterilidad y grandes dificultades durante el parto, imposibilidad de realizar el coito.
- Necesidad de la desinfibulación parcial como parte del rito de matrimonio para permitir la penetración, y en ocasiones implicará necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal se debe corregir quirúrgicamente para permitir el parto. A veces se cierra nuevamente, incluso después de haber dado a luz, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, aumentándose los riesgos inmediatos y a largo plazo.

Sexuales

Existe mayor probabilidad de sufrir problemas relacionados con la sexualidad, como por ejemplo:

- Disminución de la sensibilidad sexual (placer, excitación, lubricación, orgasmo), ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales.
- Disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, frigidez, etc.
- Dolor en el coito (dispareunia).
- Vaginismo.
- Anorgasmia debida a la amputación del glande del clítoris.
- Miedo y rechazo.

Consecuencias para terceras personas

No obstante, no sólo las mujeres padecen perjuicios con la práctica de la mutilación.

En relación con las consecuencias de la MGF en los hombres y aunque menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración,

búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, etc.

Por otra parte, como consecuencia de las complicaciones durante el parto, en los países de origen, la tasa de mortalidad de las criaturas durante el nacimiento es más elevada. También se producen una serie de complicaciones que pueden dañar al bebé, como la retención en el canal del parto mayor tiempo del debido, lo que puede ocasionar falta de oxígeno durante el parto, sufrimiento fetal. Estos problemas se dan principalmente en los casos de mutilación del tipo II y III. Aunque en nuestro entorno este tipo de problemas pueden ser controlados, conviene conocerlos y tenerlos presentes como riesgos en caso de mujeres que hayan sufrido este tipo de mutilación y lleguen y a nuestros servicios sanitarios para proporcionarles la atención en el parto.

Complicaciones obstétricas y en criaturas recién nacidas

En los países de origen, en muchos de los estudios realizados sobre la MGF se había descrito la aparición de complicaciones durante y en el período inmediato al parto, tanto para la madre como para las criaturas recién nacidas, especialmente en los casos de infibulación.

En el extenso estudio prospectivo, realizado por la OMS y publicado en The Lancet en 2006, sobre más de 28.000 mujeres de diferentes países y etnias africanas, se pudo constatar la mayor frecuencia de problemas durante el parto en las mujeres que han sufrido una MGF comparadas con las que no la han sufrido, especialmente en los tipos II y III.

Entre estas complicaciones se encuentran:

- Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada.
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III.
- Mayor mortalidad materna.
- El número de bebés que precisan de reanimación al nacimiento es significativamente más elevado cuando la madre ha sufrido una mutilación genital.

La mortalidad perinatal es más alta en bebés de madres con mutilaciones tipo II y III, pudiéndosele atribuir un 22‰ de las muertes perinatales de criaturas recién nacidas de mujeres a las que se ha practicado la MGF.

“Los tres dolores de las mujeres” relacionados con la mutilación genital femenina, incluyen: los dolores del día en que se realiza la mutilación, la noche de bodas donde a la mujer hay que cortarla para tener relaciones y, finalmente, el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro”. Fourcroy, J.L. “The Three Feminine Sorrows”, *Hospital Practice* 1998; 33; 15-21.

No obstante, en España y en otros países de nuestro entorno, este tipo de complicaciones en todo caso, serían las observadas si nos encontramos en caso de necesidad de desinfibulación intraparto o en caso de realización de episiotomía en tejidos dañados en estos casos.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

PREVENCIÓN

Para prevenir esta práctica es necesaria la información, utilizando argumentos que puedan ser entendidos por las propias comunidades. Por ello, es importante el trabajo de concienciación con la participación de los propios colectivos de inmigrantes, y, a tal fin, desde la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, en conjunto con el resto de entidades implicadas en la firma de este Protocolo, se llevarán a cabo programas y/o acciones de prevención y sensibilización encaminadas a la prevención de MGF, en coordinación con entidades del Tercer Sector (asociaciones vinculadas culturalmente a los países en los que se practica MGF).

El trabajo de sensibilización tendrá como objetivo que, en los núcleos familiares practicantes, tanto el padre como la madre abandonen la práctica por propio convencimiento y protejan a sus descendientes conjuntamente. Para esta labor se incorporará siempre que sea posible, como hemos señalado anteriormente, a agentes activos de la propia comunidad, y, subrayando que la MGF es una de las distintas formas que adquiere la violencia machista, deberá promoverse la actuación en concreto de las mujeres africanas como principales protagonistas en el proceso de erradicación de las MGF, ya que son ellas las principales afectadas.

No obstante, la reflexión y la sensibilización se extenderá a toda la comunidad, con especial interés también para los hombres que la forman, por el hecho de ser ellos en muchas ocasiones, los que disponen de la autoridad que debe hacer posible el cambio.

Igualmente importante será la formación especializada a profesionales que intervengan en la atención a mujeres y niñas objeto de MGF, estudiando contenidos como el marco legal, antropológico, las repercusiones sanitarias y sociales, etc, a fin de conocer todo lo relacionado con la práctica de la MGF, desde su origen hasta las consecuencias legales y para la salud, para saber cómo abordar el tema con las familias.

Desde el sistema educativo, y en disposición de la relación de confianza creada con las alumnas y sus familias, la escuela se convierte en otro contexto adecuado para realizar una labor de prevención, tanto desde la sensibilización como la detección temprana de situaciones de riesgo.

DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO

Desde la Dirección General de Justicia e Interior, en adelante DGJI, se facilitará un listado actualizado de los países en los que se practica MGF a todas aquellas administraciones (Educación, Vacunación Internacional, etc.) que tengan relación directa con menores susceptibles de sufrirla, con el fin de que puedan determinar la población concreta de riesgo, y poder comunicar una potencial situación de riesgo (próximo viaje a su país de origen) a las entidades de referencia (Salud y DGJI).

SI LA DETECCIÓN SE REALIZA DESDE EL ÁMBITO DE SALUD

Si la detección se realiza por un profesional del ámbito de la salud, será el profesional de Trabajo Social del Centro de Salud de Atención Primaria, el que programe una cita médica de cara a firmar el documento de compromiso preventivo, que será incluido en el Historial Clínico, y remitido posteriormente a Educación y a la DGJI.

El Compromiso Preventivo es un documento desarrollado para que los/las progenitores/as de la niña/joven menor de edad puedan utilizarlo en el viaje a su país de origen como elemento de apoyo en su decisión de que su hija no sea mutilada. Permite también conocer el posicionamiento de la familia ante la práctica de la mutilación.

SI LA DETECCIÓN SE REALIZA DESDE OTRO ÁMBITO DIFERENTE A SALUD

Si la detección se realiza por profesional ajeno al ámbito de la salud, éste la notificará al profesional de Trabajo Social del Centro de Salud de Atención Primaria, el cuál programará una cita con la menor y su familia, de cara a firmar el documento de compromiso preventivo, que posteriormente será incluido en el Historial Clínico, y remitido igualmente a Educación y a la DGJI.

Del mismo modo se realizará la notificación URGENTE (~~fax+teléfono+correo electrónico~~) a el/la profesional de Trabajo Social del Centro de Salud de Atención Primaria, en caso de riesgo inminente, para posteriormente actuar de la siguiente manera:

SI DE LA DETECCIÓN SE DESPRENDE UN CASO DE RIESGO INMINENTE

Ante la detección de una situación que entrañe RIESGO INMINENTE de practicar la MGF a una menor de edad, se actuará de la siguiente manera:

1. Remisión a Fiscalía, a la Entidad Pública de Protección de Menores, y a la DGJI de un informe motivado en el que se recojan:

- ✓ Datos de identificación de la menor

- ✓ Situación sociocultural de la familia: etnia de riesgo y antecedentes de riesgo (entre ellos, existencia de prácticas de MGF en otras mujeres de la familia: madre, abuelas, hermanas, primas...) así como la actitud del padre y de la madre ante la práctica de la MGF y otros que se estimen relevantes.

- ✓ Explicar y fundamentar con todos los argumentos existentes los motivos por los que se considera, por parte del/a profesional sanitaria/o o sociosanitaria que emita el informe, que la situación reviste un riesgo de gravedad inminente para la menor. Aquí se pueden detallar todas las actuaciones sanitarias y sociosanitarias realizadas para convencer a las personas que ejercen la tutela de la menor de la necesidad de proteger a ésta de la práctica de la MGF así como de la necesidad de su compromiso e implicación para evitar la MGF a la menor. También todas las conductas, expresiones, manifestaciones, etc. expresadas por aquellas en relación a esta situación que permiten presuponer el grave riesgo para la niña en relación a que le sea practicada de manera inminente una MGF. Si va a haber un viaje próximo o programado al país de origen de la familia o a otro donde se practique la MGF, fundamentar, si es así o si existen datos que apunten a esa posibilidad de manera suficiente, que uno de los motivos de la realización del viaje es la práctica de la MGF a la menor.

Este informe motivado se remitirá a:

- ✚ Fiscalía por fax (nº 941 296417). Además se realizará llamada telefónica (nº 941 296414) para confirmar su recepción.
 - Desde Fiscalía se procederá a la tramitación de las medidas cautelares urgentes de protección de la menor, entre las que puede incluirse la retirada del pasaporte de la menor. Este procedimiento es competencia del Juzgado de Familia, desde donde se puede adoptar esta medida en un plazo de tiempo muy corto. Esta petición se realiza desde Fiscalía.

- ✚ Entidad Pública de Protección de Menores por fax (nº 941 291462). Además se realizará llamada telefónica al nº (941 291370) para confirmar su recepción.


- Esto se realizará en el horario habitual de mañana de lunes a viernes. Si el horario de la emisión del escrito es durante las tardes, noches o días festivos el escrito se remitirá al/la Fiscal de guardia (fax nº: 941 296417 y teléfono nº 609350963) Si no se logra localización inmediata del/la Fiscal, se remitirá al Juzgado de Guardia (fax nº 941 296374 y teléfono nº 941 239551).
 - Desde la Entidad Pública de Protección de Menores se adoptarán las medidas de protección que precise la menor, incluida en su caso la declaración de desamparo y la asunción de su tutela.
- 📠 DGJI por fax (nº 941 291696). Además se realizará llamada telefónica al nº (941 291108) para confirmar su recepción.
- Desde la DGJI se notificará a la Oficina de Asistencia a la víctima del Delito, dependiente de la primera, a fin de realizar las actuaciones pertinentes que le confiere el Estatuto de la Víctima 4/2015 de 27 de abril, y le pondera como ventanilla única para la asistencia a víctimas de delito.
 - Posteriormente, la DGJI lo remitirá tanto a Delegación de Gobierno, como al Centro Asesor de la Mujer, en adelante CAM, para el conocimiento de los agentes implicados.


Si por parte del equipo o profesional sanitario y/o sociosanitario se considera que la situación es muy grave y que la menor precisa de medidas de protección inmediatas, se solicitará auxilio a las fuerzas y cuerpos de seguridad (Policía Nacional en el caso de Logroño y Guardia Civil en el resto de la comunidad autónoma) para procurar que la menor no se vaya con su familia y quede protegida de manera inmediata en el centro de salud u hospital donde se haya evaluado el riesgo. Con el auxilio policial la menor será trasladada a un alojamiento adecuado, bajo la tutela de la Entidad Pública de Protección de Menores.

DETECCIÓN DE MGF YA PRACTICADA


DETECCIÓN DE CASOS DE MENORES DE EDAD CON MGF YA PRACTICADA

Cuando se detecte, en una consulta sanitaria (atención primaria u hospitalaria) una MGF realizada a una menor en fechas recientes (bien sea al regreso de la menor de un viaje al país africano originario de su familia tal y como se había acordado con los padres en el Compromiso Preventivo o bien como detección por otros motivos), se procederá a la emisión del parte de lesiones correspondiente y se remitirá por fax a:

 Fiscalía (nº 941 296417). Además se realizará llamada telefónica (nº 941 296414) para confirmar su recepción.

 Entidad Pública de Protección de Menores por fax (nº 941 291462). Además se realizará llamada telefónica al nº (941 291370) para confirmar su recepción. Esto se realizará en el horario habitual de mañana de lunes a viernes. Todo esto sin perjuicio de su notificación también a los Servicios Sociales de Base, y al registro unificado de maltrato infantil (Programa RUMI) de la Dirección General de Servicios Sociales, según el protocolo establecido en el programa.

En esta situación tanto desde Fiscalía como desde la Entidad Pública de Menores se adoptarán las medidas de protección que en su caso se estimen pertinentes.

 DGJI por fax (nº 941 291696). Además se realizará llamada telefónica al nº (941 291108) para confirmar su recepción.

Desde la DGJI se notificará a la Oficina de Asistencia a la víctima del Delito, dependiente de la primera, a fin de realizar las actuaciones pertinentes que le confiere el Estatuto de la Víctima 4/2015 de 27 de abril, y le pondera como ventanilla única para la asistencia a víctimas de delito.

Igualmente, la DGJI lo remitirá tanto a Delegación de Gobierno, como al Centro Asesor de la Mujer, para el conocimiento de los agentes implicados.

INTERVENCIÓN EN CASOS DE MGF YA PRACTICADA

+ INTERVENCIÓN CON MENORES CON MGF PRACTICADA

Desde el ámbito de salud, se llevará a cabo la valoración de la atención a las secuelas físicas y psíquicas desde un trabajo coordinado en red.

En relación a las secuelas psicológicas, serán los/las profesionales del trabajo social sanitario quienes remitirán informe de derivación a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito (OAVD), a fin de intervenir con la menor en las consecuencias de la victimización sufrida, tal y como establece la Ley 4/2015 de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

+ INTERVENCIÓN CON MUJERES ADULTAS CON MGF PRACTICADA

Desde el ámbito de salud, se llevará a cabo la valoración de la atención a las secuelas físicas y psíquicas desde un trabajo coordinado en red.

En relación a las secuelas psicológicas, serán los/las profesionales del trabajo social sanitario quienes remitirán informe de derivación a la OAVD, a fin de intervenir con la menor en las consecuencias de la victimización sufrida, tal y como establece la Ley 4/2015 de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

Al mismo tiempo, los/las profesionales del trabajo social sanitario remitirán el mismo informe de derivación al CAM, a fin de que tengan conocimiento del mismo, y procedan según estimen conveniente.

ANEXOS

Protocolo riojano para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina.