

# Reflexiones desde las experiencias de acompañamiento a mujeres supervivientes de mutilación genital femenina en el territorio valenciano.

## Recomendaciones desde la coproducción de conocimientos.



Subvencionado por:

Un proyecto gestionado por:

En colaboración con:

**Proyecto: “Cuerpo, género y tabú. Transitando narrativas vitales vinculadas a los Cortes/Mutilaciones Genitales Femeninas para la movilización colectiva de la ciudadanía valenciana en la defensa del Derecho a la Salud Afectiva y Sexual de las mujeres y las niñas. Programa de EpDyCG no formal desde un enfoque basado en Derechos Humanos e interseccional, en el territorio valenciano.”**

Proyecto subvencionado por la Generalitat Valenciana en la convocatoria 2021 de actuaciones en materia de educación y sensibilización para la ciudadanía global y de acciones de sensibilización sobre activistas en derechos humanos, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

**Proyecto gestionado por: Farmamundi**

**En colaboración con: Red Aminata**

**Agradecimientos por su apoyo y participación:**

Adenekan, Aicha, Aissata, Aïcha, Aïssata, Alimata, Amy, Assitan, Awa Kaly, Benedicta, Blessin Oraezu, Blessing, Delphine, Djenabou, Ebehiwialu, Edith, Fatimata, Fatimata, Gloria, Hassanatou, Julieta, Kadiatou, Mane, Mama, Mariam, María, MousSouckoura, Pat, Patiente, Sonia, Tanana, Tina y Tako Dite.

**Y en especial a:**

Diaratou, Enomamien, Fatou, Humu, Itohan, María Reginalda, Meman, Orokiatou, Patiente, Rougy, Salimatou y Silvia.

**Del sector sanitario:**

- Palmira Muñoz y Sonia Alcover de la Unidad de Igualdad de la Conselleria de Sanidad.
- Reyes Balanza, Carolina Sánchez y Felipe Hurtado Murillo, y demás personal de la Unidad de referencia para la cirugía de reconstrucción ante la mutilación genital femenina del Hospital Universitario Doctor Peset.
- Beatriz Melchor, Trabajadora Social Centro de Salud de la Fuente de San Luis.
- Dolores López, Trabajadora Social Centro de Salud San Marcelino.
- Pilar López de la Dirección General de Salud Pública.
- Pilar Casares, Luis López, Cintia Sancanuto del Centro de Salud Pública de Valencia.
- A la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud- EVES.
- Xavier Torremocha, Ana Belén Cruz Álvarez, María José Masia Bono, Joan Paredes Carbonell del Hospital Universitario de la Ribera.

**Del sector social:**

- Nuria Morales, Pilar Lucas y Amparo Merodio del Instituto Valenciano de las Mujeres, y de la Red Centros Mujer.
- María José Sapena Mas y María Morales Sánchez de la Unidad de Igualdad de Torrefiel-Orriols del Ayuntamiento de Valencia .

**Del tercer sector:**

- Amy Mortensen, Felipe Hurtado, Mercedes Bonet y Melisa Darocas de Red Aminata.
- Laura Paneque, Trabajadora social en CEAR.
- Camila Bonavía, Trabajadora social.
- Claudia Parreño, Trabajadora social en Valencia Acoge.
- Carolina Trujillo y demás personas colaboradoras de Radio Malva.
- Asha Ismail y Hayat Trapas de Save a Girl Save a Generation.
- Carmen Cabrera, Abogada de extranjería.
- A la Federación Unión Africana.
- A la Asociación de Mujeres Progresistas.

**Del ámbito académico:**

- Antonio Merelles, María Isabel Martínez, María Luisa Ballestar de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universitat de València.
- Raquel Faubel Cava y Núria Sempere, de la Facultad de Fisioterapia, Universitat de València.
- Carlos Saus y Eva María Sosa de la Escuela de Enfermería de la Fe.
- Ruth Mestre i Mestre del Máster de Género y Políticas de Igualdad de la Universitat de València.
- Marisa Guillem de la Facultad de Medicina de la Universitat de València.
- Vicente Gea y Jorge Casañas de la Universidad Internacional de Valencia- VIU.

**Documento elaborado por:**

Aminata Soucko Damba  
Ariadna Maurí Folgado  
Diana Carolina Valenzuela Cárdenas  
Marcela Hincapié Martínez  
Isabel Cuellar Reina

**Ilustraciones de:**

Mar Hernández @Malota

**Maquetación de:**

María Álvaro Navarro

**Año: 2024**

Esta publicación ha sido realizada en el marco del proyecto “Cuerpo, género y tabú”, perteneciente a la estrategia de trabajo que Farmamundi lleva a cabo con la colaboración de Red Aminata. Tanto el proyecto como la publicación han sido posibles gracias al apoyo financiero de la Generalitat Valenciana. El contenido es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y no refleja necesariamente la opinión de la Generalitat Valenciana.

# Índice

Contexto

1

¿Cómo hemos ido construyendo las reflexiones?

3

Las reflexiones y aportes de las mujeres participantes

4

Entrevistas a mujeres participantes del proyecto

9

Entrevistas a personal sanitario de la Unidad de Referencia

10

Entrevistas a entidades del tercer sector

13

Reflexiones de las formaciones y charlas de sensibilización

15

¿Qué podemos hacer para mejorar el acompañamiento a las mujeres supervivientes?

17

Anexos

20

# Contexto

En el Informe de UNICEF, “Mutilación Genital Femenina: una preocupación mundial” publicado el 7 de marzo de 2024 en conmemoración del Día Internacional de la Mujer, se evidencia que, más de 230 millones de niñas y mujeres en todo el mundo han sido sometidas a la mutilación genital femenina, lo que significa un aumento del 15%, es decir, 30 millones de niñas y mujeres más, en comparación con los datos publicados hace ocho años.

Gran parte de la incidencia mundial se encuentra en países del continente Africano, con más de 144 millones de personas, seguida de Asia con más de 80 millones y Oriente Medio con 6 millones. Sin embargo, la mutilación genital femenina también se practica en otras comunidades originarias en otros países y entre diásporas de todo el mundo, incluidos países del norte global.

Según el informe de la UNICEF, la prevalencia de la mutilación genital femenina presenta variaciones significativas en el comportamiento dentro de los países. Se ha evidenciado una disminución importante en los últimos 30 años de la práctica, por ejemplo en Sierra Leona, que ha disminuido de un 95% a un 61% en la actualidad, así como Burkina Faso del 83% a un 32% o Etiopía con una disminución de 77% a 47%. Sin embargo, otros países no han mostrado avances significativos en los últimos 30 años.

Somalia, por ejemplo, apenas ha reducido su incidencia en un 1% pasando del 100% al 99%; Mali ha disminuido del 89% al 86%; Gambia del 74% al 73% actualmente; Guinea-Bissau ha pasado de un 49% a un 48%; y Senegal del 26% al 22% de incidencia.

Es preocupante que en 2024, aún existan retrocesos tan importantes, como el sucedido en los últimos meses en Gambia, en dónde el parlamento de este país se ha pronunciado a favor, casi en mayoría, de revertir la ley que prohibía la realización de la mutilación genital femenina, una ley aprobada en el 2015.

Por estos motivos, hay un llamado urgente a la reflexión con respecto al cumplimiento de los ODS con relación a la eliminación de la Mutilación Genital Femenina:

*“A través de la meta incorporada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de eliminar las prácticas nocivas, la comunidad mundial se ha comprometido a poner fin a la mutilación genital femenina para 2030. Sin embargo, para alcanzar este objetivo, el progreso tendría que ser 27 veces más rápido que el ritmo observado en la última década. Esto exige una acción urgente y concertada a una escala sin precedentes. Esta violación de los derechos humanos no tiene cabida en el siglo XXI. El momento de actuar es ahora.” (UNICEF).*

Por otro lado, se cumplen ocho años de la publicación del primer Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina de la Comunitat Valenciana y se espera que, en breve, se publique, por parte de la Conselleria de Sanidad, una nueva versión del mismo. Este protocolo tiene como objetivo:

*“Establecer un conjunto ordenado de actuaciones de carácter multidisciplinar e integral que permita abordar la Mutilación Genital Femenina desde la prevención y detección precoz a la cirugía reconstructiva para las mujeres que la sufren, en el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana”.*

Se podría señalar que la Comunitat Valenciana es pionera en el Estado español en el abordaje sanitario a las mujeres supervivientes de mutilación genital femenina, sin embargo, queda mucho camino por recorrer y cada vez se necesitan más actores/agentes implicadas/os no solo desde el sector sanitario, sino desde todos los sectores públicos y privados, trabajando de forma coordinada para garantizar el derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres.

Con estos antecedentes, el presente documento pretende recopilar las conclusiones producidas desde la experiencia de mujeres que residen en la Comunitat Valenciana, y provienen de países donde se realiza la mutilación genital femenina; así cómo de profesionales sanitarios y sociales que acompañan a estas mujeres desde diferentes espacios, servicios o recursos, y quienes se han vinculado a las diferentes actividades del proyecto: “Cuerpo, género y tabú”, un proyecto

gestionado por Farmamundi, con el apoyo de Red Aminata y financiado por la Generalitat Valenciana en la convocatoria de proyectos de Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía global de 2021.

Esperamos que los resultados que presentamos a continuación, sirvan de guía para las futuras intervenciones del personal social, sanitario y educativo de la Comunitat Valenciana, en el abordaje y acompañamiento de las realidades que enfrentan las mujeres que han vivido la mutilación genital femenina y que hoy en día son vecinas del territorio valenciano. En este deseo colectivo por erradicar las prácticas que son dañinas y afectan la salud de las mujeres.



# ¿Cómo hemos ido construyendo las reflexiones?

Hemos realizado un proceso a través de diferentes actividades realizadas con las mujeres participantes del proyecto (titulares de derechos-TD), como son el grupo focal y las entrevistas, así como en actividades de formación al personal sociosanitario valenciano (Titulares de responsabilidades TR) y de sistematización de los resultados. Y en todo ese proceso, hemos ido recopilando toda una serie de reflexiones.

En primera instancia, se trabajó a lo largo de dos años con un grupo de mujeres residentes en la Comunitat Valenciana que provienen de los países y comunidades donde se practica la mutilación genital femenina. Este grupo focal fue conformado gracias a la intervención de Aminata Soucko, Agente de Salud de Base Comunitaria, Técnica de Acción Social en Farmamundi, y Presidenta de Red Aminata. Ella, al ser una mujer africana y sobreviviente de la mutilación genital femenina, que ha accedido a la cirugía de reconstrucción, se constituyó en un referente para estas mujeres, ganando su confianza y motivándolas para participar en un grupo, en el que reflexionar colectivamente y movilizarse en favor de su derecho a la salud afectiva y sexual.

Por otro lado, se ha profundizado en la experiencia de las mujeres TD que han accedido a los servicios de la Unidad de referencia para la cirugía reconstructiva ante la mutilación genital femenina, mediante algunas entrevistas semiestructuradas.

Para la atención sanitaria, ellas se han relacionado con el personal de la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la mutilación genital femenina del Hospital Universitario Doctor Peset. Por ello, se consideró oportuno para el análisis, entrevistar también al personal sanitario (Coordinación-ginecología, Trabajo social y Psicología - sexología), el cual actúa en el marco del Protocolo de actuación sanitaria frente a la mutilación genital femenina de la Comunitat Valenciana de la Conselleria de Sanidad.

Por otra parte, gracias a la experiencia en el trabajo de coordinación de Farmamundi y Red Aminata, se ha identificado a organizaciones del tercer sector que atienden a mujeres en el Sistema de acogida de protección internacional y que también son sobrevivientes, y quienes acumulan experiencia en el acompañamiento de estas mujeres en nuestro territorio.

# Las reflexiones y aportes de las mujeres participantes

Las mujeres que participaron y dieron forma al proyecto “cuerpo, género y tabú”, han sido un total de 43 mujeres que proceden de países del continente Africano: Gambia, Ghana, Guinea Conakry, Guinea Ecuatorial, Mali, Mauritania, Nigeria y Senegal. Ellas reflexionaron colectivamente sobre las situaciones que viven al ser mujeres y proceder de distintos países y culturas, en los que se practica la mutilación genital femenina. Aunque no todas han vivido la práctica, sí que se han relacionado con ella y otros aspectos asociados que

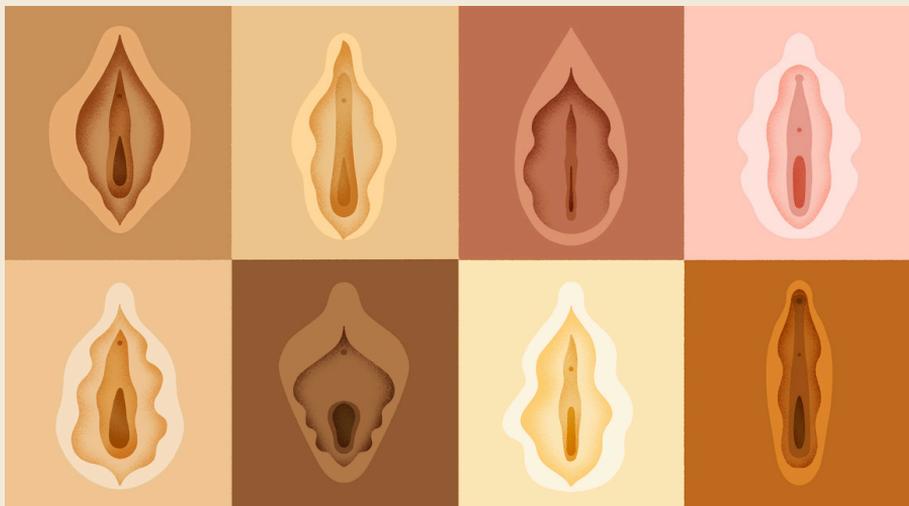
desde la infancia han influido en su vivencia sobre su derecho a la salud afectiva y sexual- DSAS.

Es importante mencionar, que las reflexiones obtenidas, siguen la línea de la información publicada en el año 2022 por Farmamundi en el documento [“Reflexiones y resistencias feministas para la garantía del Derecho a la Salud Afectiva y Sexual de mujeres migrantes en la ciudad de València. Herramienta para la movilización social a través de un diálogo de saberes”](#).

**La mutilación genital femenina, una práctica arraigada en la cultura, rodeada de mitos y prejuicios, que debe parar**



# Principales reflexiones



El cuerpo es un territorio desconocido para ellas mismas. Los relatos que se evidenciaron de él están marcados desde la infancia por la ausencia de cualquier información sobre su funcionamiento y su cuidado, tanto por parte de la familia, como de la escuela.

Al llegar el primer sangrado menstrual, se infunde en ellas el miedo como dispositivo de control para cuidar la virginidad de la cual depende no solo su futuro sino la honorabilidad de su familia. Entendiendo que en sus comunidades de origen la mujer tiene un papel especialmente centrado en la maternidad y en el rol de esposa, aunque también ejerzan trabajos y labores productivas fuera de casa.

La primera regla es un punto de inflexión en la vida de las niñas. Es un momento festejado en algunas etnias, pero siempre asociado al miedo y a la posibilidad de un embarazo, por eso, en algunas culturas, es el momento para que se formalicen los compromisos matrimoniales.

La pobreza menstrual ha estado presente en la vida de la mayoría de las participantes, siendo el método más usado en el momento del primer sangrado menstrual y en sus primeros años, el uso de paños textiles.

En consecuencia, el conocimiento del cuerpo y la sexualidad es un tabú, del cual no se habla a las niñas hasta

llegado el momento del matrimonio, momento en el que, se les informa cuál es el rol que deben ejercer para cumplir el mandato cultural de género, es decir, ser madres y esposas. La sexualidad, entonces, es un ámbito exclusivo para el disfrute del deseo masculino.

Toda vez que, el relato de la experiencia sexual más frecuente entre ellas está asociado al dolor, debido a la mutilación genital femenina y a la presión social de quedarse embarazada en el menor tiempo posible.

Como se evidencia en la infografía 1 (ver anexo), la mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos, del tipo que tenga cada mujer dependerá el nivel de sensaciones o dolor que pueda experimentar durante las relaciones sexuales. Teniendo en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, las mujeres no viven la sexualidad como una experiencia de exploración del propio cuerpo con sus parejas, sino, como se ha expuesto anteriormente, como un fin reproductivo o para satisfacer el deseo masculino.

Además, en algunos casos, a esta experiencia negativa de la sexualidad, se suma que algunas mujeres han vivido matrimonios forzados o están en un arreglo matrimonial poligámico. Es importante mencionar que, aunque en España la poligamia está prohibida, en buena parte de los países de origen de las mujeres participantes en el proyecto está permitida, por lo cual, puede que un hombre tenga una esposa en España, y otra u otras en su país de origen.

El tipo de mutilación genital femenina depende de la etnia a la que pertenece la mujer, más que de su nacionalidad, pertenencia cultural o religiosa,

y obedece a una serie de elementos culturales como seña de pertenencia e identidad en un grupo cultural.

La edad a la que se practica y las condiciones obedecen igual a estos mandatos culturales. En la experiencia del grupo, la mayoría de mujeres menciona que le han practicado la mutilación genital femenina en los primeros años de vida, por lo que no tienen recuerdos. Unas pocas, a las que se les realizó más mayores, sí recuerdan el dolor, pero también la ceremonia o el ritual que se realizó alrededor de ella o de ellas, en el caso en que se realizara en grupo con otras niñas.

Casi la totalidad de las participantes menciona que en su comunidad existe un desconocimiento generalizado de las consecuencias para la salud que tiene la práctica, no solo a nivel del funcionamiento sexual, sino que no asocian enfermedades o síntomas que presentan como consecuencia de la realización de la práctica (infecciones urinarias de repetición, dolor pélvico, reglas dolorosas, posibilidad de muerte de la madre y del feto en el momento del nacimiento).

Por lo cual creen, que si existieran programas de educación adaptados culturalmente, se podría transformar la visión de las comunidades frente a la práctica, empezando no solo por las mujeres que la realizan, sino además por las autoridades culturales y religiosas.

La utilidad de los espacios educativos para erradicar la práctica, se ha evidenciado en este proyecto, ya que muchas de las mujeres participantes, al relacionarse con mujeres de diferentes países y comunidades donde se realiza la práctica, pudieron comprender que esta no obedece a ningún mandato religioso, sino que, más bien, responde a una creencia cultural compartida por algunas etnias.

Además, la educación tiene el poder de derribar diferentes mitos y estereotipos, no solo en las comunidades en las que se practica, sino también en la sociedad valenciana, donde puede contribuir a acabar con la estigmatización que viven tanto las mujeres supervivientes como sus comunidades, en tanto se comprende más.

Como hemos dicho, las mujeres también han reflexionado sobre el papel de la mujer en sus comunidades, encontrando otras consecuencias que la mutilación genital femenina tiene para sus vidas.

Han mencionado que se enfrentan a sociedades estructuradas de forma patriarcal, que hace que vivan diferentes discriminaciones y desigualdades, como menos años de permanencia en el sistema educativo formal, además de toda la carga de cuidados que recae en ellas, sobre todo en aquellas que provienen de las zonas rurales, que tiene además una fuerte carga productiva. Así como, la exclusión y desamparo de aquellas que rompen el mandato patriarcal del esquema familiar formal siendo madres solteras.

Esto nos ayuda a comprender que la migración significa, para muchas de ellas, si bien, no para todas, una mejora en su situación de vida. Pero al mismo tiempo, las enfrenta a vivir otras discriminaciones adicionales, por ejemplo, menos oportunidades para acceder a la educación, aprender las lenguas locales, emplearse en diversos sectores laborales, y la soledad no deseada.



De hecho, algunas de las 40 mujeres que iniciaron su participación en el proyecto en el grupo focal en el primer año, no han podido movilizarse en el segundo año para reivindicar su derecho a la salud afectiva y sexual, por tener altas dificultades para expresarse en castellano.

Este grupo ha significado para muchas de las mujeres participantes, el único espacio de encuentro y de posibilidad para generar redes de apoyo mutuo y reflexionar sobre aspectos de los que nunca habían hablado abiertamente. Se ha tratado, por tanto, de un proceso de transformación a diferentes niveles y ritmos. Para algunas ha bastado con el grupo de reflexión para comprender que la mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos y una forma de violencia de género; para otras, ha sido solo un primer paso en el proceso de cambio.

Es por esto, que queda mucho camino por andar, mucho trabajo que realizar, y reconocemos que ha sido fundamental, y lo seguirá siendo, poder contar con figuras como la de Aminata Soucko, quien ha sido para las participantes un referente que, desde la educación entre iguales, ha podido movilizar los pensamientos más arraigados a nivel cultural en ellas.

En suma, gracias a estas reflexiones, nos ratificamos en que el enfoque más adecuado para trabajar el derecho a la salud afectiva y sexual de mujeres que proceden de países y comunidades donde se practica la mutilación genital femenina, es el enfoque de interseccionalidad. Este permite comprender que la realidad de las mujeres está atravesada por diferentes sistemas de opresión (sistema capitalista, sistema patriarcal, sistema colonial, etc.), y que la vivencia en cualquier ámbito de la vida va a estar condicionada por su género, su orientación sexual, su raza, su etnia, su clase social, su grado de autonomía, etc. Se trata de un concepto y una perspectiva de análisis imprescindible para comprender su actual situación.



# Entrevistas

## 1. Mujeres participantes del proyecto

A pesar de que algunas mujeres llevan residiendo en la Comunitat Valenciana más de 10 años, manifiestan no haber tenido conocimiento previo de la posibilidad de realizar la cirugía de reconstrucción y otras posibilidades de tratamiento existentes en la sanidad pública.

En este sentido, para todas fue clave el acompañamiento y tiempo dedicado por Aminata Soucko, que desde su experiencia como mujer superviviente que accedió previamente a la cirugía de reconstrucción, y también por su conocimiento del Protocolo, ha podido acompañarlas y sensibilizarlas en el proceso.

Como fruto de ese acompañamiento, todas se sintieron libres de decidir y solicitar la derivación a la Unidad de referencia para la cirugía de reconstrucción (en adelante la Unidad) y a las diferentes posibilidades del tratamiento, incluida la cirugía de reconstrucción.

La cercanía cultural de las mujeres con Aminata Soucko influyó positivamente en la apertura a hablar de la mutilación genital femenina desde el respeto a su cultura y la comprensión de los imaginarios contruidos alrededor del tema que, como se mencionó, es un aspecto del que no se habla en sus culturas.

Así mismo, refirieron haber recibido un buen trato durante las atenciones y durante la cirugía en la Unidad.

También se identificó un alto grado de conciencia respecto a los efectos de la mutilación genital femenina y su deseo de aportar al trabajo para la erradicación de la misma, sin embargo, en su mayoría aún resulta complicado abordar el tema con su familia, ya que tienen temor de ser juzgadas y perder su apoyo.

Algunas mujeres mencionan que desearían brindar el apoyo y guía que han recibido desde la figura de la Agente de Salud de Base Comunitaria a otras mujeres.

### **En las entrevistas las mujeres supervivientes hacen las siguientes propuestas:**

Existen dificultades en cuanto a las curas posteriores de la cirugía de reconstrucción, ya que en muchos casos no han podido ser atendidas por desconocimiento de la intervención por parte del personal sanitario en los centros de salud que les corresponden por domicilio, por lo que han tenido que trasladarse hasta la Unidad para recibir atención.

Mencionan igualmente que el dolor postoperatorio es bastante fuerte, por lo cual, debería considerarse que esta cirugía requiriera un cuidado en medio hospitalario en los primeros días, sobre todo para aquellas que viven fuera de la ciudad de València.

Por otra parte, mencionan aquellas que han sido madres y que ya han pasado por el proceso de reconstrucción genital, que el momento del parto puede ser una oportunidad para que el personal sanitario refuerce la sensibilización a los hombres sobre su responsabilidad en la prevención de la mutilación genital femenina.

Algunas mencionan haber acudido a sus centros de salud al haberse enterado de la cirugía de reconstrucción, pero ni los médicos de cabecera, ni el servicio de ginecología, ni las matronas les pudieron dar información por desconocimiento de la mutilación genital femenina. Una de ellas lo destaca de la siguiente forma:

*“En una ocasión me dijeron que era imposible la reconstrucción del clítoris diciendo: si se corta una parte del cuerpo, ¿cómo puede crecer?, es imposible, se trata de una cirugía de carácter estético”, es decir, una cirugía plástica.”*

## 2. Personal sanitario de la Unidad de Referencia

El personal sanitario de la Unidad es un personal altamente especializado con mucha experiencia trabajando en el tema, algunas incluso antes de la creación del Protocolo de actuación sanitaria publicado en el 2016. Es importante mencionar que el protocolo de la Comunitat Valenciana es el cuarto en antigüedad a nivel del estado Español, sus antecesores son el de Cataluña (2001), Aragón (2011) y Navarra (2013). (1)

En toda la Comunitat Valenciana, el Departamento de Salud de València – Doctor Peset, es el único que tiene una Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva, designada por Resolución de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de 21 de junio de 2016.

Además, cuenta con 48 Unidades de Salud Sexual y Reproductiva distribuidas por todo el territorio valenciano. Lo que la destaca como pionera dentro del resto de Comunidades Autónomas.

Según los datos del Protocolo de actuación sanitaria, la CVA es la 4 comunidad con presencia de mujeres que provienen de países y comunidades en donde se practica la mutilación genital femenina según los datos proporcionados por el Sistema de Información Poblacional (SIP). Es importante mencionar que son los datos oficiales más actualizados con los que se cuenta.

Según estos datos, la población total que procede de 23 países donde la práctica está generalizada, se situaría en 19.934 personas, de este total, 5.429 serían mujeres y niñas, 1.268 menores de 15 años y 4.161 a partir de 15 años.

Lo mismo menciona el estudio Mapa de la mutilación genital femenina de Wassu 2021, lo que demuestra que la incidencia en el comportamiento de la población se mantiene. (2)

1. La Mutilación Genital Femenina en España (2020), estudio promovido por la Secretaría de Estado y Servicios sociales e Igualdad y coordinado por la [Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género](#) y realizado por la [Fundación Wassu-UAB](#). (Fundación Wassu-UAB and) Fuente: [MGF\\_definitivo-1-88.pdf](#) ([observatorioviolencia.org](#)).

2. [«Conocer para actuar: Mapa de la Mutilación Genital Femenina \(MGF\) en España \(2021\)»](#). Fuente: MATERIAL DE APOYO - Google Drive



En la construcción del protocolo, se contó con la participación de Aminata Soucko como mujer superviviente, a lo que se sumó también Basile Paré (Agentes de Salud de Base Comunitaria- en adelante ASBC), un hombre Maliense que aportó su visión sobre las consecuencias que la mutilación genital femenina tiene para los hombres en las relaciones de pareja. Así se evidencia que esta práctica no solo afecta a las niñas y mujeres, sino también a su entorno, en concreto a la vivencia de la sexualidad en pareja.

Aminata Soucko, inició apoyando como ASBC en las áreas de enfermería, y debido al resultado favorable, surgió el interés de contar con el apoyo de ella en todo el proceso en la Unidad.

En la implementación del protocolo mencionan que uno de los aspectos positivos es que, se estima que ha aumentado el reconocimiento de las necesidades de asistencia sanitaria de las mujeres supervivientes.

En cuanto a la detección y el abordaje, se indicó que los servicios de matronas y enfermeras son quienes más hacen detección de la mutilación genital femenina, en su caso con mujeres embarazadas y, en segunda medida, en pediatría. Sin embargo, también señalan que el ingreso más significativo se da por la identificación y acompañamiento de la ASBC y otras entidades del tercer sector.

De acuerdo a la percepción del personal sanitario, la presencia de la ASBC (Aminata Soucko) es clave también como mediadora cultural, ya que, las mujeres llegan con un trabajo de sensibilización previo que facilita su atención en consulta. Sumando a esto, el impacto positivo en los cuidados post operatorios ofrecidos por ella misma que obedecen a la empatía y cercanía con la que los hace. Mencionan que, su acompañamiento en el proceso lo humaniza, al incluir la perspectiva intercultural, tan necesaria.

**En los aspectos de mejora y que se espera trabajar, el personal sanitario identifica que:**

Falta mayor sensibilización a profesionales sanitarios sobre los efectos emocionales de la mutilación genital femenina y también de los cuidados postoperatorios adecuados para la cirugía de reconstrucción. Además, es importante brindar una actualización periódica al equipo de matronas, enfermería, médicos/as de cabecera y servicios de pediatría que pueden ser movilizados por Trabajo social de la Unidad, por los cambios e incorporaciones constantes que tiene el personal sanitario.

Aún se genera incertidumbre en parte del personal sanitario en cuanto al abordaje de la mutilación genital Femenina, sobre todo en la manera de hacerlo, ya que, existe temor de que la solicitud de abordar el tema mediante la conversación pueda percibirse por parte de las mujeres como invasión de su intimidad. Por ende, se torna más fácil detectarlo en exploraciones físicas, donde es evidente la mutilación genital femenina, por ejemplo, en el tiempo de gestación.

Otro aspecto a mejorar, es el uso del sistema informático para facilitar la labor del personal sanitario, actualmente este sistema no cuenta con un ítem específico que notifique la incidencia frente a una “mujer adulta en riesgo”, ya que solo existe la alerta para niñas, y consideran que puede ser no muy visible o fácil de detectar teniendo en cuenta los tiempos breves de consulta.

En el abordaje y detección en menores de edad, los centros de salud, al detectar un viaje al país de origen, realizan la charla preventiva a niñas de acuerdo con el protocolo. Además, se procura la firma de un compromiso preventivo que implica una citación post viaje para evidenciar que no se ha realizado la mutilación. El personal entrevistado mencionó que se ha presentado en algunos casos que las familias no cumplen con la citación, dificultando el seguimiento y la ruta de atención.

En cuanto a la conexión con el tercer sector, se evidencia que hay instituciones y entidades, públicas y privadas, en la Comunitat Valenciana que abordan la mutilación genital femenina, pero que no hay suficiente coordinación con el sistema sanitario.

Considera el personal sanitario, la necesidad que desde el tercer sector se formen grupos de ayuda mutua para mujeres supervivientes y también actividades para concienciar a las familias en la prevención de la práctica en las niñas.

Estas acciones deben llegar al ámbito educativo, ya que hay niñas que no tienen conciencia de que han sido mutiladas, y puede tomarles por sorpresa al descubrir que presentan genitales con alteraciones.

### 3. Entidades del Tercer sector que tienen experiencia en el trabajo con mujeres supervivientes de MGF

Las personas entrevistadas coinciden en que la atención en el área de psicología y sexología en la Unidad de referencia se hace desde una búsqueda de confianza y trato respetuoso que tiene efectos positivos en las mujeres. Se destaca que se hace en conjunto con el acompañamiento de la ASBC (Aminata Soucko), y que la traducción, para las mujeres que acceden al servicio, hace una diferencia importante. Así mismo, mencionan la importancia de este seguimiento después de la cirugía por los efectos, a nivel psicosocial, que genera la mutilación genital femenina.

Mencionan que la cirugía de reconstrucción, genera efectos positivos a nivel relacional y en las vinculaciones sexo afectivas en la mayoría de mujeres atendidas y que, en ocasiones, también les moviliza a tratar de generar conciencia a nivel familiar, así como en sus países de origen, para eliminar la práctica.

También se identificó como buena práctica que las técnicas de primera acogida en la atención a mujeres solicitantes de protección internacional identifican la mutilación genital femenina, lo que permite abordar las necesidades de las mujeres sobrevivientes desde su llegada a las entidades donde permanecen más tiempo y donde tienen un plan de intervención a desarrollar.

Las entidades del tercer sector coinciden en la importancia de la presencia de la ASBC (Aminata Soucko) ya que recurren constantemente a ella tanto para acompañar el proceso de las mujeres como para solicitar la derivación en el sistema sanitario a la Unidad. Hasta el momento, la labor de la ASBC ha facilitado el proceso para que las mujeres aprendan a realizar el agendamiento de citas, así como la mediación cultural que es necesaria en la mayoría de casos.

#### Los aspectos de mejora que menciona el tercer sector:

Se identifica que existe un desconocimiento persistente en la atención primaria e inclusive en algunos servicios de ginecología, ya que no cuentan con la capacidad y el conocimiento para abordar la mutilación genital femenina y derivado de esto, se han presentado casos de atenciones invasivas o violentas que generan rechazo por parte de las mujeres supervivientes al sistema sanitario.

Debido a esto, llegar a la Unidad de Referencia puede ser un camino difícil, causado por los tiempos limitados para la consulta en atención primaria, la tardanza en el agendamiento de citas de especialidades, y la dificultad para acceder a quienes residen fuera de la ciudad de València.

Consideran necesario ampliar el número de citas y tiempo dedicado en el acompañamiento desde psicología y sexología, para poder abordar de mejor manera el estigma, los miedos y temores después de la reconstrucción, además de un mayor trabajo

sociocultural, para profundizar en la vivencia del placer y del deseo.

Incluso, al ser mujeres supervivientes de violencia, hacen falta espacios terapéuticos facilitados entre pares para promover la expresión de sus vivencias. De igual manera, les parece necesario conformar grupos de intercambio entre mujeres que se han hecho la reconstrucción y con aquellas que no para que puedan compartir experiencias y haya un acompañamiento entre pares.

Se enfatiza que para acompañar mejor a las mujeres supervivientes, se requieren más mediadoras culturales, que sean mujeres y que sean sensibles a las vulneraciones de derechos que obedecen a la cultura, ya que según la experiencia esta confianza no se logra obtener con hombres mediadores.

Han observado que después del proceso de acompañamiento con la Unidad de Referencia, algunas mujeres desean hacer activismo para prevenir y erradicar la práctica de la mutilación genital femenina, sin embargo, esto depende de sus capacidades y su contexto sociocultural.

Por último, consideran importante generar estrategias de colaboración y comunicación permanente entre entidades que acompañan mujeres sobrevivientes, y así brindar cada vez una atención más integral desde distintos ámbitos.



# Formaciones y charlas de sensibilización

Durante la ejecución del proyecto “Cuerpo, género y tabú”, se generaron diversos espacios formativos y de sensibilización al que acudieron personal sanitario, social y educativo. En total, 265 personas acudieron a los diferentes tipos de espacios, dónde se reflexionó acerca de cómo realizar adecuadamente los procesos de acompañamiento de mujeres supervivientes de mutilación genital femenina.

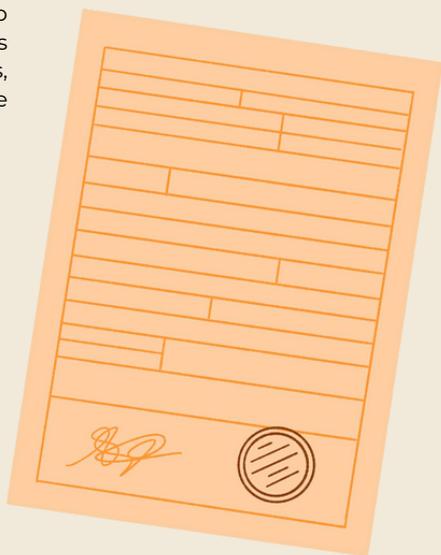
De las conclusiones aportadas por este personal TR (titulares de responsabilidades), se destaca que:

- Aunque la mayoría de personas asistentes ya habían acudido por lo menos a una formación previa sobre la mutilación genital femenina, casi la mitad de ellas y ellos señalan que no conocían el protocolo de actuación sanitaria de la Comunitat Valenciana.
- De igual forma, la mayoría sigue señalando no tener herramientas prácticas para el acompañamiento adecuado e integral de las mujeres supervivientes.
- La mutilación genital femenina es una realidad de la cual se habla cada vez más, es decir, que desde ámbitos institucionales se ofrece cada vez más y mejor información al personal en ejercicio. Sin embargo, sigue siendo un aspecto que se trata sobre todo en las fechas reivindicativas, como el 6 de febrero, Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina.
- El enfoque de las comunicaciones sobre la mutilación genital femenina sigue estando en la línea de la exposición de casos, aspecto que se considera útil, pero se aconseja que se profundice más, se para superar los estereotipos y prejuicios que tienen las y los titulares de responsabilidades en el territorio valenciano.
- El personal está motivado a emprender acciones para atender integralmente a las mujeres supervivientes, pero presentan limitaciones que no permiten que esto sea una realidad, por ejemplo: dentro del sistema sanitario y social, no se cuenta con recursos públicos asignados para la contratación de mediadoras interculturales o

por lo menos traductoras que permitan un entendimiento del personal y las mujeres. Este servicio se presta únicamente en el sector relacionado con el acceso a la justicia (Red centros mujer, oficina de atención a víctimas del delito, juzgados, policía, etc).

- Cuando se cuenta con traductores/as, y al ser un servicio externo contratado por horas, no se puede asegurar, primero, que sea una mujer quien lo haga, y segundo, que las personas que lo desempeñan tengan formación o que estén sensibilizadas en materia de mutilación genital femenina. Al ser una realidad con un fuerte sustrato cultural, puede que la persona que desempeña la labor de traducción no pueda evitar transmitir su idea o postura en el asunto.
- En el ámbito social sobre todo en las entidades públicas no existen protocolos, herramientas y mecanismos que permitan al personal identificar mujeres supervivientes de mutilación genital femenina, esto se evidencia por ejemplo, en los protocolos de entrevista ante situaciones de violencia de género, en dónde no hay incluidas preguntas hacia la mujer en esta materia. Aunque El Pacto Valenciano contra la Violencia de Género y Machista incluye la Mutilación Genital Femenina como una violencia de género, no se han creado mecanismos para identificarla.
- No existe, de igual manera, un mecanismo de conexión entre el protocolo de actuación sanitaria y la Red Centros Mujer de la Generalitat Valenciana. Esto hace que una mujer que pasa por esta Red no sea identificada como superviviente de esta forma de violencia y además no tenga posibilidad, por este medio, de conocer que existe el protocolo ni las posibilidades del tratamiento de la mutilación genital femenina a nivel sanitario.
- La totalidad de personas participantes han evidenciado su interés en continuar ampliando los conocimientos con respecto a diferentes aspectos sobre la mutilación genital femenina como: aspectos legales; cómo evitar la revictimización y sus consecuencias; las posibilidades del tratamiento más allá de lo sanitario, acompañamiento desde enfoques comunitarios y sociales; pautas a utilizar en la entrevista personal cuando se tienen indicios de que una mujer la ha vivido; aspectos culturales a tener en cuenta que sostienen la práctica en los países de origen y en la migración; la relación con otras formas de violencia y vulneración de derechos hacia las mujeres como la trata de seres humanos; los matrimonios infantiles y forzados; y las buenas prácticas tanto en el territorio valenciano como en la cooperación internacional al desarrollo.

- El personal educativo ha mencionado que es muy importante incluir el abordaje y acompañamiento de las mujeres supervivientes de la mutilación genital femenina en la formación al futuro personal social, sanitario y educativo. Con ello se contribuiría a romper la brecha de conocimientos, los estereotipos y prejuicios y se asegura contar con personal mejor preparado y un mejor sistema sanitario, social y educativo en el futuro.
- Se reconoce que existen limitaciones para incorporar la perspectiva intercultural en el curriculum formativo del futuro personal social y sanitario, sobre todo, porque se trata de un proceso lento y complejo. Para ello es indispensable contar con docentes sensibilizadas/os y con compromiso que quieran incluirlo en sus programaciones didácticas, mientras se realiza el proceso de cambio curricular.



# ¿Qué podemos hacer para mejorar el acompañamiento a las mujeres supervivientes?



Seguir impulsando procesos educativos y oportunidades para la movilización social con las mujeres que provienen de países y comunidades donde se practica la mutilación genital femenina desde enfoques integradores para la mejora y disfrute de su derecho a la salud afectiva y sexual. Todo ello con la finalidad de que ellas puedan ejercer su labor como Agentes de Cambio para la erradicación de la práctica.



Realizar acciones dirigidas a sensibilizar y formar a los hombres de estas comunidades para que también se hagan parte de la erradicación de la práctica, no solo en la migración, sino que el mensaje llegue también a las comunidades en origen.



Construir y/o fortalecer los mecanismos y protocolos al interior de todos los ámbitos (sanitario, social y educativo) para la identificación y el acompañamiento de las mujeres supervivientes de mutilación genital femenina.



Ofrecer todos los años formaciones en materia de mutilación genital femenina en los ámbitos sanitario, social y educativo, ya que debido a la alta rotación del personal se requiere su actualización frecuente, priorizando los municipios y zonas dónde hay mayor concentración de personas migrantes.



Crear mecanismos de trabajo en red entre entidades públicas de diferentes sectores y entre entidades del tercer sector para trabajar colectivamente y acompañar más integralmente a las mujeres supervivientes.



Incidir para que las personas tomadoras de decisiones (Titulares de obligación) conozcan la realidad de la mutilación genital femenina y se comprometan a incluir en sus agendas acciones para actuar en pro de su erradicación, no solo en el territorio valenciano, sino también en los países de origen. Lo que incluye dotar de recursos a las entidades para atender integralmente a las mujeres, por ejemplo, desde la inclusión de las mediadoras interculturales en las entidades donde se atienden con regularidad, así como fortalecer el sistema de cooperación para el desarrollo.

En cuanto a los proyectos impulsados por la cooperación valenciana, las mujeres participantes del proyecto quieren señalar que:



Por un lado, son necesarios proyectos enfocados a prevenir la mortalidad en mujeres en estado de gestación y al momento del parto, esto a través de programas que impulsen procesos educativos en las poblaciones locales, además de fortalecer los sistemas sanitarios locales, para evitar la violencia obstétrica o la exclusión sanitaria.



Poner fin a las prácticas culturales que son nocivas contra las mujeres y las niñas, implica sensibilizar a líderes y lideresas religiosos y culturales, ya que el cambio de mentalidad no puede ser únicamente de las mujeres, implica toda la comunidad.



Una ciudadanía valenciana crítica frente a esta forma de violencia, puede tener claro que la mutilación genital femenina no solo atañe a las comunidades que están afectadas por esta práctica, sino que además, implica poner en evidencia el sesgo cultural hegemónico que se tiene. Ya que se condena la práctica realizada por motivos culturales, pero no las prácticas quirúrgicas sin motivos médicos que se hacen en países del norte global, y que obedecen a motivos estéticos para cumplir cánones de belleza .



Trabajar en la prevención desde enfoques complejos e integradores como el interseccional, que abarca tanto el enfoque de género basado en derechos humanos como el intercultural, para trabajar de la mano de las comunidades como principales agentes de cambio, y también con la ciudadanía valenciana para que esté sensibilizada en la materia y se desmonten estereotipos y prejuicios sobre las mujeres supervivientes de mutilaciones genitales femeninas y sus comunidades.



Es fundamental trabajar en red para generar conocimientos, compartir metodologías, técnicas y acciones que nos ayuden a avanzar hacia una sociedad sin Mutilación Genital Femenina. Para esto, es prioritario contar con información actualizada sobre la ubicación de las mujeres en el territorio valenciano que permita impulsar acciones focalizadas desde diferentes ámbitos.

Es importante construir una base común entre entidades públicas, privadas, del tercer sector, asociaciones, colectivos y comunidades que permita acompañar a las mujeres desde la dignidad y el respeto. Para ello hay que entender que, aunque existen distintos enfoques y formas de abordar la Mutilación Genital Femenina, el objetivo que se persigue es el mismo: erradicar las prácticas culturales que son nocivas para las niñas y las mujeres, y que todas las mujeres podamos alcanzar el mayor estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con nuestra sexualidad y afectividad.

“Para mí, relacionar la virginidad con la pureza y la honestidad es la mayor estafa que el ser humano ha creado en la cultura maliense. Y por desgracia, en muchas culturas se considera que una mujer mutilada es la garantía de virginidad y fidelidad. ¿Os imagináis la presión de una mujer desde que nace a ser perfecta? Y que esa perfección empieza y acaba con su virginidad”

(mujer superviviente).

## **Anexos**

Anexo I. Lo que debemos tener claro sobre la Mutilación Genital Femenina.

Anexo II. Algunas recomendaciones de las y los participantes del proyecto. (Cómo preguntar sobre la Mutilación Genital Femenina y otros aspectos importantes para el acompañamiento de mujeres supervivientes).

## **Material de apoyo**

Recursos de interés

Subvencionado por:

Un proyecto gestionado por:

En colaboración con:

