



Consejería de Salud

**Protocolo riojano para la
actuación sanitaria ante la
Mutilación Genital Femenina
(MGF)**

**Protocolo riojano para la
actuación sanitaria ante
la Mutilación Genital
Femenina (MGF)**

Edita y distribuye
Consejería de Salud.
Gobierno de La Rioja.

Este protocolo ha sido impulsado por la Comisión Técnica contra la Violencia de Género del Servicio Riojano de Salud y encargado a la Subcomisión para la prevención de la Mutilación Genital Femenina

Coordinación Técnica

M^a Antonia Aretio Romero
M^a Luisa Poch Orive

Grupo Asesor y Redactor

Subcomisión para prevenir la MGF:

M^a Antonia Aretio Romero
Carmen Cristobal Navas
M^a Luisa Cuartero Iturralde
Begoña Delpón Ormaechea
Ana Blanca García Tartas
Laura Martínez Mengual
Ima Moslemi Yaldaeí
M^a Luisa Poch Olive
Regina Ruíz de Viñaspre Hernández

Atención Sociosanitaria y Convalecencia:

Manuel Olivares Cobo

Edición

Pedro Gómez del Río

Logroño, mayo 2017

Depósito Legal LR 338-2017

Consejería de Salud

Protocolo riojano para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)

ÍNDICE

Presentación

1. Introducción
2. Marco conceptual
 - 2.1. Definición
 - 2.2. Causas
 - 2.3. Tipos
 - 2.4. Distribución geográfica y epidemiología
3. Consecuencias para la salud
4. Marco Jurídico
 - 4.1. Marco jurídico internacional
 - 4.2. Marco jurídico nacional
 - 4.3. Marco jurídico autonómico
5. Actuaciones sanitarias ante la MGF
 - 5.1. Recomendaciones generales
 - 5.2. Prevención
 - 5.3. Detección e intervención con niñas menores de 14 años pertenecientes a una etnia que practica la MGF que no ha sufrido MGF
 - 5.4. Detección e intervención con niñas menores de 14 años que han sufrido MGF
 - 5.5. Mujeres mayores de 14 años pertenecientes a una etnia que practica la MGF, con riesgo de sufrir una MGF
 - 5.6. Mujeres adultas que han sufrido una MGF
6. Coordinación
7. Recursos
8. Bibliografía
9. Anexos
 - ✓ Anexo I: Entrevista Motivacional
 - ✓ Anexo II: Compromiso Preventivo
 - ✓ Anexo III: Protocolo de derivación al Juzgado y/o a la Entidad pública de protección de casos de riesgo de realizarse MGF o realizada reciente en niñas/mujeres menores de 18 años
 - ✓ Anexo IV: Parte de Lesiones.
 - ✓ Anexo V: Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

PRESENTACIÓN

La mutilación genital femenina 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.

En los últimos años se han producido numerosas y valiosas declaraciones de organismos internacionales (Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Parlamento Europeo, Unión Africana, Parlamento Panafricano) condenando estas prácticas al tiempo que han impulsado programas para su prevención y erradicación total. A este esfuerzo se han sumado importantes Organizaciones No Gubernamentales, muchas de las cuales tienen proyectos específicos de prevención en los países donde todavía la MGF es una realidad para miles de niñas y mujeres.

Esta tarea realizada desde la administración pública ha sido impulsada en gran parte por la sociedad civil, profesionales y organizaciones especializadas públicas y privadas, sensibilizando acerca de la existencia y la gravedad de la mutilación genital femenina. Todo ello ha contribuido a la toma de conciencia social ante este problema.

España ha promovido a lo largo de los últimos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la mutilación genital femenina, desde la consideración de que el respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2015 aprobó el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF, documento del cual bebe este Protocolo riojano.

En esa misma perspectiva se sitúa La Rioja, que ya en su marco legal ha recogido la sanción a esta práctica. La sociedad riojana, con la interculturalidad como uno de sus rasgos característicos en los últimos años, debe enfrentar este problema con la firme voluntad de defender los derechos de las mujeres y niñas que puedan ver amenazada su integridad física por la MGF. Para ello se torna imprescindible un trabajo coordinado en el que se sumen esfuerzos tanto por parte de los organismos públicos como de la sociedad civil.

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. Diálogo donde el respeto a los derechos

humanos sea el punto de partida en el que se puedan acoger las tradiciones culturales de las diferentes etnias que integran ahora la sociedad riojana, en el marco de un proceso de enriquecimiento y encuentro mutuo.

La Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja viene mostrando desde hace varios años su compromiso contra cualquier forma de violencia contra las mujeres. A su Protocolo de actuación sanitaria contra la violencia contra las mujeres del año 2010 se ha sumado en el año 2016 la inclusión de un capítulo específico contra la violencia de género en el Plan de Salud vigente y la creación de la Comisión Técnica contra la VG, desde la cual se ha impulsado este instrumento contra la MGF. Este Protocolo para la prevención y actuación sanitaria contra la MGF viene a reforzar y complementar el anterior Protocolo general, constituyendo un valioso Anexo del mismo.

Para que este Protocolo sanitario contra la MGF pueda ser efectivo es preciso desarrollar varias medidas. Por una parte, la difusión del mismo entre el personal sanitario y sociosanitario llamado a atender a la población beneficiaria del mismo, así como su formación en las actuaciones a desarrollar de manera interdisciplinar. Todas estas medidas se acometerán a lo largo de este año.

Por otra parte, 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.

Y otro de los pilares imprescindibles para llevar a buen puerto este proyecto es la colaboración con las asociaciones de las poblaciones más vulnerables a sufrir la MGF, tarea en la que también se viene trabajando y se confía en fortalecer en los próximos meses. Dar el protagonismo a las poblaciones afectadas, generar procesos de empoderamiento de las mujeres es una tarea ineludible y necesaria para lograr la erradicación de esta práctica que atenta directamente contra los Derechos Humanos.

Este Protocolo recoge en sus diferentes apartados información para sensibilizar y capacitar al personal sanitario y sociosanitario para el afrontamiento de la MGF, tanto en la parte de prevención, detección como en la ayuda a mujeres y niñas que hayan sufrido MGF. Desde la Consejería de Salud se quiere ofrecer además al conjunto de la sociedad riojana en este empeño común para eliminar la violencia de género.

María Martín Díez de Baldeón
Consejera de Salud

1. INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF), en sus diferentes tipologías, es una **grave violación de los derechos humanos**, un acto de violencia contra las mujeres y las niñas que atenta contra el derecho individual y colectivo, contra la integridad del propio cuerpo que debe ser considerada como extremo maltrato.

Los argumentos contra la MGF se basan en los Derechos Humanos ya que es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas que acarrea consecuencias para toda la vida.

Esta práctica no es solo asunto de mujeres, no es exclusiva de África ni es una realidad lejana. El fenómeno de los flujos migratorios en las sociedades occidentales actuales da lugar a la integración y convivencia de diferentes culturas, se considera que en Europa al menos 500.000 mujeres han sido víctimas de esta agresión contra su integridad y otras 180.000 podrían sufrirla¹. En el estudio poblacional realizado por Kaplan y López en 2013 *“entre los 6 millones de personas extranjeras que en 2012 residían en España, más de 55.000 mujeres provenían de países del África subsahariana, aproximadamente el 8% de los residentes, unas 17.000 son niñas de 0 a 14 años, población diana cuando estamos valorando el riesgo de sufrir MGF”*².

España, en consonancia con las orientaciones internacionales en esta materia, ha promovido a lo largo de los últimos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la mutilación genital femenina, desde la consideración de que el respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos, por lo que prácticas como ésta no pueden, en ningún caso, contar con amparo o legitimación por tales motivos.

El trabajo realizado por la sociedad civil, profesionales y organizaciones especializadas públicas y privadas, sensibilizando acerca de la existencia y la gravedad de la mutilación genital femenina y promoviendo la detección y el trabajo cooperativo con las comunidades con mayores tasas de prevalencia de esta práctica, son valiosas aportaciones en la imprescindible toma de conciencia de la sociedad acerca de ella.

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.

¹ Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. 2011; p: 3.

²KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2.Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

Este Protocolo riojano para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) 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.

En La Rioja la población de mujeres africanas según datos recogidos por el INE en 2015 asciende a 380. No están recogidos los datos de las mujeres africanas que hayan podido acudir a vivir en nuestra Comunidad después de esa fecha ni tampoco conocemos las niñas que hayan nacido en La Rioja y tengan nacionalidad española que constituyen una población de riesgo. También habría que considerar a las mujeres y niñas que se hayan marchado de La Rioja desde esa fecha.

Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia 26.- RIOJA, LA

Población extranjera por país de nacimiento, edad (grupos quinquenales) y sexo

EDAD	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años
PAIS	Mujeres														
Benin	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	0	0	1	2	0	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Camerún	0	0	1	2	1	2	1	5	1	1	0	1	3	1	0
Congo	0	0	1	2	2	0	2	5	7	2	1	0	1	0	0
Costa De Marfil	0	2	2	3	2	9	5	4	4	0	1	0	0	0	1
Egipto	0	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Etiopía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gambia	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Ghana	3	5	5	5	8	5	9	21	10	4	0	0	0	0	0
Guinea	0	1	2	6	5	7	6	1	0	1	1	0	0	1	1
Guinea Ecuatorial	0	0	6	8	10	10	7	6	3	2	1	1	2	0	0
Guinea-Bissau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kenia	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Liberia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	1	3	2	0	2	9	10	3	4	0	0	0	0	0	0
Nigeria	0	2	0	1	4	1	11	19	12	1	0	1	0	0	0
República Democrática de Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sierra Leona	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Togo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Resto de Países	0	0	0	0	0	3	2	1	0	1	1	0	0	0	0

Fuente: INE. (Datos extractados el 13-10-2016)

Los profesionales de la salud tenemos responsabilidad de la salvaguarda de los derechos fundamentales tanto en lo referente a la prevención de esta práctica en las menores como en la atención de las consecuencias que sufren las mujeres que ya han sido sometidas a la práctica. De ello se deriva la importancia de las estrategias y protocolos a poner en marcha que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado la mutilación en su país de origen, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en las menores que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad³.

No hay que olvidar que el mejor camino para abordar la MGF es buscar el entendimiento y colaboración con las familias, asociaciones de inmigrantes y la coordinación con todos los agentes sanitarios, educativos, sociales y judiciales.

³ Menor de edad < 18 años; edad de atención pediátrica en La Rioja: 0 a 14 años; atención por medicina de familia: 14 a 18 años.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. 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 en otras lesiones de dichos órganos, causados por razones culturales o cualquier otra razón no terapéutica⁴. Es una manifestación de la violencia y la desigualdad de género.

En la mayor parte de los casos la MGF es realizada por una mujer de edad avanzada, muy respetada en la comunidad, y que habitualmente suele ser la partera o la que ejerce la medicina tradicional (curandera) en el grupo; en algunos países o etnias, pueden efectuarla hombres, aunque es lo menos frecuente. Esta práctica se desarrolla en condiciones higiénicas deficientes y los utensilios empleados son muy diversos, desde un cuchillo a una lata, un cristal roto o cualquier otro instrumento cortante; posteriormente, se aplican ungüentos, hierbas, leche, ceniza, etc. En los casos de infibulación, para coser, suelen utilizarse espinas de acacia y se colocan palos a lo largo de las piernas para que al moverse la niña no se le claven las espinas y la herida pueda cicatrizar.

Actualmente se conoce que en zonas urbanas y en familias de nivel económico alto, la MGF es realizada por personal sanitario cualificado, en buenas condiciones higiénicas y con anestesia local o general. Más del 18%³ de las MGF son practicadas por dispensadores de atención de salud en los países de origen, y esta tendencia va en aumento.

⁴ OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. Washington, DC.

2.2. 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 clitoris.
- ✓ *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.

La mutilación genital femenina se practica en 29⁵ países africanos y en algunos de Asia. Se desconoce su origen, pero se considera que podría ser una práctica milenaria salida del antiguo Egipto, previa al nacimiento y expansión del Islam, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia.

En África subsahariana, la ablación se practica en toda la franja de Sahel y va perdiendo fuerza hacia la zona ecuatorial. A partir de este punto ya no se practica, excepto en los países de la zona de los Grandes Lagos.

Aunque algunas comunidades musulmanas, y de alguna otra religión, la practican, se puede afirmar que **no es un precepto islámico, ni tampoco de ninguna de las principales religiones**. Aunque no hay escritos religiosos que prescriban la práctica, quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso. Es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los países musulmanes. Por otra parte, en Egipto⁶ la practican tanto musulmanes como cristianos coptos.

⁵ OMS. Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012.

⁶ Kandela Peter. Court ruling means that Egypt embraces female circumcision again. Lancet 1997; 350: 5.18.

En la mayoría de las sociedades **la MGF se considera una tradición cultural**, argumento que se utiliza a menudo para mantener su práctica. Al tener un carácter de convención social, su práctica tiende a perpetuarse por la presión social de adaptarse a lo que hacen los demás y a lo que se ha venido haciendo tradicionalmente. En las zonas donde tradicionalmente se practica, la mutilación genital obedece a una cuestión de coherencia de grupo.

Las estructuras locales de poder y autoridad, como los líderes comunitarios y religiosos, las personas encargadas tradicionalmente de la práctica de la mutilación e incluso parte del personal médico autóctono, contribuyen en algunos casos al mantenimiento de la práctica.

En algunas sociedades, la adopción reciente de esta práctica está relacionada con la imitación de las tradiciones de grupos vecinos y se está introduciendo en nuevos grupos desplazados hacia zonas donde la población local la práctica. A veces, ha comenzado como parte de un movimiento más amplio de resurgimiento religioso o tradicional. La mutilación suele producirse en un entorno en el que el individuo se supedita a los designios, las necesidades y las decisiones de la comunidad.

La MGF **se considera** a menudo **parte necesaria de la buena crianza de la niña** y una forma de prepararla para la vida adulta y el matrimonio. Puede ser un requisito ineludible para poder casarse, para conseguir una determinada posición o simplemente para ser aceptada en la comunidad, ya que con la intervención se cree que la mujer consigue limpieza y pureza. Se concibe que la ablación del clitoris y de los labios, incrementa la feminidad y a veces es sinónimo de docilidad y obediencia. Por otra parte, sería el momento en que la mujer comienza a tomar parte en el mundo de los adultos. En otras partes, parece que la MGF sería el aprendizaje para el momento del parto, una forma de aprender el sufrimiento que le espera en su edad adulta. No obstante, la tendencia es que **cada vez se efectúa a edades más tempranas** y no va unida a ningún tipo de iniciación. La MGF suele estar motivada por creencias acerca de lo que se considera como un comportamiento sexual adecuado, relacionándose los procedimientos con la virginidad prematrimonial y la fidelidad matrimonial.

Existen otras muchas creencias en relación con la MGF; por ejemplo, se cree que es más estético estar mutilada, ya que el clitoris se considera la parte masculina de la mujer, podría crecer y colgar entre las piernas y esto no sería estético. En algunas lenguas, mutilación es sinónimo de limpieza, purificación, etc.; otra creencia dice que el clitoris mataría al niño al nacer si lo toca con la cabeza, si toca el pene del hombre, éste morirá o será impotente.

Las ideas acerca de los efectos beneficiosos que tiene la mutilación genital femenina en la salud no se dan solamente en África. En la Inglaterra del siglo XIX hubo debates sobre que la clitoridectomía podría curar a la mujer de enfermedades como la histeria y la masturbación

excesiva; en Estados Unidos, la clitoridectomía siguió practicándose por estas razones hasta bien entrado el siglo XX⁷.

En la mayoría de los casos, tanto las personas que la practican como las familias y las víctimas desconocen la relación entre MGF y sus consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres. Por esto, es importante esgrimir como uno de los principales argumentos para erradicar esta práctica, las graves consecuencias que tiene para la salud, a corto y largo plazo, de las niñas y de las mujeres a las que se practica.

Por otro lado, en algunos países donde se practica son origen de emigración hacia otros países más desarrollados económicamente. En este marco, **la persona que emigra** es la elegida por la extensa familia como responsable de lograr los objetivos de la migración y, por lo tanto, los vínculos se mantienen tanto en el ámbito material como en el emocional.

En relación con la práctica de la MGF, **la familia** que se queda en el país de origen suele ejercer una fuerte presión social sobre los emigrados, que llega al punto más álgido en el momento en que estos vuelven a casa, ya sea de manera definitiva o en periodo vacacional. Este viaje que implica la estancia en el país de origen durante las vacaciones, o el viaje del retorno definitivo de algún o algunos miembros de la familia incluyendo a niñas que no han sido mutiladas, puede suponer un momento de riesgo real para ellas.

Por ello, es de importancia capital que **la estancia de la familia en el nuevo país** de residencia haya permitido iniciar un camino en el ámbito que nos ocupa y que los padres de la niña hayan abandonado la práctica por convencimiento propio, más allá de la imposición legal, y de esta manera velen por la integridad física de sus hijas de manera definitiva, aquí y allí, hoy y en cualquier momento, hasta el punto de enfrentarse, llegado el caso, a los designios de la comunidad.

Es una realidad que hay familias que por distintas razones todavía la defienden y por tanto es necesario llevar a cabo tareas de **sensibilización** y **tomar las medidas más oportunas en función de cada situación** que se plantee, para no dejar sin protección de sus derechos a las posibles víctimas.

⁷ Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Female Genital Mutilation. JAMA 1995; Dec 6;274(21):1714-6.

Aproximadamente en la mitad de los países en los que se realiza la MGF prohíben su práctica pero la convención social que la rodea es tan fuerte que, aun cuando individualmente una mujer o una familia estén en contra de realizársela a sus hijas, es muy posible que continúen haciéndolo para protegerlas y salvaguardar su estatus en la comunidad.

Por ello, se debe buscar el compromiso de las mujeres y las niñas, adolescentes y jóvenes afectadas, de sus familiares y de sus comunidades y perseguir un **cambio en la percepción** de estas prácticas. La **prevención** de la MGF necesita tener muy presente los patrones de comportamiento social y cultural que son la causa enraizada de la MGF que han de ser eliminados⁸.

La mutilación genital femenina es, pues, una práctica cultural que se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, que la justifica por creencias desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estéticas, religiosas. La mutilación suele producirse en un entorno en el que el individuo se supedita a los designios, las necesidades y las decisiones de la comunidad. “Unos 140 millones de mujeres y niñas sufren en la actualidad las consecuencias de la MGF”. “Se calcula que en África hay 92 millones de mujeres y niñas de más de 10 años que han sido objeto de MGF”. “Estas prácticas son más frecuentes en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Asia y del Oriente Medio”¹.

2.3. TIPOS

Tipo I: Escisión del prepucio, con o sin escisión parcial o total del clítoris.

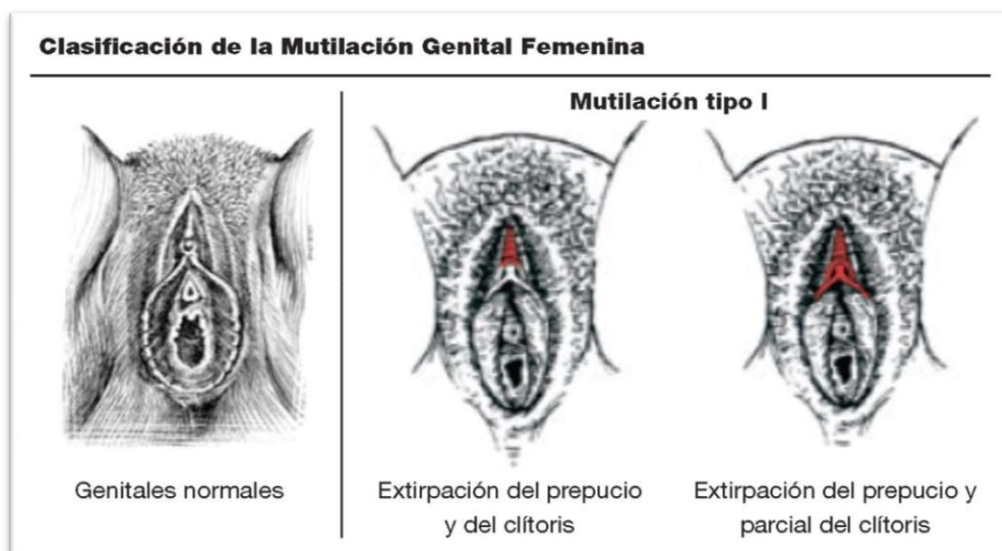
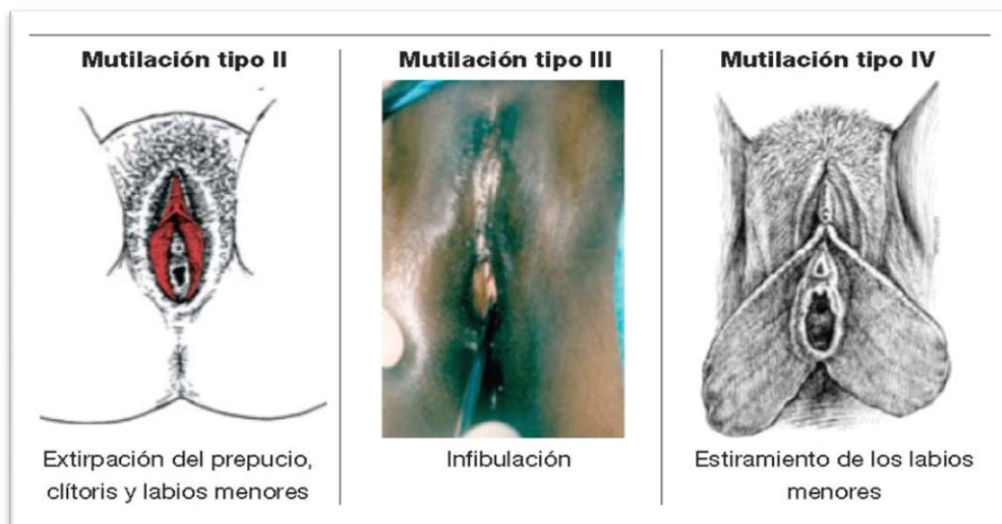
Tipo II: Escisión del clítoris con escisión total o parcial de los labios menores.

(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)

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.

⁸ En el Reino Unido se ha desarrollado una campaña encaminada a cambiar el comportamiento de las comunidades que practican la MGF. Es un ejemplo novedoso de la búsqueda de participación.



Los tipos I y II son los más comunes, 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.

2.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y EPIDEMIOLOGÍA

En 2013 el informe de UNICEF “Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio”, señaló que 125 millones de mujeres y niñas han sufrido mutilación genital en 29 países de África y Oriente Medio. En la mitad de estos países, la mutilación genital tiene lugar antes de los cinco años de edad. En el resto, oscila entre los 5 y los 14 años, formando parte de un ritual de paso a la edad adulta.

Según el Informe de UNICEF de 2013, mientras que la mutilación es casi universal en Djibouti, Egipto, Somalia y Guinea (este último con una prevalencia de un 96%), en Níger afecta al 2%, y en Camerún y Uganda sólo afecta al 1% de las niñas y las mujeres.

Incidencia de la mutilación entre las niñas y las mujeres de 15 a 49 años			
País	%	País	%
Somalia	98	Côte d’ Ivoire	36
Guinea	96	Kenya	27
Djibouti	93	Nigeria	27
Egipto	91	Senegal	26
Eritrea	89	República Centroafricana	24
Malí	89	Yemen	23
Sierra Leona	88	República Unida de Tanzania	15
Sudán*	88	Benin	13
Burkina Faso	76	Iraq	8
Gambia	76	Ghana	4
Etiopía	74	Togo	4
Mauritania	69	Níger	2
Liberia	66	Camerún	1
Guinea-Bissau	50	Uganda	1
Chad	44		

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.

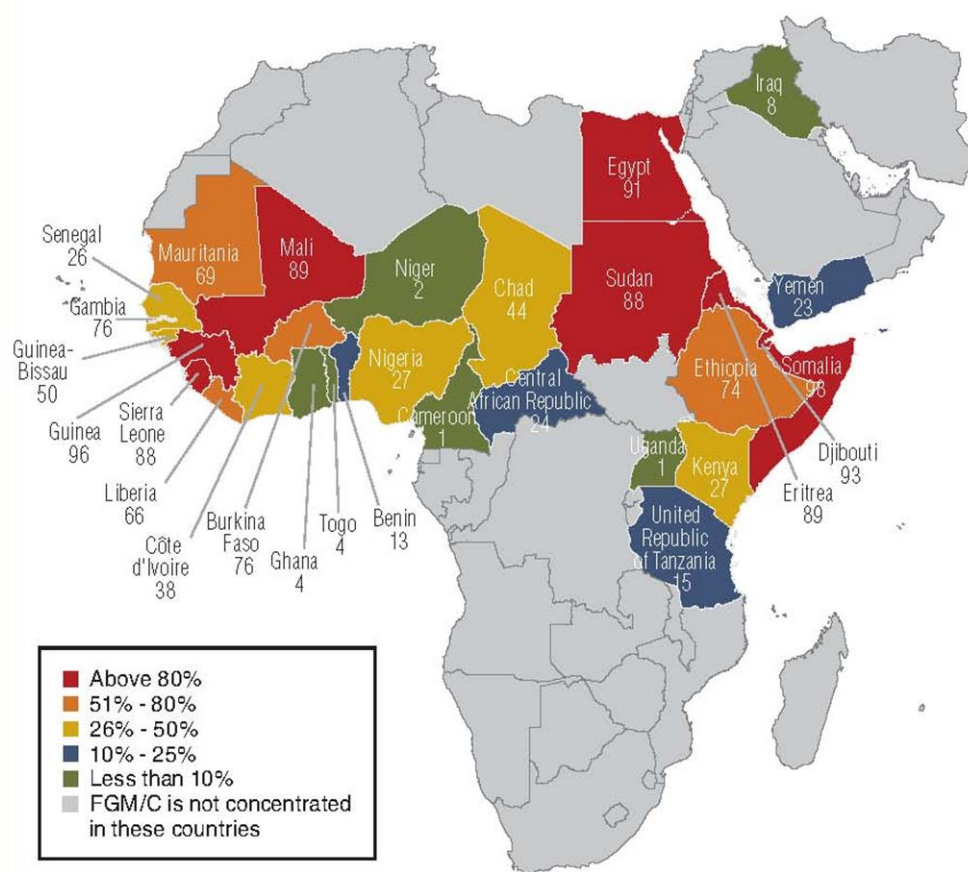
Ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los grupos étnicos.

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**. En el **Chad, Egipto, la República Centroafricana y Somalia**, al menos el 80% de las niñas son víctimas de la práctica entre las edades de 5 y 14 años, a veces en los rituales de mayoría de edad que marcan la **transición hacia la edad adulta**.

La media de edad a la que se practica la MGF ha disminuido considerablemente en Burkina Faso, Costa de Marfil, Egipto, Kenia y Malí. Esto puede deberse a que los padres desean ocultar la práctica a las autoridades gubernamentales o minimizar la resistencia de las propias niñas.

Gráfico: Porcentaje de niñas y mujeres entre 15 y 49 años a las que se ha practicado la MGF, por países



UNICEF. (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio, p 26

3. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La MGF tiene consecuencias físicas y psicológicas múltiples. Las consecuencias dependen del tipo de MGF que se haya realizado. La mayor parte de las detectadas en nuestro medio corresponden a los tipos 1 y 2, rara vez van a producirse las complicaciones severas lo que no minimiza las consecuencias de esta práctica tan dolorosa para las niñas. Es muy **importante considerar las secuelas psicológicas**, hay que tener en cuenta que las mujeres no suelen tener percepción de estos riesgos, lo que es importante considerar para el diseño de actividades en el apoyo de las que han sido sometidas a esta práctica tratando de evitar que experimenten sentimientos de decepción, engaño, depresión, miedo, culpabilidad, etc. Pueden aparecer a largo plazo enfermedades psicosomáticas. Además, se añaden complicaciones en la vida sexual con relaciones dolorosas, frigidez, anorgasmia.

Dentro de las consecuencias físicas agudas pueden existir complicaciones como hemorragias, infecciones locales o generales, incluso tétanos, VIH, etc. Así como daños en la uretra y genitales externos. A medio plazo las secuelas que pueden aparecer son anemias severas, menstruaciones dolorosas, infección pélvica, cicatrices queloides. A largo plazo pueden producirse retenciones de sangre menstrual, fístulas, incontinencia de orina, complicaciones obstétricas con riesgo para la madre y el bebé.

La prevención en las niñas es una responsabilidad ineludible de los y las profesionales que atienden a menores defendiendo el interés superior de la niña para evitar el daño físico y sus graves consecuencias emocionales.

A CORTO PLAZO⁹

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:

⁹ Velasco Juez, Casilda. "Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas". Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Prof. 2000;1 (2): 10-18. Consultado en:

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>

- **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 queden 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. 12
- **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
- ✓ Físicas
- ✓ Sexuales

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.

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, hematócolpos (retención del contenido menstrual en la vagina), fistulas 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 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:

- ✓ **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 glándulo del clítoris.
- ✓ **Miedo** y rechazo.

CONSECUENCIAS PARA TERCERAS PERSONAS

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 los bebés durante el nacimiento es más elevada.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EN EL RECIÉN NACIDO

Aparición de complicaciones durante y en el período inmediato al parto, tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en los casos de infibulación. 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.

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 niños 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 los hijos de madres con mutilaciones tipo II y III, pudiéndosele atribuir un 22% de las muertes perinatales de niños nacidos de mujeres a las que se ha practicado la MGF.

4. MARCO JURÍDICO

4.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

4.1.1 ONU y otros organismos internacionales

Las Naciones Unidas promueven la eliminación de la mutilación genital femenina a través de diversas agencias de las que se debe destacar: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Comisión sobre la Condición Jurídica de la Mujer (CSW). Es destacable el trabajo transversal de todas ellas.

En diciembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas¹⁰ aprobó por unanimidad una Resolución que prohíbe la práctica de la MGF. En el informe se exponen varios aspectos cruciales para eliminar la mutilación genital femenina:

- ✓ Trabajar con las tradiciones culturales locales, y no contra ellas, reconociendo que las actitudes y la aceptación de esta práctica varían entre grupos dentro y fuera de las fronteras nacionales.
- ✓ Procurar modificar las actitudes individuales relacionadas con la mutilación genital y abordar, al mismo tiempo, las nociones arraigadas en torno a esta práctica que existen en grupos sociales más amplios.
- ✓ Encontrar formas de lograr que las actitudes ocultas que favorecen el abandono de la práctica sean más visibles, a fin de que las familias sepan que no están solas -un paso fundamental para crear un volumen decisivo y generar una reacción en cadena contra la mutilación genital.
- ✓ Incrementar la exposición de los grupos que siguen practicando la mutilación ante los grupos que ya la han abandonado.
- ✓ Promover tanto la eliminación de la mutilación genital como la mejora de las condiciones de vida y las oportunidades para las niñas, en vez de defender modalidades menos drásticas de esta práctica, como la circuncisión “simbólica”.
- ✓ Seguir recopilando datos útiles para orientar las políticas públicas y programas, como parte esencial de los esfuerzos dirigidos a erradicar la mutilación genital femenina.

¹⁰ Asamblea General de la ONU

- 67/146 de 20 de diciembre de 2012 *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.*

- 69/150, de 18 de diciembre de 2014. *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.*

4.1.2 OMS

Las actividades de la OMS¹¹ para eliminar la MGF se centran en:

- *medidas de promoción*: publicaciones y creación de instrumentos que fomenten las actividades internacionales, regionales y locales destinadas a acabar con la MGF en una generación;
- *investigación*: adquisición de conocimientos sobre sus causas y consecuencias, la forma de eliminarla y la atención a quienes la han sufrido;
- *orientación a los sistemas de salud*: elaboración de materiales formativos y directrices para los profesionales sanitarios que los ayuden a tratar y aconsejar las mujeres que han sufrido estos procedimientos.

4.1.3 Unión Europea

El primer compromiso real y político de la Comisión Europea¹² con medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF en la UE fue presentado en 2013, “hacia la eliminación de la mutilación genital femenina”.

Hasta 2014 sólo nueve países de la Unión Europea, incluida España, poseen una legislación específica para la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido). Fue así como en 2014, adoptó las Conclusiones sobre “Prevención y lucha frente a todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida la MGF” que ha sido seguida de reuniones de expertos para crear normativa y llevar a cabo acciones para el abandono de esta práctica^{13, 14}.

4.1.4 Legislaciones contra la MGF en África

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (PROTOCOLO DE MAPUTO)¹⁵ adoptado en 2003, exige que los Estados Partes “adopten todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y económicas que sean necesarias para garantizar la prevención, sanción y erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer”

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es

¹² Council of Europe Parliamentary Assembly Resolution 1247 *Female Genital Mutilation*.

¹³ UNFPA Expert Group Meeting. *Gender-Biased Harmful Practices: a long term comprehensive Approach to accelerate Abandonment and Achieve Measurable Results by 2030*. Brussels . May 2016.

¹⁴ Convención sobre los derechos del niño 1990.

<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

¹⁵ 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.

(artículo 4). El Protocolo ordena también expresamente que los Estados Partes prohíban y eliminen las prácticas nocivas e incluye explícitamente la MGF.

La Declaración de El Cairo para la eliminación de la MGF, adoptada en 2003, pide explícitamente a los gobiernos que reconozcan y protejan los derechos humanos de las mujeres y niñas de acuerdo con los antedichos documentos de derechos humanos y que apliquen legislación que tipifique como delito y prohíba la MGF.

En 2011, en la asamblea de la Unión Africana de diciembre se tomó una decisión: “La mutilación genital femenina es una violación de los derechos fundamentales de las mujeres y niñas, con repercusiones serias en las vidas de millones de personas alrededor del mundo, especialmente las mujeres y niñas de África.” En 2016 el Parlamento Panafricano, aprobó la prohibición de las prácticas de la mutilación genital femenina en sus 50 estados miembros¹⁶.

4.2 MARCO JURÍDICO NACIONAL

En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones. El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003), dispone que *“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 incapaz, 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, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”*.

La jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional (persecución extraterritorial). En este último caso, en virtud de lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), la jurisdicción española es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional, cuando se cumplan las condiciones especificadas en este artículo.

El plazo para poder perseguir penalmente este delito es de 15 años desde que se hubiera practicado la mutilación.

Como la mutilación genital femenina es un delito, ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

¹⁶ *The Istanbul Convention – A tool to end female genital mutilation*. Consultado Nov 2016.
<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/brochures/IstanbulConventionFGM%20Guide%20EN.pdf>

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”.

“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.

4.3 MARCO JURÍDICO AUTONÓMICO

En el ámbito autonómico son diversas las Comunidades Autónomas que han incluido la MGF, o bien, en sus normas relativas a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia sobre la mujer, o bien, en su legislación en materia de infancia.

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.

5. ACTUACIONES SANITARIAS ANTE LA MGF

Las actuaciones son muy diversas y pueden clasificarse en los siguientes bloques:

- ✓ 5.1. Recomendaciones generales
- ✓ 5.2. Prevención
- ✓ 5.3. Detección e intervención con niñas menores de 14 años pertenecientes a una etnia que practica la MGF que no ha sufrido MGF.
- ✓ 5.4. Detección e intervención con niñas menores de 14 años que ha sufrido MGF
- ✓ 5.5. Mujeres mayores de 14 años pertenecientes a una etnia que practica la MGF, con riesgo a sufrir una MGF
- ✓ 5.6. Mujer adulta que ha sufrido una MGF.

5.1. RECOMENDACIONES GENERALES

Los servicios de salud, por su universalidad y accesibilidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la aproximación a este reto intercultural que plantean las nuevas ciudadanías en nuestra región.

La MGF es una de las manifestaciones de la violencia de género. Por ello es importante **promover el protagonismo de las mujeres** en su proceso de erradicación, implicando también a los hombres dentro de las actuaciones de sensibilización.

Se deben potenciar los programas de **formación continuada**, para que el personal sanitario y sociosanitario involucrado en la atención y protección a la infancia y sus familias tenga los conocimientos necesarios. Sólo así se logrará una adecuada intervención y un abordaje correcto del problema, garantizando la sensibilidad y confidencialidad necesarias. Asimismo, la **coordinación** con el resto de sistemas de protección es relevante y se realizará, con carácter general, a través del personal de **trabajo social sanitario**.

También es importante la información y **colaboración con las comunidades** o asociaciones relacionadas con la población de riesgo. Todo ello para conseguir llegar a las familias y que conozcan las consecuencias tanto físicas como psicológicas de la MGF y el marco legal que rige en el Estado español. Este trabajo de **sensibilización y educación para la salud** tiene como objetivo principal, que tanto el padre como la madre, abandonen la práctica por propio convencimiento y protejan a sus descendientes conjuntamente.

Es de especial importancia la prevención de la MGF a través de información y educación, siendo **la medida judicial el último recurso** a utilizar. Las medidas deben ir orientadas a la mejora de la situación social y sanitaria de las mujeres, así como la formación en las comunidades y la actuación en sus países de origen.

En caso de consumación se llevarán a cabo las acciones que establecen las leyes y se tendrán en cuenta las ayudas que puedan necesitar las víctimas y sus familias, sin olvidar seguir trabajando en la prevención en el núcleo familiar y comunitario con la participación de distintos profesionales relacionados con estos colectivos de inmigrantes, garantizando la coordinación y la continuidad de los cuidados.

En general los profesionales de Atención Primaria son esenciales para la prevención, detección y puesta en marcha de los protocolos de actuación. Fundamentalmente la Pediatría de Atención Primaria se encuentra en una situación muy favorable para ejercer mecanismos de prevención, fundamentalmente en el marco de las revisiones pediátricas del programa de salud infantil sin olvidar otras oportunidades de atención a las niñas como área de Urgencias y Atención Especializada.

Se propone que todas las niñas de familias procedentes de países/etnias con la práctica de MGF sean exploradas por su pediatra de referencia antes de los 13 años, antes de la edad de transferencia a la consulta de medicina de familia. Hay que tener en cuenta que el límite de edad de atención en pediatría en Atención Primaria en La Rioja es hasta los 14 años. En caso de la MGF es importante motivar para la detección y coordinación en los casos de chicas hasta 18 años de edad, por lo que el canal de detección puede ser diverso: Pediatría, Obstetricia, Matronas, Medicina familiar, Urgencias, etc.

La actuación profesional se puede realizar en tres fases, teniendo en cuenta la perspectiva integral en la intervención preventiva y terapéutica así como la edad de la niña o mujer en riesgo de sufrir MGF o que ya la tenga practicada:

- Actividad preventiva general
- Riesgo inminente

Sospecha y/o confirmación de MGF practicada

Por otra parte, dentro del marco de la Atención Especializada, los servicios de **Ginecología y Obstetricia** son un lugar privilegiado para la detección y abordaje de la MGF en mujeres adultas, ya sea en el marco de actuaciones del programa de embarazo y preparación al parto como en el puerperio.

A su vez, dentro de la intervención sanitaria, se pueden encontrar diversas situaciones:

- ✓ Niña menor de 14 años perteneciente a una etnia que practica la MGF que ha sufrido o no MGF.
- ✓ Mujer de 14 años en adelante perteneciente a una etnia que practica la MGF, con riesgo de sufrir una MGF.
- ✓ Mujer adulta que ha sufrido una MGF, embarazada o no.

Según cada una de las situaciones, las actuaciones sanitarias son diferentes y seguirán el esquema que se propone a continuación.

5.2 PREVENCIÓN¹⁷

La prevención requiere una estrategia compleja pues hay que **evitar la culpabilización** de la familia y tratar de conseguir que sea ella la que se convenza del abandono de la práctica.

Precisa de un trabajo **interdisciplinar** en el que los servicios de Atención Primaria (pediatría, medicina de familia y trabajo social) tienen un papel esencial junto con los profesionales de Atención Especializada (pediatría, obstetricia y ginecología, urgencias, trabajo social) trabajando de forma coordinada con los distintos profesionales de los sistemas de protección (servicios sociales, jurídicos), educativos y con las asociaciones. El trabajo de sensibilización con los grupos practicantes incorporará, siempre que sea posible, agentes activos de la propia comunidad.

La prevención está dirigida por un lado a **“informar-sensibilizar”**: es decir, procurar que las familias cambien de actitud ante la mutilación. Lo que implica activar estrategias de información y sensibilización de forma sistemática y continuada. Creando confianza y compartiendo conversaciones breves a lo largo del tiempo en momentos no amenazadores, lo que hará posible reemprender y reforzar el tema en los momentos amenazadores como por ejemplo un viaje a su país de origen. Y, por otro lado, **“anticipar”**: es decir, actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, para lo que resulta necesario detectar las situaciones de riesgo.

¹⁷ Las ideas fundamentales que se plasman en este apartado se han extraído de las recomendaciones ofrecidas en la Guía de UNAF 2013. *“Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención”*.

Por ello, la actividad preventiva se puede realizar en varios momentos:

- ✓ En las **actividades de educación sanitaria** que se desarrollan fundamentalmente en el ámbito atención primaria y salud comunitaria.
- ✓ Con carácter general, con ocasión de las consultas programadas o protocolizadas existentes.
- ✓ De una manera **puntual**, bien en la consulta programada o a demanda, antes del viaje de la niña al país de origen. El objetivo es que las madres y los padres conozcan las implicaciones de toda índole que supone esta práctica y puedan tomar decisiones en contra de la MGF.

En el caso de **Atención Primaria**, la sensibilización y formación debe abarcar al conjunto del equipo, tanto a profesionales que proveen la asistencia sanitaria como al personal administrativo o de admisión.

Es importante que los y las profesionales adopten un **rol facilitador**, de ayuda y apoyo, desde el primer contacto de la familia en riesgo con la red sanitaria y que garantice la universalidad y la continuidad de todas las intervenciones terapéuticas y de prevención. Este proceso debe tener en cuenta:

- Un **trabajo en red** con otros profesionales y organizaciones.
- El **registro constante** de todas las actuaciones propias y las derivadas de la coordinación con otros sectores profesionales. Este registro debe facilitar el trabajo en red y la coordinación de las actuaciones realizadas con las personas (contactos en consulta, exploraciones realizadas a las personas de riesgo, seguimiento e intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo, etc.)

Se puede recurrir a la **mediación intercultural y servicio de intérpretes** si tenemos problemas de entendimiento con las afectadas o las personas en riesgo.

En cualquiera de los momentos clave y tipo de intervención que haremos con la familia que procede de un país de riesgo, se perfilarán estrategias específicas, aunque todas ellas se articulan a través de dos pilares fundamentales:

- La **acción individual**, dirigida a la persona o familia de riesgo.
- La **acción en red**, coordinada con otros profesionales que tienen un papel destacado en el proceso preventivo.

El marco lógico de actuación ante la MGF debe vertebrarse a lo largo de los siguientes programas:

- Programa del Niño Sano
- Programa para la organización de la atención anticonceptiva en La Rioja
- Programa de detección precoz de cáncer de cérvix
- Programa de Vacunación Internacional

En el marco de la **Salud Comunitaria**, dentro de las funciones de Educación para la Salud al conjunto de la comunidad, es idónea la celebración de actividades de sensibilización y educación realizadas en colaboración y a demanda de diferentes colectivos ciudadanos. Son especialmente recomendables las realizadas en coordinación con asociaciones de población africana de etnias donde se practica la MGF. En ellas se procurará promover el protagonismo y la iniciativa de estas asociaciones, impulsando su liderazgo en el esfuerzo y capacitación para la erradicación de la MGF. El soporte fotográfico y audiovisual es muy útil en estas actividades.

Es necesario fortalecer el contacto con líderes y agentes de salud especialmente sensibilizado/as contra las prácticas de MGF para fomentar su trabajo. En este tipo de actividades educativas, el personal sanitario y sociosanitario ejercerá un rol facilitador y motivador hacia el cambio. Por otra parte, buena parte de las **asociaciones** de población africana radicadas en La Rioja han mostrado su disposición para colaborar tanto en las actividades comunitarias amplias, como en las dirigidas a una familia en particular, por lo que es muy recomendable contar con ellas en los dos ámbitos de intervención¹⁸.

5.3. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN CON NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS PERTENECIENTES A UNA ETNIA QUE PRACTICA LA MGF QUE NO HA SUFRIDO MGF

En el ámbito sanitario también es preciso realizar labores de identificación o detección precoz así como de prevención de la MGF en la población que está en mayor riesgo y que es más vulnerable, como ocurre con las niñas/jóvenes menores de 18 años de familias donde hay otras mujeres (madre, hermanas, tías, primas, etc.) a las que se ha practicado la MGF.

Es importante iniciar el proceso de abordaje con una **identificación** correcta de las **niñas en riesgo**. La práctica no se circunscribe a África, ni coincide con la religión musulmana.

Para poder realizar una valoración precisa de qué niñas están en riesgo/ potenciales víctimas, es imprescindible la **formación de las/los profesionales** que desempeñan su ejercicio en la atención directa a niñas, mujeres y familias.

¹⁸ Las actuaciones del apartado de actuación sociosanitaria se han extraído de la Guía UNAF, de la Guía del Ministerio de Sanidad y de los protocolos de actuación de Comunidades Autónomas cuyas referencias se recogen en la bibliografía.

FACTORES DE RIESGO que se conocen:

- ✓ Sexo femenino y ser originaria la familia de un país y etnia en que es admitida la práctica de la MGF.
- ✓ Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.

RIESGO INMINENTE/ Factores precipitantes:

- ✓ La organización inmediata por una familia con factores de riesgo de un viaje al país de origen.
- ✓ La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF.

Detección

- Esta actividad se desarrolla fundamentalmente en las consultas de **pediatría** y de enfermería de pediatría de **atención primaria**, en el marco de los programas de salud infantil, así como en las consultas de **trabajo social y medicina y enfermería** de familia. También en la consulta de la **matrona** de atención primaria aprovechando las visitas de captación y control de embarazo y el protocolo de prevención del cáncer de cérvix. En todas estas consultas de AP se puede ofrecer información sobre las consecuencias negativas para la salud, a corto y medio plazo, que puede tener la MGF, así como sobre las implicaciones legales de esta práctica.
- Desde **atención especializada**, en caso de detectar una menor en riesgo de sufrir una MGF, o una menor con MGF o una mujer adulta con MGF y con hijas en edad de riesgo y perteneciente a un grupo de riesgo, se comunicará a la **Unidad de Trabajo Social Hospitalario** mediante el protocolo de derivación ya existente. Desde esta Unidad se derivará la información a la trabajadora social del centro de salud correspondiente.
- Los casos concretos de niñas detectados a través de los **servicios sociales o educativos** u otros, como el servicio de Vacunación Internacional serán comunicados a salud a través de la **trabajadora social de atención primaria** y ella coordinará las actuaciones para que a las niñas se las valore en pediatría y se realice la estrategia preventiva con la familia.

Intervención

Como se ha indicado, la actuación que se realiza con ocasión de las consultas programadas posibilita a los profesionales de atención primaria el establecimiento de una relación de confianza con la familia que, a su vez, facilitará el abordaje paulatino de la práctica de la MGF y

permitirá crear un marco idóneo para la actividad preventiva general. Puede utilizarse como guía la **Entrevista Motivacional** (Anexo I).

En la actividad preventiva general la **mediación intercultural**, contando especialmente con las asociaciones de mujeres africanas que hay en La Rioja, puede servir de gran apoyo al equipo de atención primaria en todas las acciones de ámbito comunitario.

Cuando los profesionales sanitarios atiendan a una niña de origen extranjero, perteneciente a un país y/o etnia en que es admitida la práctica de la MGF, cobra particular importancia la **exploración física rutinaria de los genitales** que se efectúa dentro de los programas de salud infantil, ya que permitirá determinar -cuando es atendida por primera vez en los servicios de salud- si existe o no una MGF practicada y, en su caso, si se practicó antes de que la niña hubiese llegado a España.

Se debe **registrar** en la **historia clínica** que no existe MGF y cuáles son las actividades que, a partir de ese momento, se van realizando para la prevención general de su práctica, con las coordinaciones necesarias, incluyendo la información completa a la familia de las consecuencias negativas que implica la MGF y recoger también en la Historia Clínica que la familia lo comprende y opta con claridad por no realizar la MGF a su/s hija/s.

Es importante también, asegurar la **revisión de hermanas** si las hubiera y **otras familiares** (primas...) en riesgo de mutilación.

Actuación ante una situación de riesgo inminente: actividad preventiva pre-viaje

En este momento el trabajo en red es clave. Las acciones aquí pueden ser más o menos inminentes, dependiendo de la fecha prevista del viaje, por lo que es fundamental tener identificadas a las y los profesionales con los que hay que coordinarse.

Lo ideal en esta situación es que se hubiera realizado con anterioridad una actuación preventiva general con la familia, de forma que se tuviera ya identificado el posible riesgo de la misma, y se hubiese iniciado ya un proceso, y por tanto, avanzado algo en la prevención. De esta forma el trabajo es más sencillo y los resultados suelen ser mejores.

El personal sanitario **citará a la niña/joven menor de edad a una consulta programada**, en la que se ofrecerá **información a la familia** sobre la MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc. con mayor o menor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general. También se valorará el estado de salud de la menor. A continuación, el personal sanitario ofrecerá a la familia la firma del Compromiso Preventivo, en el que constará la evaluación de la integridad de los genitales de la niña.

El **Compromiso Preventivo** es un documento desarrollado para que los progenitores 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 (Anexo II).

Además, su firma, y el archivo de una copia en la historia clínica, permite dejar constancia de que los profesionales sanitarios, ante el conocimiento de una situación de riesgo, han realizado la actuación preventiva y han informado a los progenitores de las consecuencias para la salud de la menor y de las consecuencias legales que lleva aparejada la práctica de la MGF.

En caso de que se valore la existencia de riesgo de práctica de la MGF en el viaje (fundamentalmente el posicionamiento a favor de la MGF de la familia y antecedentes de MGF en la familia) la/el profesional sanitario lo debe comunicar a la Entidad Pública de Protección de Menores correspondiente y al Ministerio Fiscal, que podrán poner en marcha el proceso para la adopción de medidas cautelares que lo eviten, tal y como se indica en el Anexo III.

En todo caso, se programará una visita médica de la niña/joven menor de edad al regreso del viaje.

El Compromiso Preventivo (Anexo II)

Cumple varios **objetivos**:

- Fortalecer a los progenitores de la niña para utilizarlo en sus viajes a sus países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.
- Fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la mutilación de sus hijas y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta algunos **conceptos básicos**:

- ✓ Su obtención no es un objetivo en sí mismo, sino una herramienta en el trabajo educativo y preventivo con la familia.
- ✓ Es **propiedad** de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer.
- ✓ Debe disfrutar del mismo grado de **protección y confidencialidad** que el resto de documentación que forma parte de la Historia Clínica.
- ✓ Como cualquier otro compromiso, su aceptación ha de ser **voluntaria y de común acuerdo** entre las partes implicadas.

- ✓ Debe tenerse en cuenta el **actual marco legal** en relación a las MGF, que tipifica la realización de una MGF como un delito de lesiones y que puede ser perseguido **extraterritorialmente**. Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden comportar, también, consecuencias legales para los/as profesionales.
- ✓ La existencia del compromiso preventivo es el registro que **demuestra que los/las profesionales de la salud, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva y han informado**, a los padres y madres, de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como en salud.
- ✓ La firma del compromiso preventivo **no ha de ser el primer elemento de contacto entre las familias en riesgo y el personal sanitario**. La obtención de este compromiso será **la culminación de un proceso** de sensibilización y educación a la familia.

Básicamente, este PROCESO debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:

- ✓ Identificación/detección, por parte de los/las profesionales sanitarias de atención primaria, de una situación de riesgo para las niñas de sufrir una MGF.
- ✓ Conocimiento del entorno familiar de las niñas¹⁹.
- ✓ Aproximación a los aspectos culturales.
- ✓ Identificación de actitudes del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia las MGF.
- ✓ Asegurar, una buena comunicación y comprensión idiomática.
- ✓ Información a los padres y/o madres²⁰ de:
 - Riesgos y problemas físicos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas psico-afectivos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas legales/penales asociados a la realización de una MGF.
- ✓ Registro de intervención, profesional sanitario de referencia, implicaciones legales, cita en consulta después del viaje.

¹⁹ El conocimiento del entorno familiar y social cercano, como vecinos /amigos u otros grupos sociales o religiosos próximos y asimismo de la situación en la escuela requiere una actuación del trabajador social del recurso sanitario y de los servicios sociales comunitarios.

²⁰ No se trata de una mera información, debería hacerse una entrevista motivacional.

Una copia del compromiso preventivo será incluida **en la Historia Clínica** por el/la profesional responsable de la atención a la niña. Se pueden registrar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un **seguimiento periódico del caso**.

Se recomienda que la intervención para la oferta del compromiso preventivo la realice el/la **profesional sanitario/a que habitualmente atiende a la niña** ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia.

Se **comunicará** por escrito a los padres/tutores la fecha y hora de la **cita pediátrica /médica** en el Centro de Salud, al **regreso del viaje /estancia** en el país de origen.

La obtención del compromiso preventivo (Anexo I) no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

Menor de 14 años que pertenece a una étnica que practica la MGF que no ha sido mutilada		
REGISTRAR EN HC Recoger la información, las actuaciones realizadas y valoración del riesgo	Exploración genital Si no ha sido mutilada continuar con la actuación: Valoración del riesgo mediante la entrevista con la niña y su familia valorando sus costumbres, posibles presiones, actitudes e intenciones a corto y largo plazo de la familia cercana y extensa. Entrevista motivacional (Anexo I) La proximidad de las vacaciones a su país de origen es una situación de alto riesgo por lo que se recomienda:	
	Proximidad de vacaciones al país de origen	No proximidad
	Visita pediátrica previa en la consulta antes de viajar para poder garantizar la integridad de sus genitales y pactar la preservación cuando vuelva	Plan de prevención personalizado con el equipo de profesionales y la familia Entrevista motivacional Seguimiento pediátrico
	Inicio la entrevista motivacional	
	Compromiso informado para evitar la MGF (Anexo II)	
	Plan de prevención personalizado explicando las estrategias preventivas, las consecuencias físicas y psicológicas y las consecuencias legales	
	Si la familia no se muestra claramente contra la mutilación y no hay garantías de la integridad hay que iniciar el plan de acción con el equipo de profesionales de intervención ante el maltrato infantil, incluyendo la notificación al Juzgado y a la Entidad Pública de Protección de Menores (Anexo III)	
	Visita pediátrica posterior al viaje programada para explorar	
	Concertar una cita para exploración de las hermanas	Concertar cita para exploración hermanas

Actividad post viaje

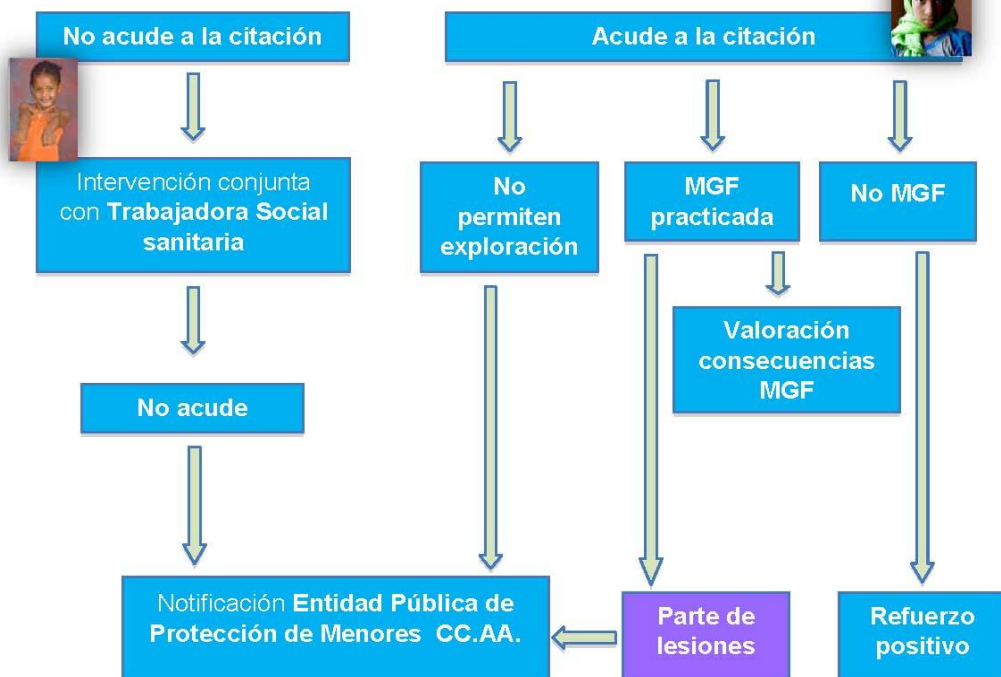
Cuando la niña regresa del viaje, la actividad continúa. En la visita pediátrica anterior al viaje se había dado una **cita programada** para volver a explorar a la niña tras su viaje. En esta nueva entrevista, la o el pediatra realizará una nueva exploración completa para constatar que no se ha realizado práctica de mutilación. También se preguntará a la familia si han recibido presiones del entorno familiar para practicar la MGF y cómo las han afrontado, tanto los progenitores como la menor. Si no ha habido mutilación, se recoge así en la historia clínica de la niña y se refuerza positivamente a la familia por esta actuación.

Si ha habido algún tipo de mutilación, se procede según se indica en el apartado siguiente (5.4. Detección e intervención con niñas menores de 14 años que han sufrido una MGF).

También puede ocurrir que la niña no acuda a esta consulta programada tras el viaje. En este caso, se intentará contactar con la familia para dar una nueva cita. Si se aprecian dificultades o resistencias para acudir a la consulta de pediatría se contará con la intervención de la trabajadora social del centro de salud. Si se produce negativa total de la familia a llevar a la niña a la consulta y existen indicios de que haya sido sometida a una MGF, la situación se pondrá en conocimiento de la Entidad Pública de Protección de Menores (Departamento de Menores) a la mayor brevedad posible.

POST-VIAJE Y SOSPECHA MGF PRACTICADA

CENTRO DE SALUD - UNIDAD DE PEDIATRIA



5.4. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN CON NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS QUE HAN SUFRIDO MGF

La Mutilación Genital Femenina practicada a una niña constituye un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para las personas adultas que la realizaron, las que la permitieron y también para el personal sanitario que ha de denunciar el delito, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones.

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres y niñas que han sido mutiladas, es garantizar el **derecho a la salud y la restitución de la misma**, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

Confirmada la práctica de la MGF, se valorarán sus consecuencias en la salud y se realizarán las **acciones terapéuticas** necesarias para paliarlas y, además, se elaborará el **parte de lesiones** para poner el hecho en conocimiento de las autoridades competentes.

Aspectos éticos y legales

Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia), evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia) así como el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional y respetar la autonomía del paciente, constituyen principios éticos básicos para cualquier profesional sanitario cuando atiende el problema de la MGF.

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Esto ocurre especialmente cuando es necesario emitir un **parte de lesiones** (Anexo IV), pudiendo considerar que se está violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la niña, de la madre o familia si es la niña la que ha sufrido la MGF antes de llegar a nuestro país.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

La formación sobre el importante papel que juega el secreto profesional en este tema puede ser definitiva a la hora de proteger a mujeres y niñas. El secreto profesional sobre la información recogida en el desempeño del trabajo queda relegado ante el deber de denunciar/notificar que a una persona menor de edad se le ha practicado una MGF.

Detección

Cuando existan indicadores de sospecha de que a una niña se le ha practicado una MGF, como los síntomas y signos asociados a las consecuencias de esta práctica en la salud, el incumplimiento reiterado de las consultas programadas en Pediatría o Enfermería de Pediatría, o no acudir a la consulta programada tras el viaje al país de origen, será necesario confirmar si la MGF se ha practicado o no. Esta **confirmación sólo puede realizarla el personal sanitario**.

Si a pesar de toda la labor de prevención con la familia, y de todas las medidas tomadas para proteger a la niña, y a pesar de haber firmado el compromiso preventivo, se sospecha que se ha procedido a practicar la MGF a la niña, en la revisión médica a la vuelta del viaje y si se constata que la MGF ha sido practicada, es necesario e imprescindible emitir el correspondiente parte de lesiones al Juzgado, además del resto de medidas de notificación a la Entidad Pública de Protección de Menores (Departamento de Menores) tal y como figura en el Anexo III.

Intervención

En caso de que tuviera practicada la MGF, se debe **registrar** en la historia clínica que tiene practicada la MGF, el tipo de MGF y, en su caso, si es posible determinar el momento (si es o no reciente) y las circunstancias en que se ha practicado. Asimismo, se registrarán en la historia clínica las acciones terapéuticas realizadas para paliar las consecuencias de la MGF, tal y como se recoge en el cuadro siguiente. Se notificará a la Entidad Pública de Protección de Menores y al Juzgado (Anexo III).

Se emitirá el **parte de lesiones** (Anexo IV) y la **notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario** (Anexo V) a la vista de la estimación del momento en que se haya practicado la MGF, y teniendo presente que el delito de mutilación genital femenina es perseguible en España, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, aunque se haya practicado fuera del territorio nacional, siempre que el procedimiento se dirija contra una persona española, el procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en España o, el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.

Menor de 14 años que ha sufrido MGF	
REGISTRAR EN HC Registrar en la historia clínica la información recogida y las actuaciones realizadas. Hay que coordinar con los todos los profesionales sanitarios que atiendan a la niña y la familia	Exploración genital. Diagnóstico de MGF. Plan de actuación descrito a continuación
	Exploración de las hermanas concertando una visita
	Anamnesis para saber cómo y cuándo se ha practicado. Si ha sido tras la llegada al país de acogida hay que hacer el parte de lesiones (Anexo IV) (comunicarlo al Juzgado y a la Entidad Pública de Protección de Menores (Anexo III). Si ha sido antes hay que seguir con el plan de actuación a continuación
	Atención a las secuelas físicas y psíquicas. Trabajo coordinado en red para garantizar la atención a todo tipo de secuelas
	Reconstrucción por cirugía. Garantizar los mecanismos necesarios para la intervención quirúrgica ofreciendo la posibilidad de reconstrucción del clítoris
	Garantizar el soporte psicológico de la niña, familiar y comunitario.
	Plan de prevención específico con la familia con el fin de prevenir otras mutilaciones
	Realizar la notificación de “Riesgo y Maltrato Infantil” (Anexo V)

5.5. MUJERES MAYORES DE 14 AÑOS PERTENECIENTES A UNA ETNIA QUE PRACTICA LA MGF, CON RIESGO DE SUFRIR UNA MGF

Detección

- Esta actividad se desarrolla fundamentalmente en las consultas de **atención primaria**, tanto en las consultas de medicina como en las de enfermería de familia. También en la consulta de la **matrona** de atención primaria aprovechando las visitas de captación y control de embarazo y el protocolo de prevención del cáncer de cérvix. En todas estas consultas de AP se puede ofrecer información sobre las consecuencias negativas para la salud, a corto y medio plazo, que puede tener la MGF, así como sobre las implicaciones legales de esta práctica.
- Desde **atención especializada**, en caso de detectar una menor mayor de 14 años en riesgo de sufrir una MGF, con la MGF practicada o a una mujer adulta con MGF y con hijas en edad de riesgo y perteneciente a un grupo de riesgo, se comunicará a la **Unidad de Trabajo Social Hospitalario** mediante el protocolo de derivación ya existente. Desde esta Unidad se derivará la información a la trabajadora social del centro de salud correspondiente.
- Los casos concretos de mujeres jóvenes detectados a través de los **servicios sociales o educativos** u otros, como el servicio de **Vacunación Internacional** serán comunicados a salud a través de la **trabajadora social de atención primaria** y ella coordinará que se las valore y se realice la estrategia preventiva con la familia.

Intervención

La actividad preventiva general ha de tomar en consideración la específica situación de aquellas familias en las que las hijas son mayores de 14 años, pero de edad joven.

Se trata de hijas adultas que no tienen practicada la MGF, con edades cercanas a la mayoría de edad, que conviven con su familia y dependen de ella. Estas mujeres jóvenes pueden encontrarse en una situación preocupante con ocasión de la realización de un viaje al país de origen, bien por vacaciones, bien para contraer matrimonio ya que, como se ha explicado en el apartado relativo a las causas de la MGF, ésta puede ser un requisito ineludible para poder casarse.

Cuando el personal sanitario tenga constancia de que una familia con factores de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad preventiva pre-viaje con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.

En concreto, el personal sanitario citará a la joven a una **consulta programada**, en la que se le ofrecerá información sobre la MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc., con menor o mayor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general.

Asimismo, se procurará conocer cuál es el **posicionamiento de la joven** ante esta práctica y su estado de ánimo en relación con ella. En esta consulta, se realizará una exploración y se anotarán en la **Historia Clínica** todas las actuaciones llevadas a cabo hasta el momento (preventivas y de anamnesis). Puede utilizarse de apoyo la Entrevista Motivacional (Anexo I)

En todo caso, se programará una **visita** médica de la joven **al regreso del viaje**. En el caso de que en esta visita médica se constatará que tiene practicada la MGF, se valorarán cuáles son sus consecuencias, y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas. Se registrará en la historia clínica el tipo de MGF y, en su caso, las circunstancias en que se ha practicado, así como las acciones terapéuticas realizadas. Además, se ha de emitir el correspondiente parte de lesiones (Anexo IV).

Así mismo es importante asegurar la **revisión** de **hermanas** si las hubiera y otras **familiares** (primas...) en riesgo de mutilación.

Mujeres mayores de 14 años pertenecientes a una etnia que practica la MGF, con riesgo de sufrir una MGF

REGISTRAR EN HC	Exploración genital. Si no ha sido mutilada hay que continuar con las acciones siguientes Valoración del riesgo y actuación preventiva para evitarla a través de la entrevista clínica considerando las costumbres de su país de origen y las actitudes y presión familiar a corto y largo plazo. Plan de prevención personalizado conociendo las actitudes de la adolescente o mujer adulta y poner en marcha la estrategia motivacional (Anexo I) La cercanía de vacaciones en el país de origen es una situación de alto riesgo para las adolescentes, seguir los pasos siguientes:	
	Proximidad del viaje	No proximidad del viaje
	Visita previa en la consulta antes del viaje para poder garantizar la integridad genital y pactar la preservación a la vuelta. En el caso de que no se haya hecho atención preventiva con la familia iniciar la entrevista motivacional Compromiso informado del padre y la madre de que no se mutilará a la adolescente (Anexo II) Plan de prevención personalizado en la misma entrevista informando de las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la mutilación. Si la familia no se muestra claramente contra la mutilación y no hay garantías se considera riesgo elevado y se pone en marcha los dispositivos sociales y legales específicos Visita posterior al viaje acordada previamente para valora la integridad genital	Plan de prevención personalizado, entrevista motivacional con el padre y la madre de la adolescente Seguimiento por parte del equipo de atención primaria con controles periódicos
	Exploración de las hermanas e hijas concertando una visita	

5.6. MUJERES ADULTAS QUE HAN SUFRIDO UNA MGF

5.6.1 El proceso de embarazo, parto y postparto.

Detección

I. Control del embarazo

Una vez fuera de su país, la primera vez que muchas mujeres provenientes de países con prácticas de MGF suelen tener que afrontar el tema de la mutilación es, a menudo, debido a un embarazo. Es preciso que las matronas y ginecólogos-obstetras adquieran conocimientos sobre las diferentes culturas y la sensibilidad necesaria para garantizar una atención de calidad y respeto a la mujer con MGF. Empatía, confidencialidad, respeto y naturalidad son habilidades profesionales indispensables para el ejercicio de la profesión en general y para trabajar este tema en particular.

a) Primera visita de embarazo

1. La primera visita, realizada habitualmente por la matrona, es de vital importancia para poder **establecer una relación de confianza** entre la mujer y los/las profesionales de la salud. Aprovechando la apertura de su historia obstétrica: hablar sobre su país, las diferencias culturales, las experiencias de partos anteriores, si ha sido sometida a alguna intervención quirúrgica...

La sensibilidad y la utilización de una terminología adecuada, son indispensables para garantizar que la mujer continúe realizando regularmente el control de su gestación.

2. Es importante poder contar con la colaboración del marido o alguna mujer de la familia o de la comunidad para que facilite la tarea de **traducción** (procurar que toda mujer pueda entender y ser entendida: familiar, amigo, intérprete). Durante el control de embarazo es importante identificar a las mujeres con MGF, especialmente entre las que provienen de países donde ésta se realiza, y registrarlo en su historia clínica, pero es preferible plantear por primera vez el tema de la MGF en visitas sucesivas, cuando se haya creado ya cierta relación de confianza y respeto entre el/la profesional y la mujer. La visita comprenderá como en cualquier otra gestante, la anamnesis, controles de constantes, peso y talla, así como la exploración física (abdomen, extremidades inferiores...)

b) Visitas sucesivas de control de embarazo.

1. La exploración de genitales externos se puede realizar en visitas sucesivas para valorar su adecuación para el parto o para realizar la ecografía vaginal. Cualquier exploración debe ser realizada previo consentimiento de la mujer.

2. Contar con la colaboración profesional de la mediadora intercultural y/o intérprete, si se precisa.

Para introducir el tema de la MGF en general, se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- Preguntar si tiene problemas para orinar, para la salida de flujo menstrual, infecciones urinarias, dispareunia o dificultades en las relaciones sexuales.
- Se puede indagar sobre la actitud de la mujer y la familia sobre la MGF (mejor en consulta sucesiva no en la primera), si piensan practicarla a la futura hija e introducir el tema de la ilegalidad de la práctica de todos los tipos de MGF en nuestro país, así como de las consecuencias para la salud de la niña. Se puede utilizar de apoyo la Entrevista Motivacional (Anexo I).
- Utilizar el contexto de la educación sexual que se realiza durante el control del embarazo. Se informará sobre la función de los genitales externos. Se pueden utilizar láminas de anatomía para hablar del aparato genital femenino con circuncisión y sin circuncisión, así como de las consecuencias médicas (infecciones, transmisión del HIV, hemorragias...), psicológicas y sexuales de la MGF.

3. La educación sanitaria incluirá temas habituales como: alimentación, controles, pruebas y cribajes durante el embarazo, cambios durante la gestación, el parto, la anestesia, el puerperio, cuidados del recién nacido, sexualidad y métodos anticonceptivos, etc.

II. En el parto

En el caso de aquellas mujeres que no hayan seguido control de su embarazo en el sistema de salud, la atención durante la dilatación y el parto puede ser el momento del diagnóstico del problema. En tal supuesto, solo aquellas cuya MGF dificulte el parto requieren una intervención obstétrica inmediata (desinfibulación).

Intervención

I. En el embarazo

1. En caso de MGF se observará tipo y extensión de MGF, presencia de cicatrices rígidas, elasticidad del tejido. Cualquier exploración debe ser realizada previo consentimiento de la mujer.

2. Se indagará sobre el **impacto** que la **MGF** tiene sobre la salud física, sexual y emocional de la mujer.
3. Se **registrará en historia clínica** de la forma completa y exhaustiva el tipo de mutilación, sus características, repercusiones y secuelas. Esto permite evitar exploraciones innecesarias en el futuro. Además, la información será fundamental a la hora de ciertos procedimientos como la cateterización uretral o la ecografía transvaginal que pueden ser dificultosos en estas mujeres. Preguntar sobre la probabilidad de que otras mujeres de la familia hayan sufrido o estén en riesgo de sufrir MGF.
4. Transmitir la información a la **trabajadora social del centro de salud** o de atención especializada para que coordine la prevención de dicha práctica en las hijas y futuras hijas de la mujer.
5. Proporcionar a la mujer el acompañamiento necesario en caso de afectación en su vida psicoafectiva.
6. En caso de **infibulación** (poco frecuente en España), se planteará la necesidad de realizar la desinfibulación (Ver más adelante apartado Tratamiento quirúrgico de las secuelas).

II. Post-parto

Los controles en el puerperio serán los habituales, tanto durante la estancia hospitalaria como en el domicilio. Es fundamental la continuidad de los cuidados y el seguimiento de la evolución clínica.

La comunicación entre los profesionales implicados en los cuidados es decisiva. Deben estar informados de si se ha realizado algún tipo de cirugía reparadora o desinfibulación y de los cambios anatómicos y funcionales que conlleva.

Adecuar las curas, según el estado del periné y los desgarros ocurridos durante el parto. Explicar la importancia de la higiene y cómo realizarla adecuadamente.

- El informe de alta de la madre debe estar completo y claro en cuanto al diagnóstico, las intervenciones realizadas y los cuidados precisos. Las mujeres intervenidas deben tener cita al alta para ser revisadas en la misma unidad, con el fin de comprobar la evolución y los resultados.

El informe de alta tiene que llegar a la matrona y al servicio de pediatría que se haga cargo de la niña, así como a los dispositivos de Atención Primaria, para que continúen con el seguimiento y las acciones necesarias de sensibilización y prevención.

Primera visita postparto (Domicilio/centro de salud)

Es recomendable que especialmente en los casos de mujeres con MGF la primera visita se realice en el **ámbito domiciliario** lo que permite trabajar con el núcleo familiar.

- En caso de que el recién nacido sea **niña**, asegurarse de que los padres son conscientes de las consecuencias que conlleva la MGF para la salud de su hija, y recordar que la práctica es ilegal.
- Tener en cuenta que al hablar del tema de la MGF pueden generarse sentimientos de culpabilidad por haber circuncidado a otra hija anteriormente.
- Resaltar las costumbres positivas que a los países europeos nos favorecería aprender de los países del sur como son: la lactancia materna prolongada, el contacto físico constante entre las madres y los lactantes, el apoyo de la familia extensa en el cuidado de los hijos, la seguridad de los niños dentro de la comunidad, el compartir, etc.
- Indagar si la hija se criará en España o en África. Esto conlleva poder comentar las dificultades que supondría la mutilación para la niña si opta por quedarse en España (el hecho de sentirse diferente de sus amigas, importancia para las niñas el ser igual que sus amigas...). Si la niña debe volver a su país, informar de que también allí se están produciendo cambios respecto a esta cuestión.
- Realizar **informe o interconsulta al equipo de pediatría** de referencia para que pueda continuar con las tareas de sensibilización sobre la prevención de la MGF en la niña, y donde consten las actividades realizadas hasta el momento, y la respuesta de los padres ante el abordaje del tema.
- Realizar informe o interconsulta para la **trabajadora social del centro de salud** con la información recogida sobre el entorno familiar y su actitud ante la MGF.

Revisión postparto de 40 días.

- Corroborar que los servicios de pediatría y TS conocen la situación familiar.
- Reforzar la idea de que deben proteger la salud de sus hijas (hablar siempre en positivo, resaltar todo lo que hacen por la salud de sus hijos, no demonizar sus hábitos culturales).
- Valorar la recuperación del suelo pélvico de la mujer y orientar sobre los cuidados y ejercicios adecuados para la recuperación del suelo pélvico.
- Asesorar sobre el inicio de las relaciones sexuales:

Esperar 4 ó 6 semanas, de manera que haya una cicatrización adecuada.

Usar un método anticonceptivo adecuado.

Se puede aconsejar el uso de algún lubricante vaginal.

- Implicar a la pareja en la información y asesoramiento, explicar los cambios que van a percibir.
- Proporcionar educación sanitaria sobre salud reproductiva y sexual

5.6.2 La consulta ginecológica y de planificación familiar.

Detección

La ausencia de una lengua común entre el profesional sanitario y la mujer a la que atiende, es uno de los obstáculos de comunicación más frecuentes entre ambos. La utilización de **intérpretes** es necesaria en muchos casos y, con frecuencia, estos intérpretes proceden de la misma comunidad a la que pertenece la mujer. Esto puede hacer que la mujer no desee hablar de temas que considera privados y pertenecientes a su intimidad ante ellos, por miedo a que sean difundidos en la comunidad. Siempre que sea posible, se recomienda utilizar un intérprete ajeno a la comunidad para hablar de estos temas con la mujer y/o **mediadores culturales** con conocimientos de sus circunstancias socioculturales.

En todo caso, se debe evitar siempre utilizar a menores de edad o a varones de su comunidad como intérpretes²¹. Si existe en la zona alguna **asociación de inmigrantes** que esté implicada en la lucha contra la mutilación genital femenina, su asesoramiento puede sernos de mucha utilidad.

El tema de la mutilación con frecuencia es tabú entre algunas etnias, y es muy posible que la mujer nunca haya tenido la oportunidad de hablar de este asunto con otra persona. Su planteamiento puede hacerles revivir la experiencia y/o hacer que afloren sentimientos de confusión que precisen ayuda.

El **examen ginecológico** de una mujer portadora de una MGF, se planteará como consecuencia de una patología ginecológica, o bien, en el seno de los programas preventivos de Atención a la Mujer: Programa para la organización de la atención anticonceptiva en La Rioja y de detección precoz de cáncer de cérvix.

Las mujeres portadoras de algún tipo de mutilación genital pueden reaccionar de forma negativa ante la posibilidad de una exploración ginecológica. Es altamente probable que estas mujeres no

²¹ Gordon, Harry: Female genital mutilation: a clinician's experience. En Female Genital Mutilation. Momoh C, editora. Radcliffe Publishing (Oxford); 2005. p. 29-36.

acudan a la consulta de la Mujer Sana por iniciativa propia. La labor de captación desde la atención primaria es muy importante para la salud sexual y reproductiva de estas mujeres.

Médico/a de familia: preguntar a todas las mujeres en riesgo de MGF (según país de origen) por su acceso al Programa de Mujer Sana. En caso de no ser así derivar a la matrona (en los centros en que el profesional sea un hombre se puede derivar directamente a Mujer Sana o a la matrona de otro centro de salud).

Matrón/a: informar sobre las actividades del programa, resolver dudas, facilitar información sobre salud sexual y reproductiva (anticoncepción, disfunciones del suelo pelvis, disfunciones sexuales) y procurar cita en Mujer Sana.

Ginecóloga/o: Programa Mujer Sana/consulta ginecológica por patología.

Intervención

Mantener un **ambiente de confidencialidad, privacidad y sensibilidad**, es importante para todas las mujeres, pero es esencial e imprescindible en estos casos. La mujer debe ser informada y consentir en la realización de la exploración. Esta misma sensibilidad es necesaria para tratar los temas de contracepción. El valor de la fertilidad se forja en cada uno de los entornos culturales en que las personas son socializadas. La representación de la corporalidad en cada mujer, es resultado de su propia trayectoria cultural y personal. En este sentido, el profesional ha de actuar como un catalizador facilitando la información, pero permitiendo asimismo la reflexión, con una actitud de respeto que facilite una comunicación adecuada.

Al realizar la observación de genitales externos en una exploración obstétrica o ginecológica, es importante fijarse en la integridad del prepucio y del clítoris y **anotar** en la **historia clínica** cualquier alteración que se observe. En mujeres infibuladas debido a que el orificio vaginal es tan pequeño, la exploración ginecológica produce dolor intenso incluso utilizando un espéculum virginal. El tacto vaginal puede ser doloroso y difícil de realizar.

Debemos ser especialmente cuidadosos en la manipulación de los genitales, sobre todo cuando encontremos secuelas importantes que hacen difíciles, y a veces imposible, ciertas exploraciones. Explicar cada paso de la exploración. Tras la observación de los genitales externos, comprobar la integridad del clítoris y la existencia o no de labios menores. En ocasiones puede ser difícil reconocer la existencia de una mutilación, especialmente en las de tipo I.

En la historia clínica debe quedar registrado, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, así como la planificación realizada y los cuidados que se precisen. Esto permitirá evitar exploraciones innecesarias en el futuro. Además, la información será fundamental a la hora de ciertos procedimientos como la cateterización uretral o la ecografía transvaginal que pueden ser dificultosos en estas mujeres

1

La asistencia ginecológica a las mujeres con mutilaciones genitales, debe tener en cuenta no solo los aspectos físicos específicos, sino también todas aquellas circunstancias que acompañan a esta situación y que ya han sido expuestas.

- Salvo los casos de MGF graves que impidan el acceso al cérvix uterino, estas mujeres deben realizarse las citologías cérvico-vaginales tal como esté contemplado en el programa de cribado del cáncer de cérvix.
- Explicar paso a paso y con sensibilidad las exploraciones necesarias y los distintos tratamientos en caso de ser necesarios.
- Planificar y definir los **tratamientos quirúrgicos** en caso de ser necesarios.

Las **opciones anticonceptivas**¹ deben atenerse en términos sanitarios a los criterios de elegibilidad de la OMS, respetando la elección de la mujer, y teniendo en cuenta sus valores con respecto a la fertilidad y la propia percepción de su cuerpo.

En casos de MGF importantes o con secuelas frecuentes o graves, la opción de los métodos barrera femeninos, tales como el condón femenino, el diafragma y el capuchón cervical no es apropiada, por la evidente dificultad en su colocación.

En cuanto al DIU, no está indicado en aquellos casos en los que la visualización del cérvix uterino sea difícil o imposible, o si la mujer padece infecciones vaginales frecuentes. Puede ofrecerse tras la desinfibulación.

Los métodos naturales, tales como el sintotérmico y/o el método del moco cervical, pueden ser difíciles de cumplir, tanto por el entrenamiento y autoconocimiento que precisan como por la posibilidad de modificación del flujo vaginal por el aumento de las vaginitis propios en estas mujeres.

5.6.3. Tratamiento quirúrgico de las secuelas ^{22, 23, 24, 25, 26}

En caso de mutilaciones graves (infibulación) o con mala cicatrización (rigideces, pseudoinfibulación, quistes, etc.) pueden precisarse intervenciones quirúrgicas reparadoras como la **desinfibulación** u otras. Con ellas intentamos tratar la imposibilidad o dificultad para mantener relaciones sexuales no dolorosas, los problemas derivados de la retención menstrual y/o urinaria y, en el caso del embarazo, facilitar el parto vaginal y evitar riesgos para la vida del recién nacido.

El tratamiento de las secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III, IV, o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones I ó II, debe ser abordado **lo antes posible**. Lo idóneo es hacerlo antes del embarazo pero, si esto no es posible, el mejor momento es al final del segundo trimestre de la gestación, entre las 20-28 semanas, período que se considera el más seguro para la realización de cualquier cirugía y procedimiento anestésico, y que permitirá, además, la completa curación de las heridas antes del parto. La última, y peor, opción para realizar la cirugía reparadora es durante el parto, en el caso de no haberse detectado el problema previamente.

En caso de precisar cirugía es recomendable que sean derivadas al hospital de referencia, con el que debe existir una adecuada coordinación. Estas pacientes deben ser consideradas como preferentes, de manera que no se produzca una gran demora desde que se toma la decisión de practicar la intervención hasta su realización. Es importante que el informe clínico sea lo más completo posible.

Técnica de la desinfibulación

²² Associació Catalana de Llevadores. Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. 2004. Disponible en URL:

http://mgf.uab.es/seccions/7_Materiales_GIPE/GUIA_MGF_PROFESIONALES_CASTELLANO_04.pdf

Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Barcelona. 2007.

<http://www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/recursos/protocol/>

²³ The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists. *Female genital mutilation. Information for Australian health professionals*. Gilbert E, editor, Ryan M, coordinador. 1997.

²⁴ Momoh C. Actuación ante la mutilación genital femenina en un país europeo: El ejemplo del Reino Unido. Ponencia presentada en el curso "Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención". Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008

²⁵ Akotonga M. Complicaciones obstétricas de la mutilación genital femenina. Ponencia "Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención". Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008.

²⁶ *Circuit de la Cirurgia genital després d'una mutilació genital femenina MGF*, 2015. Departament de la Salut. Generalitat de Catalunya.

Previo a su realización, habrá que tener en cuenta todo lo indicado anteriormente para cualquier tipo de cirugía reparadora.

- La intervención se puede realizar con anestesia local, pero en muchos casos –sobre todo cuando se realiza antes de la gestación– la mujer puede no tolerarlo por desencadenarle recuerdos dolorosos, por lo que precisará anestesia general.
- Si se realiza la desinfibulación durante el parto, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la epidural.
- Recibir a la mujer de forma cálida y recordarle los beneficios derivados de la intervención.
- Tras realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antiséptico (no utilizar antisépticos yodados en mujeres embarazadas), explorar cuidadosa y suavemente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a infiltrar en caso de usar anestesia local (figura 1).
- Infiltrar anestesia local con aguja fina a 45°, inyectando pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz en forma de abanico (figura 2).

Gráfico: Técnica de la desinfibulación.

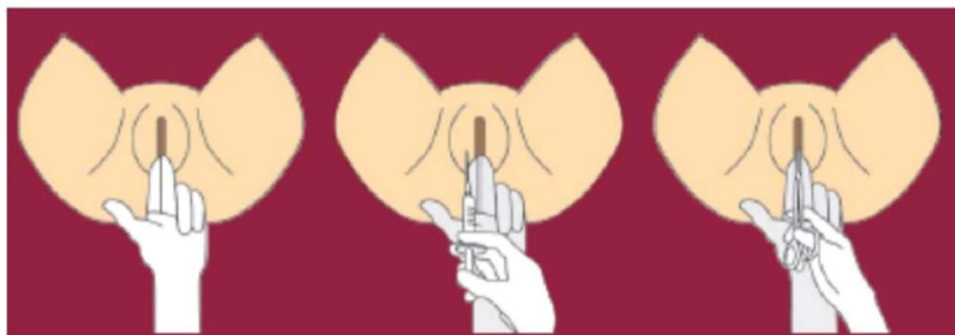


Figura 1:
Explorar con un dedo
bajo la cicatriz.

Figura 2:
Infiltrar anestesia local a ambos
lados de la cicatriz.

Figura 3:
Cortar a lo largo de la
línea media

Fuente: Médicos Mundi (Andalucía). Guía "Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención" 2009

- Infiltrar, posteriormente, anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal y utilizando aguja IM con una inclinación de 45°.
- Para la incisión, insertar el dedo índice (o el índice y el medio) de la mano izquierda a través del introito vaginal en dirección al pubis. Utilizar unas tijeras para cortar a lo largo de la línea media, sobre la cicatriz, hasta que la uretra sea visible (figura 3).
- Debe extremarse el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris a estímulos.

- No cortar más allá de la exposición de la uretra por ser esta una zona muy hemorrágica.
- Posteriormente, suturar ambos lados de la infibulación por separado. Utilizar suturas finas y atraumáticas como el dextron/vicryl 4.0 ó 3.0.

En caso que la cirugía reparadora, o la desinfibulación, no se haya realizado previa al parto

- En esta situación la mujer, además de la incertidumbre usual que ocasiona el parto, puede sentir aumentados sus temores si piensa que los profesionales de la salud no tienen los conocimientos necesarios para atenderla adecuadamente (cesáreas innecesarias, etc.).

Explicar detalladamente la necesidad de la intervención, la técnica, así como las consecuencias positivas que tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y la propia salud de la mujer. Obtener, tras estas explicaciones, el consentimiento informado.

- Es muy importante atender adecuadamente las necesidades de analgesia durante el proceso del parto, así como limitar el número de exploraciones para no provocar dolor.
- En la primera fase del parto, el manejo será el habitual. Deben planificarse cuidadosamente, con los profesionales implicados, los pasos y actuaciones precisas para realizar la desinfibulación.

Explicar que NO se realizará la infibulación tras el parto.

- La técnica de la desinfibulación debe realizarse lo antes posible, una vez detectado el problema, tras el ingreso hospitalario de la gestante.

En el caso de encontrarnos en la fase de expulsivo, es recomendable realizar la incisión durante una contracción.

- En caso de que la parturienta no tenga analgesia epidural, se valorará la infiltración con anestésico local tras la evaluación del tejido cicatricial. El bloqueo de pudendos puede suplementar posteriormente la analgesia.

Durante el expulsivo, realizar episiotomía anterior en primer lugar y realizar episiotomía medio lateral, solo cuando sea necesario.

- Tras el parto, suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubiertos con piel. Suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los posibles desgarros que se hayan podido producir durante el expulsivo, con suturas finas y atraumáticas como el dextron/vicryl 4.0 ó 3.0.

Nos podemos encontrar durante la asistencia al parto con mujeres que hayan sufrido mutilaciones genitales de los tipos I y II. En estas ocasiones, valorar la elasticidad de los tejidos y plantear la episiotomía mediolateral SOLO en los casos necesarios, NO de forma sistemática. Asimismo, insistir en el apoyo emocional y psicológico a estas mujeres y cubrir las necesidades analgésicas.

Se sabe que la morbilidad fetal –como asfixia perinatal y traumas obstétricos– aumenta en las mujeres sometidas a MGF, por lo que el control del bienestar fetal debe ser riguroso. Pero, además, en aquellos casos en los que el expulsivo se prolongue, debido a las condiciones específicas del periné y/o por las intervenciones precisas, debemos contar con los medios necesarios para que esta situación no afecte a la salud del feto.

Mujer adulta o adolescente mayor de 14 años que ha sido mutilada	
REGISTRAR EN HC Recoger toda la información y las actuaciones realizadas Es importante la coordinación entre todos los profesionales de salud	Exploración genital y valoración del grado de afectación tanto en el ámbito físico, psicológico y sexual.
	Exploración de las hermanas y de las hijas. Concertar entrevista y cita para exploración ginecológica o pediatra según la edad
	Atención en caso de embarazo. En el caso de que estuviera embarazada hay que evaluar el grado de afectación genital y las posibles complicaciones en el momento del parto, coordinar con el conjunto de profesionales implicados. Priorizar las estrategias preventivas a través de la entrevista para prevenir la práctica en futuras hijas
	Atención a las secuelas físicas y psicológicas. Hay que garantizar la atención a las secuelas físicas y psíquicas que pueda presentar la adolescente o mujer adulta.
	Importante el trabajo en coordinación con profesionales de salud y asociaciones
	Reconstrucción por cirugía. Ofrecer y garantizar los mecanismos de intervención quirúrgica para revertir los efectos de la mutilación además del soporte psicológico, familiar y comunitario
	En los casos de riesgo para la salud en menores de edad adolescentes hay que poner en marcha la posibilidad quirúrgica y de apoyo integral desde una perspectiva biopsicosocial
	Plan de prevención personalizado. En cualquiera de los casos hay que iniciar un plan a través de la entrevista motivacional (Anexo I)

6. COORDINACIÓN

El reto de la atención a mujeres y niñas que han sufrido MGF, así como el empeño colectivo para su erradicación no puede realizarse sin una adecuada coordinación. Esta coordinación tiene dos vertientes:

- **Interna**, dentro del Servicio Riojano de Salud, entre los diferentes servicios sanitarios (ginecología, pediatría, medicina de familia, enfermería, matronería, trabajo social, urgencias, salud mental) así como entre los dos niveles de atención (primaria y especializada).
- **Externa** con: servicios sociales comunitarios y especializados, colectivos y entidades sociales, servicios educativos, de justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad..., así como con otros servicios sanitarios como el de Vacunaciones Internacionales.

En los diferentes apartados de este protocolo se han ido señalando algunas coordinaciones específicas ante situaciones concretas. Con carácter general se considera que las profesionales del trabajo social sanitario son las encargadas de realizar la coordinación externa. También es a través suyo cómo se hará la derivación de las situaciones de riesgo de MGF o ya realizadas: se derivarán de Atención Especializada a Primaria, y a la inversa, cuando sea necesario.

Todas las actuaciones relacionadas con la coordinación deberán garantizar todos aquellos elementos de confidencialidad y respeto inherentes a las actuaciones sanitarias.

Una de las situaciones de coordinación más delicadas es la **remisión a Fiscalía y a la Entidad Pública de Protección de Menores** de un informe en las situaciones de detección de una mutilación genital reciente en una niña menor de edad residente en nuestro país o en aquellas que se sospeche se puede realizar. En los casos extremos de riesgo se puede pedir directamente ayuda a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (Policía Nacional en el caso de Logroño y Guardia Civil en el resto de localidades). El procedimiento para ello está recogido en el Anexo III tal y como se ha señalado en la parte de la intervención.

Por otra parte, para asegurar una coordinación satisfactoria, es necesario que el conjunto de profesionales que intervengan realicen un registro completo de las actuaciones sanitarias que realicen tanto con las niñas, las mujeres o con su familia, al objeto de no duplicar intervenciones y asegurar que la intervención sea integral.

La coordinación también debería procurar una **intervención comunitaria sobre el territorio** adaptada a las necesidades de su población, en este caso, de prevención de la MGF. Por ello, es conveniente tener en cuenta este grave problema de salud en la planificación y ejecución de las actuaciones comunitarias y de educación para la salud dirigidas al conjunto de la población, tanto en las respectivas zonas de salud como en el conjunto de La Rioja.

7. RECURSOS

7.1. Recursos de ámbito autonómico

- Comisión Técnica contra la VG del SERIS. Hospital San Pedro. Logroño.
Tfno: 941 298580.
- Unidad de Coordinación contra la violencia sobre la Mujer. Delegación del Gobierno en La Rioja. Tfno: 941 759122.

7.2. Recursos de ámbito estatal

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género:
<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>
- Comisión contra la violencia de género del Sistema Nacional de Salud
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm
- Observatorio de Salud de las Mujeres
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03.htm
- Observatorio de Infancia:
<http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/>
- Instituto de la Mujer:
<http://www.inmujer.gob.es/>

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo:
<http://www.aecid.es/>

Centros de recursos de atención a la infancia y/o educación /acción intercultural:

- UNICEF:
<http://www.unicef.es/conoce/organizacion-interna/contacto>
- UNAF:
<http://unaf.org/contact-us/http://unaf.org/salud-sexual/prevencion-de-la-mutilacion-genital-femenina/>
- Save the Children:
<http://www.savethechildren.es/sedes.php>
- Médicos del Mundo:
<http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/idcont.709/menu.1/elcategoria.9858/reلمenu.109>
- Médicos Mundi:
<http://www.medicusmundi.net/como-colaborar/>

- Fundación Wassu-UAB:
<http://www.mgf.uab.es>

7.3. Principales páginas de la Unión Europea sobre el tema de Mutilación Genital Femenina (MGF)

I. Comisión Europea

1. Justicia, Igualdad de género
http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genital-mutilation/index_en.htm
2. Relaciones internacionales y asuntos exteriores
http://ec.europa.eu/news/external_relations/130308_en.htm
3. Campaña europea 'Tolerancia Cero hacia la mutilación genital femenina'
http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-quality/news/130306_en.htm
<http://ec.europa.eu/avservices/video/player.cfm?sitelang=en&ref=1080547>
<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.501725093208309.1073741825.107898832590939&type=1>
4. Consulta abierta de la Comisión sobre la lucha contra la MGF en la Unión Europea
http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/opinion/130306_en.htm
5. Declaraciones en el Día Internacional contra la Mutilación Genital Femenina: 6 de febrero de 2014
http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-85_en.htm
6 de febrero de 2013
http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-67_es.htm

II. Instituto Europeo de Igualdad de Género (EIGE)

<http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>

- 1- Estudio sobre la mutilación genital femenina en la Unión Europea y Croacia (2013)
<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-in-the-european-union-and-croatia-report>
- 2- Datos por país
<http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>
- 3- Informe conjunto de los datos por país
<http://eige.europa.eu/content/document/study-to-map-the-current-situation-and-trends-on-fgm-country-reports>
- 4- Buenas prácticas:
Selección <http://eige.europa.eu/good-practices/female-genital-mutilation>

Publicación <http://eige.europa.eu/content/document/good-practices-in-combating-female-genital-mutilation>

- 5- Recursos métodos y herramientas (búsquedas en el “Research and Documentation Centre RDC”)

Recursos

<http://eige.europa.eu/resources/female-genital-mutilation>

Métodos y herramientas

<http://eige.europa.eu/methods-and-tools/female-genital-mutilation>

- 6- Bibliografía selecta

<http://eurogender.eige.europa.eu/sites/default/files/Additional%20resources%20on%20FGM.pdf>

- 7- Debate online sobre mutilación genital femenina, 29 de octubre de 2013.

<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-report-from-online-discussion>

Guía de navegación por algunas de las principales páginas de Naciones Unidas y organismos dependientes sobre el tema de Mutilación Genital Femenina (MGF) UNICEF.

1. Datos estadísticos:

http://www.childinfo.org/fgmc_prevalence.phphttp://www.childinfo.org/fgmc_progress.html

2. Publicaciones

http://www.unicef.org/protection/57929_58022.html#fgmc

3. Otros recursos

http://www.unicef.org/protection/57929_57987.html

UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas

<http://www.unfpa.org/topics/genderissues/fgm>

8. BIBLIOGRAFÍA

- Akotiong M. *Complicaciones obstétricas de la mutilación genital femenina*. Ponencia “Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención”. Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008.
- Associació Catalana de Llevadores. *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. 2004.
http://mgf.uab.es/seccions/7_Materiales_GIPE/GUIA_MGF_PROFESIONALES_CASTELLANO_04.pdf
- Generalitat de Catalunya. *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Barcelona. 2007.
<http://www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/recursos/protocol/>
- Bikoo M Female genital mutilation: classification and management. *Nurs Satan* 2007; 22 (7): 43-9.
- *Circuit de la Cirurgia genital després d'una mutilació genital femenina MGF*, 2015. Departament de la Salut. Generalitat de Catalunya.
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN, 1990)
<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Council of Europe Parliamentary Assembly Resolution 1247 (2001) *Female Genital Mutilation*.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Female Genital Mutilation*. *JAMA* 1995; Dec 6;274(21):1714-6.
- Federación de Matronas: *Revista Matronas Prof.* 2000;1 (2): 10-18.
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>
- Guía UNAF (2013). *Guía para profesionales. La mutilación genital Femenina en España, prevención e intervención*. Disponible en
<http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/guia-MGF-2015.pdf>
- Gordon, Harry: Female genital mutilation: a clinician's experience. En *Female Genital Mutilation*. Momoh C, editora. Radcliffe Publishing (Oxford); 2005. p. 29-36.
- Kandela P. Court ruling means that Egypt embraces female circumcision again. *Lancet* 1997; 350: 5.18.
- Kaplan A. y L, A (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
- Momoh C. Actuación ante la mutilación genital femenina en un país europeo: El ejemplo del Reino Unido. Ponencia presentada en el curso “Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención”. Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008.

- OMS http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/
- OMS. (2012) Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012.
- OMS. (2013) *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. Washington, DC.
- ONU Asamblea General.
 - 67/146 de 20 de diciembre de 2012 Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.
 - 69/150, de 18 de diciembre de 2014. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.
- *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. 2015.
- *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. Generalitat de Catalunya. 2007.
- *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.
- *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón*. Gobierno de Aragón 2011.
- *Protocol per a l'abordatge de la violencia masculista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 3. Document operatiu de mutilació genital femenina*. Generalitat de Catalunya. 2011.
- The Istanbul Convention – *A tool to end female genital mutilation*. Consultado en noviembre de 2016 en:
<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/brochures/IstanbulConventionFGM%20Guide%20EN.pdf>
- The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists. *Female genital mutilation. Information for Australian health professionals*. Gilbert E, editor, Ryan M, coordinador. 1997.
- UNFPA Expert Group Meeting. *Gender-Biased Harmful Practices: a long term comprehensive Approach to accelerate Abandonment and Achieve Measurable Results by 2030*. Brussels . May 2016.
- UNICEF. (2013). *Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio*. p111.
- Velasco Juez, C. Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Prof. 2000;1 (2): 10-18. Accesible en:
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>

- WHO. *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifer. A Teacher's Guide*. WHO/FCH/GWH.WHO/RHR. 2001. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_16_fgm_teacher_guide/index.html
- WHO. Study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet* 2006; 367:1835-41. Disponible en URL: http://www.who.int/reproductive-health/fgm/obstetric_problems.html

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Plan de prevención: entrevista motivacional para trabajar en la consulta con la mujer o el hombre que pertenece a una etnia en la que se practica la MGF.

1- Fase indagadora

Consiste en tres preguntas dirigidas cerradas y una abierta con el fin de conocer qué piensa la persona sobre la MGF e iniciar la fase siguiente:

- *Preguntas cerradas:*

- ¿Conoces mujeres a las que se les ha practicado la MGF?
- ¿Alguna es de tu familia?
- ¿Tienes intención de volver a vivir a tu país dentro de unos años?

Una respuesta afirmativa a las tres implica riesgo elevado

- *Pregunta abierta:*

- ¿Qué piensas de la MGF?

La respuesta a esta pregunta permite situar a la persona en una de las fases de la “rueda de reflexión”

2- Fase educadora (“rueda de reflexión”)

El objetivo de esta fase es intervenir sobre los motivos que llevan a una persona a defender la MGF promoviendo un proceso de reflexión personal a través de la información y educación para la salud. Esta fase tiene 4 etapas:

- *Precontemplación:* La persona defiende la práctica de la MGF. En este caso hay que registrar su lista de creencias y las razones que la persona utiliza para justificar la práctica. El objetivo de esta etapa es que la persona dude sobre sus motivos. Hay que trabajar sobre las ambivalencias y poner en evidencia las contradicciones de su discurso a través de preguntas que generen la reflexión.
- *Contemplación:* La persona tiene dudas sobre la MGF, considera que se tiene que llevar a cabo pero reconoce que hay aspectos negativos. El objetivo es que la persona verbalice que no practicará la MGF a sus hijas utilizando argumentos relacionados con la promoción de la salud. Hace falta trabajar sobre la lista de creencias haciendo énfasis en las contradicciones detectadas.
- *Determinación:* La persona cree que no se debe practicar pero no se muestra convencida al proponerle que colabore para evitar la práctica en otras familias procedentes de su país. El objetivo es conseguir que verbalice que no se debe practicar y que elabore una lista de los motivos

ANEXO I

por los cuales no quiere practicarla y plantear que colabore para evitar que se siga haciendo en niñas de su grupo étnico.

- **Acción:** La persona cree que no se debe practicar, expresa su voluntad de evitarlo en otras familias del mismo origen. El objetivo es que la persona verbalice estas ideas además de revisar y reforzar la lista de motivos realizada en la etapa anterior.

Esta estrategia es progresiva y ha de partir de la estimulación a la reflexión de la persona, de la motivación y la colaboración para el cambio de actitudes. En esta fase es muy importante la colaboración de asociaciones expertas en prevención.

3- Fase informadora

Proporciona información detallada sobre las graves consecuencias que tiene la MGF para la vida y la salud de las niñas y mujeres. Es recomendable que esta fase la lleve a cabo el equipo de pediatría con las personas que ya han tenido hijas. También se expone el contexto legal vigente y las consecuencias legales derivadas de la realización de esta práctica.

En cualquier momento en que las personas atendidas soliciten información sobre los aspectos legales de la MGF es necesario proporcionar esta información de forma clara y comprensible en el momento en que se solicite, independientemente del momento del proceso en que nos encontremos.

Registrar en la Historia Clínica la información obtenida a través de esta entrevista (creencias, argumentos, referencias de la familia que se encuentra en el país de origen, nivel de riesgo detectado, etc.) así como las actuaciones realizadas.

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA CLINICA

La entrevista debe orientarse para facilitar la ayuda y el soporte en la atención sanitaria. A veces la anamnesis de una persona inmigrante puede plantear algunas dificultades, el idioma, los conceptos de salud y de enfermedad, las realidades culturales y sanitarias, pueden dar lugar a malentendidos, dificultades en la comunicación y la comprensión. Por otra parte, algunas actitudes por parte de profesionales a la hora de afrontar cuestiones sobre la sexualidad, la MGF y la pluralidad cultural pueden llevar a una situación de incomodidad o de rechazo por parte de las personas inmigrantes.

ANEXO I

Se describen a continuación algunas pautas que pueden ayudar al/a profesional sanitario/a facilitando el abordaje de esta cuestión en la consulta:

- Escucha activa: implica escuchar lo que la persona dice y comunicarle aquello que el profesional ha entendido, verificando lo que la persona ha expresado y valorando las preocupaciones más inmediatas. También implica proporcionar información que pueda ser comprendida por el interesado.*
- Mostrar respeto hacia la persona y su vivencia independientemente de si el profesional está de acuerdo con las opiniones expresadas. Mantener la mente abierta a tradiciones y creencias que son diferentes a las propias.*
- Animar a la persona a expresarse y estimular el uso de lenguaje verbal o gestual que facilite la descarga emocional*
- Respeto a la confidencialidad y transmitirlo a la persona que está siendo atendida*
- Informar y educar para facilitar que las personas pongan en marcha sus recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes sobre la propia salud y la de sus hijas.*
- Implementar estrategias de motivación basadas en planteamientos positivos y respetuosos. La motivación aumentará si la información que proporcionan los profesionales tiene relación con las creencias, cultura y valor de la otra persona lo que refuerza la autoestima y la capacidad para cambiar la idea sobre la práctica de la MGF*

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Datos de la niña:

Nombre y apellido _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Dirección _____ CP _____

Población _____ Provincia _____ Teléfono _____

Datos de la persona responsable /padre/madre

Nombre y apellidos _____

NIF/Pasaporte _____ Lugar de nacimiento _____

Nacionalidad _____ Vinculación: padre _____ madre _____ tutor/a _____

Dirección _____ CP _____

Población _____ Provincia _____ Teléfono _____

Datos del/a pediatra o médico/a de familia

Nombre y apellidos _____ Nº colegiado/a _____

Desde el Centro de Salud _____

Se informa a los familiares/responsables de la niña sobre:

- Los riesgos sanitarios, sociales y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales y del delito que supone como violación de los Derechos Humanos.

- El marco legal de la mutilación femenina en España donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal aunque la operación haya sido realizada fuera del país según la LOPJ 3/2005.

- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; 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 padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña 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 consulta de su centro de salud para la realización de un examen de salud y valorar la integridad de los genitales.
- La importancia de llevar a cabo todas las medidas preventivas relativas al viaje que han sido recomendadas por el personal sanitario.

El/la Pediatra/Médico/a certifica que en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento NO se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado por el/la profesional sanitario/a responsable de la salud de la niña sobre los aspectos de la mutilación genital femenina especificados anteriormente
- CONSIDERO haber entendido el propósito de evitarla así como sus consecuencias legales.
- ME COMPROMETO a cuidar de la salud de la menor de quien soy responsable y evitar su mutilación genital así como acudir a revisión a la vuelta del viaje

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

En _____ a _____ de _____ 20__

Firma Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma Pediatra/Médico/a

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN AL JUZGADO Y/O A LA ENTIDAD PÚBLICA DE PROTECCIÓN DE MENORES DE CASOS DE RIESGO DE REALIZARSE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA O REALIZADA RECIENTE EN NIÑAS/MUJERES MENORES DE 18 AÑOS

En el marco del conjunto de actuaciones profesionales del personal sanitario y sociosanitario en relación al protocolo ante la Mutilación Genital Femenina pueden detectarse dos situaciones que requieren de derivación urgente al sistema judicial y/o a los servicios sociales especializados en la protección de menores (Entidad Pública de Protección de Menores): la sospecha de riesgo inminente fundado de practicar a una menor una MGF o la constatación de la realización de una MGF reciente a una menor. Ante estas dos situaciones la actuación profesional ha de seguir estos pasos:

A. Sospecha de riesgo inminente de practicar una MGF a una menor:

1. Remisión a Fiscalía y a la Entidad Pública de Protección de Menores 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 los tutores 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 los tutores 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 se remitirá a:
 - o Fiscalía por fax (nº 941 296417). Además se realizará llamada telefónica (nº 941 296414) para confirmar su recepción.
 - o 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 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.
- 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

2. Si por parte del equipo o profesional sanitario y/o sociosanitario se considera que **el riesgo es muy grave y que la menor precisa de medidas de protección inmediatas** (porque se sospeche de una probabilidad muy alta de que la familia pueda proceder a un traslado inmediato de la menor fuera de La Rioja o incluso del país con objeto de poder realizar la MGF), además de realizar las notificaciones anteriormente expuestas, 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.

B. Detección de una MGF realizada recientemente

1. 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. Asimismo se remitirá el mismo escrito a la Entidad Pública de Protección de Menores por fax (nº 941291462). 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 para proceder al registro según el sistema RUMI (Registro Unificado de Maltrato Infantil).

2. 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** (aparte de la hospitalización si su situación de salud lo requiriera), 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.

Además se emitirá el informe y se remitirá a:

- Fiscalía por fax (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. 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).

En esta situación tanto desde Fiscalía como desde la Entidad Pública de Menores se adoptarán todas las medidas de protección ya señaladas anteriormente.

Parte médico de lesiones en casos de Mutilación Genital Femenina

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:	
• Centro Sanitario:	
• Datos de la/el profesional que lo emite:	
• Nombre, apellidos y CNP:	
• Fecha de emisión:	
Datos de la niña:	
• Nombre y Apellidos:	
• DNI/NIE/Pasaporte:	
• Fecha de nacimiento, Edad:	
• País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):	
• Etnia:	
• Estado Civil:	
• Dirección, Municipio (código postal):	
• Teléfono:	
Datos de la persona que realizó la mutilación:	
• Relación de parentesco/vínculo con la NIÑA (abuela/tía/otra persona de la comunidad del país de origen/ desconocida):	
• Nombre y apellidos:	
• Dirección y/o teléfono:	
Datos de filiación de la madre:	
• Nombre y Apellidos:	
• DNI/NIE/Pasaporte:	
• Fecha de nacimiento, Edad:	
• País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):	
• Etnia:	
• Estado Civil:	
• Dirección, Municipio (código postal):	
• Teléfono:	
Datos de filiación del padre:	
• Nombre y Apellidos:	
• DNI/NIE/Pasaporte:	
• Fecha de nacimiento, Edad:	
• País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):	
• Etnia:	
• Estado Civil:	
• Dirección, Municipio (código postal):	
• Teléfono:	
Otros datos relativos a la madre:	
• Si tiene practicada una MGF:	Tipo (I, II, III):
• Si tiene más hijas (Nº y edades):	/
• Nombre:	Edad
• Nombre:	Edad
• Nombre:	Edad
• Nombre:	Edad

Estado emocional de la niña (actitud ante la exploración y existencia de alteraciones psicológicas si las hubiera)
Exploración física (Describir el tipo de mutilación realizada, así como otras lesiones físicas si las hubiera, sin olvidar la fecha aproximada de su realización)
Exploraciones complementarias (si las hubiera)
Antecedentes personales y familiares de interés
Diagnóstico
Tratamiento aplicado
Plan de intervención realizado y prescrito (describir las actuaciones sanitarias prescritas a corto y medio plazo, el apoyo de recursos sociosanitarios, la intervención con la familia y otras hijas/mujeres de su entorno en riesgo de sufrir una MGF, así como la derivación de la niña/familia a otros servicios sanitarios si procede)
Otros datos de interés

Firma del/a facultativo/a:

“NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL”

Como en cualquier otra situación de maltrato infantil, además de procurar todas las medidas terapéuticas necesarias y de emitir el correspondiente Parte de Lesiones, es necesario notificar la situación dentro del sistema RUMI. A continuación se ofrecen las imágenes de las pantallas a las que se puede acceder desde la Historia Clínica vía Selene, a través de la herramienta de Formulario de la Historia Clínica. En la pestaña de Abuso Sexual se explica cómo recoger la Mutilación Genital “**Con contacto físico y sin penetración**” que deberá especificarse detalladamente en el apartado “**Otros síntomas o comentarios**”.

ANEXO V

Ambito: (texto)	☐	
Nacionalidad (texto)	☐	España
Otras nacionalidades: (texto)		
Identificación del caso		
Tipo de notificación		
Caso fatal (fallecimiento del menor)		
Acompañantes del menor	☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐ Tutor/a ☐ Policía ☐ Vecino/a ☐ Otros	
Otros acompañantes		
RECIENTE NACIDO 0 a 1 mes		
Malformaciones, defectos congénitos		
Niño prematuro, bajo peso		
Enfermedades neurológicas		
Deficiencia mental		
Trastornos del ritmo del sueño-vigilia		
Imposibilidad de lactancia		
Valoración global recién nacido		
Maltrato físico		
Magulladuras o moratones		
Quemaduras		
Fracturas óseas		
Heridas		
Lesiones viscerales		
Mordeduras humanas		
Intoxicación forzada		
Síndrome del niño zarandeado		
Valoración global maltrato físico		
Negligencia		
Escasa higiene		
Falta de supervisión		
Cansancio o apatía permanente		
Problemas físicos o necesidades médicas		
Es explotado, se le hace trabajar en exceso		
No va a la escuela		
Ha sido abandonado		
Valoración global negligencia		

Sospecha
Maltrato

Si No

Padre
Madre
Hermano/a
Tutor/a
Policía
Vecino/a
Otros

No Si

Leve
Moderado
Grave
No procede valoración

Leve
Moderado
Grave

Leve
Moderado
Grave
No procede valoración
maltrato físico

Leve
Moderado
Grave

ANEXO V

➔ Maltrato emocional	
Maltrato emocional	
Retraso físico, emocional y - o intelectual	
Intento de suicidio	
Cuidados excesivos - sobreprotección	
Valoración global maltrato emocional	
➔ Abuso sexual	
Ayuda Síntomas abuso sexual	-Respecto a la respuesta: Con contacto físico y sin penetración, incluye la mutilación y la ablación
Síntomas abuso sexual:	
Otros síntomas de abuso sexual:	
Configuración del himen:	
Valoración abuso sexual:	

Leve
Moderado
Grave

Leve
Moderado
Grave
No procede valoración maltrato emocional

Sin contacto físico
Con contacto físico y sin penetración
Con contacto físico y con penetración
Dificultad para andar y sentarse
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
Dolor o picor en la zona genital
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
Cérvix o vulva hinchados o rojos
Explotación sexual
Semen en la boca, genitales o ropa
Enfermedad venérea
Apertura anal patológica

Leve
Moderado
Grave
No procede valoración abuso

➔ VAL. GLOBAL RIESGO-MALTRATO	
Valoración Global:	
Actuaciones complementarias	
Notificación al servicio de protección de menores:	
Notificación al Juez de Guardia:	
Derivación del usuario:	☐ A. Primaria (Incluye T.Social y USM) ☐ Atención Especializada ☐ Servicios Sociales ☐ Otros
Descripción de la derivación:	
➔ Observaciones	
Otros síntomas o comentarios	

Leve
Moderado
Grave

No Si

Consejería de Salud

**Protocolo riojano para la
actuación sanitaria ante la
Mutilación Genital Femenina (MGF)**

Más información

Salud

Bretón de los Herreros, 33
26001 – Logroño La Rioja

www.riojasalud.es



Gana Salud

