



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA REGIÓN DE MURCIA



DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
SERVICIO MURCIANO DE SALUD

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL DOCUMENTO:

Subdirección General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial
M^a Jesús Ferrández Cámara

GRUPO DE REDACCIÓN

Coordinado por:

Marina Tourné García. Médica de Familia. Subdirectora de Continuidad Asistencial. Área VII
Responsable regional de Violencia de Género.

Aurora Tomás Lizcano. Coordinadora Regional de Enfermería. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Magdalena Molina Oller. Ginecóloga. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Área III

Eva M^a Rodríguez Martínez. Pediatra. Equipo de Atención Primaria Torres de Cotillas. Área VI

Inmaculada Brando Asensio. Trabajadora Social. Equipo de Atención Primaria Archena. Área VI

Rosario Morales López. Médica de Familia. Equipo de Atención Primaria Cartagena Oeste. Área II

Encarnación Bastida Sánchez. Pediatra Urgencias. Hospital Clínico U Virgen de la Arrixaca. Área I

M^a Jesús Martínez Martínez. Asesora Jurídica del Servicio Murciano de Salud.

Concepción Martínez Romero. Matrona. Subdirectora Enfermería del Área I

Gracia Adánez Martínez. Médica Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I

Pilar Marín Sánchez. Ginecóloga. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I

Francisca Postigo Mota. Matrona. Equipo de Atención Primaria Cieza Este. Área IX

Concepción Flores Abellán. Médica. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Infante. Gerencia 061

M^a Carmen Campos Sánchez. Trabajadora Social. Hospital GI Universitario Morales Meseguer. Área VI

Antonia Ortiz Llor, Enfermera del Servicio de Urgencias de Atención Primaria Infante. Gerencia 061

GRUPO ASESOR

Manuel Alcaraz Quiñonero. Pediatra. Equipo de Atención Primaria Mariano Yago de Yecla. Área V

Isabel Pulido Fernández. Matrona. Equipo de Atención Primaria Murcia-Barrio del Carmen. Área VII

Felipe Padilla Lara. Ginecólogo. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor Área VIII

Rosa Isabel Gil. Médica de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII

Remedios Alonso Cerezo. Subdirectora de Enfermería de Continuidad de Cuidados. Área VIII

Rafael Luquín Martínez. Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Cartagena Oeste. Área II

Encarnación Cegarra Peñalver. Enfermera. Equipo de Atención Primaria San Javier. Área VIII

Porfirio Vivaracho Ferrer. Ginecólogo. Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV

COLABORADORES

Asociación DEMUSA

M^a José Martínez Ros. Enfermera. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Encarnita Rubira Sánchez. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Encarna Campillo García. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Marisa López Pellicer. Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII

M^a Mar Sánchez Álvarez-Castellano. Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII

Marisa Sánchez Ferrer. Ginecóloga. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I

Gerardo A. Zambudio Carmona. Cirujano Pediátrico. Hospital Clínico U. Virgen de la Arrixaca. Área I

Claudia Munuera Vera. Fiscalía de menores

Begoña Castellanos Sanz. Fiscalía de menores

PRÓLOGO

El “Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria contra la Mutilación Genital Femenina”, que con satisfacción presentamos desde la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, pretende ser un documento de carácter práctico y funcional que permita a los profesionales del ámbito asistencial colaborar lo más eficazmente posible en las actuaciones preventivas y terapéuticas encaminadas a erradicar esta abominable práctica, poniendo a su alcance la información más veraz y actualizada.

La práctica de la Mutilación Genital Femenina se encuentra fuertemente arraigada en la cultura y tradiciones de un número importante de países en África y Oriente Medio, a pesar de las campañas de concienciación a favor de su abolición impulsadas desde organismos internacionales de altísima relevancia, como la propia ONU.

No obstante, muchos son los factores que determinan su persistencia y difíciles de combatir, por ser una práctica vinculada a creencias que, aunque imposibles de contrastar científicamente, se relacionan con la propia pertenencia a la comunidad en algunas etnias y que determinan la propia aceptación por la misma.

En nuestra cultura representa, sin duda alguna, una violación de los derechos humanos y una manifestación especialmente cruel de discriminación por razón de género, ya que es un acto de injustificable violencia que se ejerce sobre mujeres y niñas por el hecho de serlo.

Los cada vez más intensos movimientos migratorios conllevan la necesaria integración y convivencia con mujeres procedentes de países y/o etnias en las que se practica la mutilación genital femenina, lo que exige una información, formación y difusión entre los profesionales, exigencia a la que responde este protocolo que esperamos sea acogido, tanto por los profesionales como por la sociedad en general, como una herramienta necesaria en la genuina pretensión de contribuir a la prevención y tratamiento de esta repudiable práctica.

Encarnación Guillén Navarro

Consejera de Sanidad

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. DEFINICIÓN Y TIPOS	7
3. OBJETIVOS Y DESTINATARIOS	9
4. EPIDEMIOLOGÍA Y CONTEXTO	10
5. MITOS Y CREENCIAS QUE SUSTENTAN LA PRÁCTICA DE LA MGF	12
6. SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MGF EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA	13
7. MARCO JURIDICO	16
8. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	18
8.1 A corto plazo	18
8.2 A medio plazo	18
8.3 A largo plazo	18
8.4 Consecuencias para terceras personas	20
9. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MGF	22
9.1 Actuación preventiva general	22
9.2 Recomendaciones para la entrevista clínica	23
9.3 Información y sensibilización	23
9.4 Intervención	24
9.4.1 Detección e intervención con niñas y menores de 18 años, o mayores de 18 dependientes socioeconómicamente de su familia, en riesgo de sufrir MGF	25
9.4.2 Detección e intervención con niñas y menores de 18 años que han sufrido MGF	28
9.4.3. Detección e intervención con mujer adulta que ha sufrido MGF 41	29
9.4.4. Detección e intervención con embarazada con MGF	30
10. RECURSOS PARA LA ASISTENCIA Y COORDINACIÓN	32
Responsable de Violencia	32
Papel del profesional de Trabajo social en el EAP	33
11 REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	33
12. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y REFERENTES COMUNITARIOS	34
13. RECURSOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS	35
14. GUÍA DE NAVEGACIÓN POR LAS PRINCIPALES PÁGINAS DE LA UE SOBRE MGF	38

15. ALGORITMOS	39
1. Detección niñas menores de 18 años con factores de riesgo en AP	39
2. Detección niñas menores de 18 años con factores de riesgo en Hospital	40
3. Detección niñas menores de 18 años con factores de riesgo SUAP	41
4. Actividad preventiva con niñas menores de 18 años ante riesgo inminente (antes de un viaje).....	42
5. Cita después del viaje de la menor de 18 años con factores de riesgo.....	43
6. Detección mujeres adulta con MGF en AP	44
7. Detección mujeres adulta con MGF en Hospital	45
8. Detección mujeres adulta con MGF en SUAP	46
9. Detección mujer embarazada con MGF	47
16. ANEXOS	48
16.1 Valoración sociosanitaria	48
16.2 Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario	49
16.3 Maltrato infantil en OMI-AP	51
16.4 Maltrato infantil en SELENE	52
16.5 Compromiso de prevención de la MGF	53
16.6 Datos que debe contener el parte de lesiones de MGF	54
17. BIBLIOGRAFÍA	55
18. ABREVIATURAS	58

1. INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) está considerada a nivel internacional como una violación de los Derechos Humanos de las mujeres y niñas que la sufren. Es una forma grave de violencia contra la mujer que produce importantes e irreversibles secuelas para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva en las víctimas (Protocolo Común, 2015). Se considera además una forma de maltrato infantil ya que se practica sobre todo en niñas menores de edad. La ONU en 1993 incluye la MGF como una forma de Violencia contra la Mujer y una manifestación de la desigualdad de género.

Esta práctica, que comprende los procedimientos de ablación de los genitales externos de la mujer, es un rito ancestral que aún conservan muchas culturas africanas (Protocolo Aragón, 2011; A. Sequi y col., 2013), algunas en Asia y escasamente en América del Sur. Debido a los movimientos migratorios internacionales “se ha producido en nuestro país un aumento progresivo de mujeres procedentes de países y/o etnias en los cuales se realiza la mutilación genital femenina” (Medicos Mundi, 2009). En el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España de 2013, se estima que en nuestro país las mujeres y niñas que provienen de países africanos, donde persiste dicha práctica superan en número las 55.000 (Kaplan, 2013). Probablemente exista un infra diagnóstico en nuestro país ya que las mujeres a las que se les ha realizado no suelen comunicarlo espontáneamente (Protocolo de la Comunidad Valenciana, 2016).

Las consecuencias para la salud de la MGF son desconocidas, en gran medida, por todas las personas implicadas, víctimas, familias y personas que la practican. Incluso consideran que es beneficiosa para las niñas y mujeres (Sequi y col., 2013; UNAF, 2014). El papel de los profesionales sanitarios para dar información veraz sobre este tema, se convierte así en la mejor arma para combatir el silencio e impulsar el cambio. “El silencio es el principal obstáculo para luchar contra la mutilación genital femenina” (UNAF, 2016).

El Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia, está basado principalmente en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, en el que participaron expertos de las distintas Comunidades Autónomas.

El objetivo del presente Protocolo es, que los profesionales sanitarios detecten situaciones de riesgo para prevenir la mutilación en mujeres y niñas, y asistan a aquellas ya mutiladas, estableciendo las vías de coordinación entre distintos ámbitos y profesionales. Al mismo tiempo pretende sensibilizar y concienciar sobre este problema, contribuyendo así a la erradicación de esta práctica.

2. DEFINICIÓN Y TIPOS

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causadas por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos (Protocolo Común, 2015).

TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (OMS, 2013; Sequi y col., 2013)

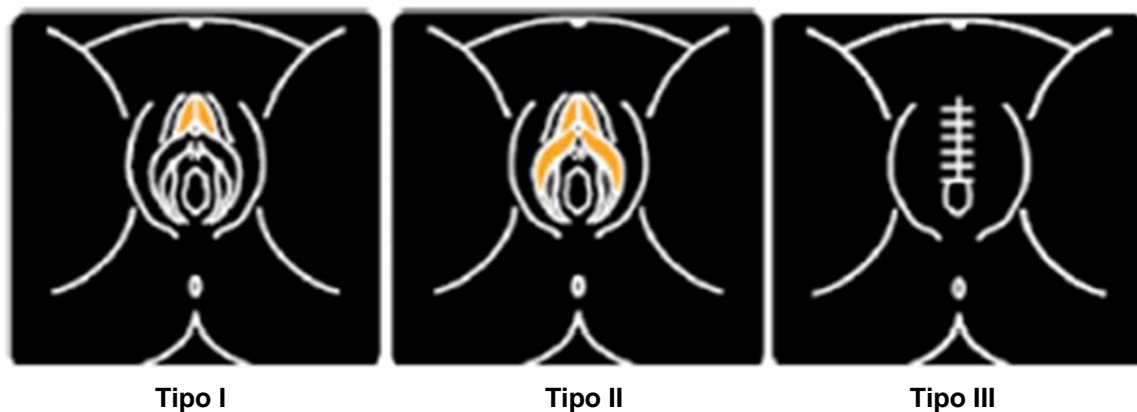
Tipo I – Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, sólo en casos muy raros, del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

Tipo II – Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores (labios vulvares que rodean la vagina).

Tipo III – Infibulación: reducción de la abertura vaginal mediante una cobertura a modo de sello formada cortando y volviendo a colocar los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.

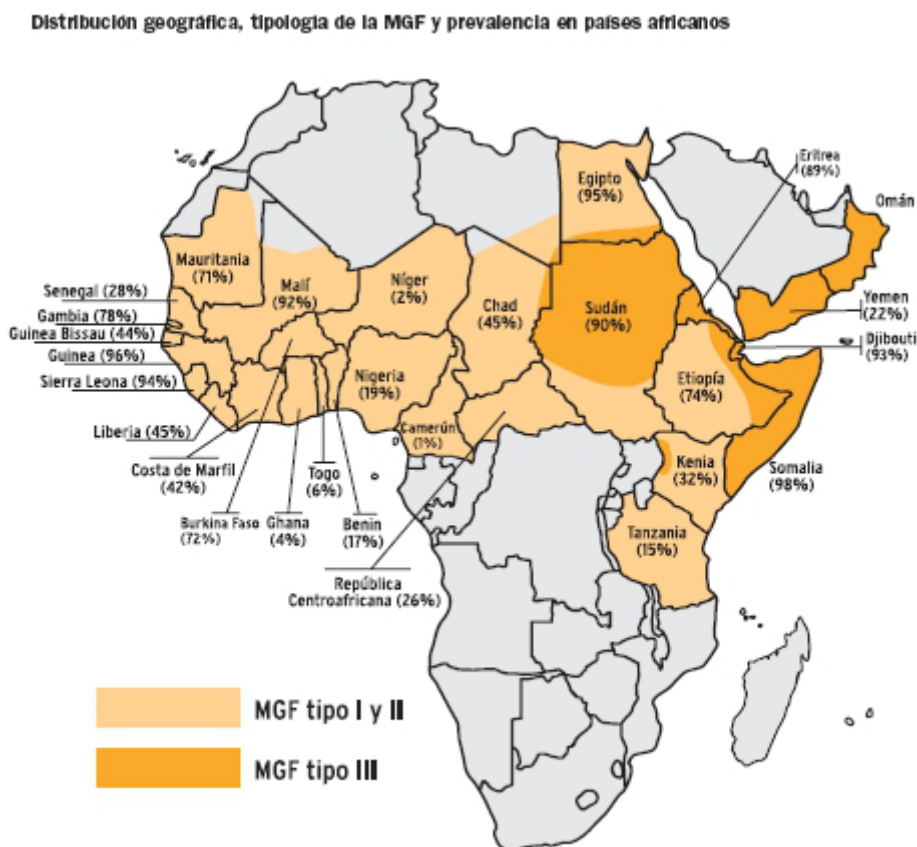
Tipo IV – Otros: todo otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital.

Gráfico I: Tipos de MGF (Protocolo Común 2015).



Los tipos I y II representan alrededor de un 90% de los casos y se realizan en los países del África subsahariana occidental. El tipo III representa alrededor de un 10% de los casos y es más habitual en África oriental (OMS, 2013).

Gráfico II: Tipos de MGF practicada en diferentes países



Fuente: GPE/PTP-UAB: a partir de dato del Demographic & Health Survey 2008

Países que la practican: Senegal, Gambia, Guinea Bissau, República de Guinea, Sierra Leona, Liberia, Costa de Marfil, Ghana, Burkina Faso, Togo, Benín, Nigeria, Mali, Mauritania, Níger, Chad, Camerún, República Centroafricana, Egipto, Sudán, Etiopía, Kenia, Tanzania, Somalia, Eritrea, Yibuti, Yemen, Omán.

Etnias africanas que la practican: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.

Etnias africanas que no la practican: Wolof, Serer, Ndiago y alguna otra.

3. OBJETIVOS Y DESTINATARIOS

GENERALES

- Establecer un marco de intervención que permita prevenir la práctica de la mutilación genital femenina.
- Establecer una pauta normalizada y homogénea para la detección, valoración, actuación y seguimiento de los casos de mutilación genital femenina detectados.

ESPECÍFICOS

- Proporcionar a los profesionales sanitarios conocimientos básicos sobre MGF que contribuyan a su erradicación.
- Diseñar métodos de intervención para casos de riesgo y de riesgo inminente.
- Prevenir la MGF tanto en nuestro país como en aquellos en los que se mantiene la práctica.
- Favorecer la atención integral de las mujeres y niñas que han sufrido la MGF o que se encuentran en riesgo de padecerla a través de la coordinación multidisciplinar e interinstitucional.

DESTINATARIOS

- Los profesionales que trabajan en la sanidad de la Región de Murcia.



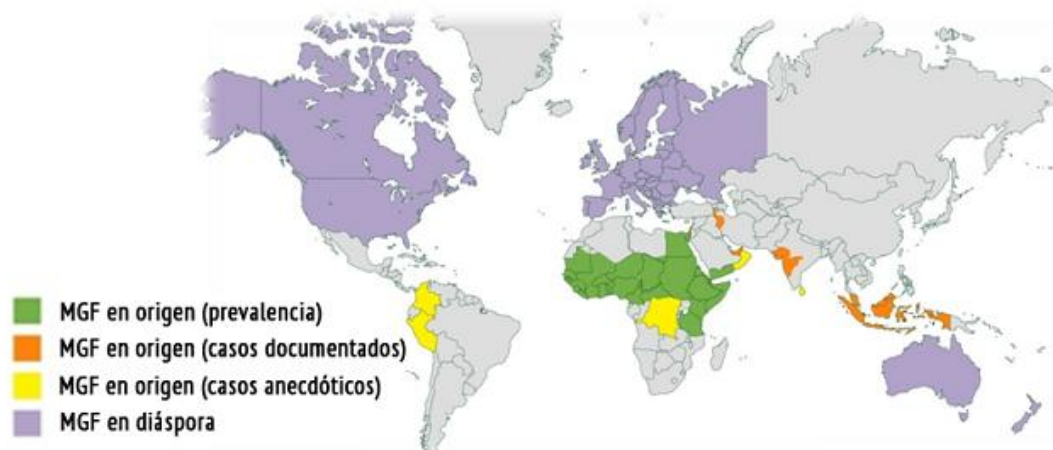
4. EPIDEMIOLOGÍA Y CONTEXTO

UNICEF en 2013 señala 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.” (Protocolo Común, 2015).

En África subsahariana, la ablación se practica en toda la franja de Sahel y en los países de la zona de los Grandes Lagos. La práctica disminuye hacia la zona ecuatorial. Sin embargo la prevalencia de la mutilación genital femenina varía entre los distintos grupos étnicos de un mismo país (Sequi y col., 2013; Protocolo Común, 2015).

Son las comunidades de inmigrantes procedentes de estos países los que han incorporado la MGF a los países industrializados, donde en algún caso se puede realizar o, con mayor frecuencia, la mutilación se lleva a cabo aprovechando un viaje al país de procedencia, porque la presión que la comunidad ejerce sobre la familia de la mujer o niña inmigrante es muy intensa (Protocolo Aragón, 2011).

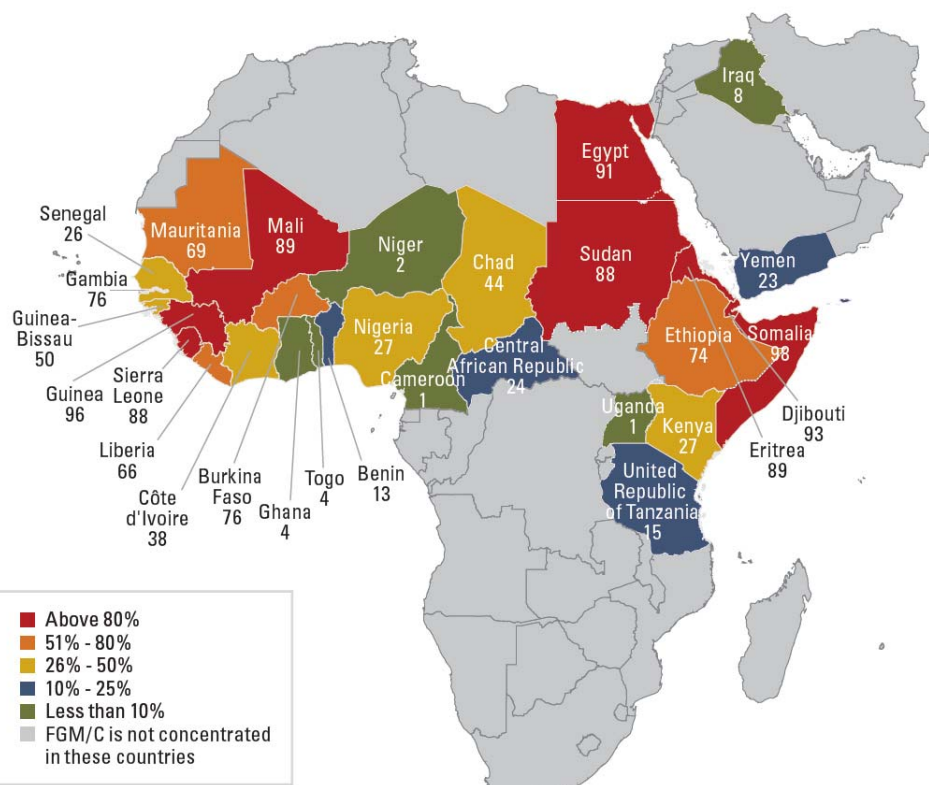
Gráfico III: Mapa de la MGF en el mundo (Protocolo Común, 2015).



LOS PAISES DONDE SE CONCENTRA ESTA PRÁCTICA SON:

Benín	Liberia
Burkina Faso	Malí
Camerún,	Mauritania
Chad	Níger
Costa de Marfil	Nigeria
Djibouti	Oman
Egipto	República Centroafricana
Eritrea	República Unida de Tanzania
Etiopía	Senegal
Gambia	Sierra Leona
Ghana	Somalia
Guinea	Sudán
Guinea-Bissau	Togo
Irak	Uganda
Kenia	Yemen
	Yibuti

Gráfico IV: Porcentaje de MGF en niñas y mujeres entre los 15 y 49 años, por países (Protocolo Común, 2015).



La MGF se considera una tradición cultural en comunidades donde los valores individualistas son menos defendidos, y donde la persona, por la necesidad de pertenencia al grupo y para evitar la exclusión “se supedita a los designios, necesidades y decisiones de la comunidad” (Protocolo Común, 2015). Su práctica se mantiene debido a creencias erróneas y a la inercia de la tradición que defienden incluso los líderes comunitarios, religiosos y profesionales sanitarios.

Normalmente en el rito de la MGF participan solo mujeres y suele realizarla una mujer de edad, respetada en la comunidad, habitualmente la partera o la curandera. Las condiciones higiénicas son deficientes y se realiza con cualquier instrumento cortante (Sequi y col., 2013). “Posteriormente, se aplican ungüentos, hierbas, 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” (Protocolo Común, 2015).

“En los países donde no está prohibida, en familias de nivel económico alto y en zonas urbanas, la MGF es realizada por profesional sanitario, con asepsia y anestesia. Supone más del 18% de las MGF, y esta tendencia va en aumento” (Protocolo Común, 2015).

La práctica de la MGF está prohibida en cerca de la mitad de los países donde se lleva a cabo, sin embargo, como única medida no consigue frenar su práctica y las familias pueden seguir favoreciéndola para proteger a sus hijas y mantener su respetabilidad, ya que se trata de una norma social sumamente valorada. Cumple una función individual de pertenencia a la comunidad y colectiva de cohesión social (Conclusiones UNAF, 2014).

Parece observarse en algunos países, un menor apoyo a la MGF por parte de mujeres de las comunidades donde se practica, sobre todo si disponen de formación, con una disminución de la prevalencia en las generaciones más jóvenes. Sin embargo según la OMS, se está observando un descenso de la media de edad sobre todo en zonas urbanas (Aragón, 2011). Se intenta evitar el recuerdo traumático que dificulta el mantenimiento de la tradición y la resistencia de las niñas mayores (Protocolo Común, 2015).

También es preocupante la creciente medicalización de la ablación, siendo en este caso los profesionales de la salud los encargados de realizarla. Mejora la asepsia y la anestesia pero sigue siendo una mutilación innecesaria, con importantes consecuencias negativas para la salud de mujeres y niñas. De hecho la OMS considera que “la medicalización, en realidad contribuye a la defensa de la práctica, al legitimarla como un procedimiento sanitario” (OMS, 2013).

Para las familias migrantes, supone un conflicto de lealtades respecto a sus comunidades de origen, siendo máximo en el mito del retorno que tiene mucho peso (si vuelven a África, han de hacerlo en las mismas condiciones que las mujeres que están allí, en su medio). Además, no lo perciben como un problema prioritario ya que no relacionan sus problemas de salud con la ablación, a lo que hay que añadir el desconocimiento jurídico-administrativo (Kaplan Marcusan A. 2006).

5. MITOS Y CREENCIAS QUE SUSTENTAN LA PRÁCTICA DE LA MGF

Según señala el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF la etiología de la mutilación responde 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, tiene justificaciones distintas:

- **La costumbre y la tradición**, que determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad. “En ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto a las tradiciones culturales” (Protocolo Aragón, 2011). Ya que la cultura tiene su límite en los derechos humanos (III Jornadas Internacionales MGF, 2014).
- **El control de la sexualidad** y el fomento de la castidad. Se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino.
- **Funciones reproductoras**. Existe la creencia de que las mujeres no mutiladas no pueden concebir, o que la MGF mejora y facilita el parto. También se piensa que se puede arriesgar la vida del recién nacido si éste, en el momento del parto, toca el clítoris.
- **Razones de higiene**. La mujer no mutilada es considerada sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe la manipulación del agua y de los alimentos.
- **Razones estéticas**, ya que se consideran los genitales como una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa.
- **Motivos religiosos**. Algunas comunidades musulmanas la practican creyendo que es una exigencia de la religión islámica. No obstante, la práctica precede al Islam y también la realizan grupos pertenecientes a otras religiones, como cristianos y judíos.

Es muy conveniente puntualizar, para tratar de prevenirla, que “la mutilación no es un mandato de ninguna religión, que no tiene nada que ver con la pureza ni la fidelidad y que produce un daño irreparable sobre la salud de las niñas para el resto de sus vidas.” (UNAF, 2016).

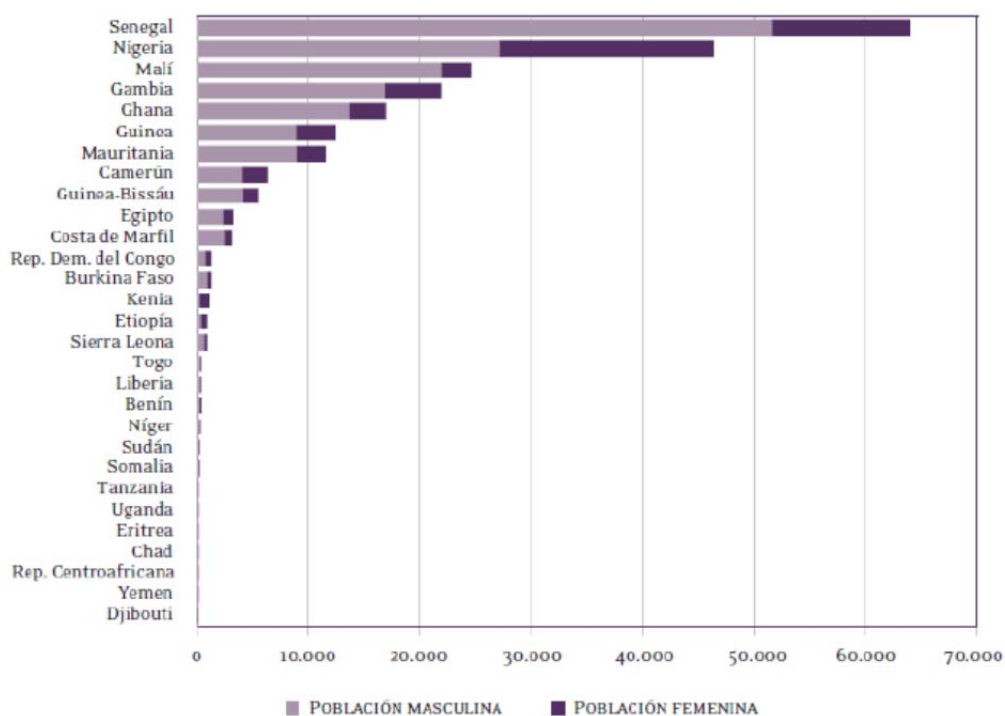
6. SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MGF EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA

En los años noventa se detectó algún caso de MGF realizada en nuestro país, aunque no existen pruebas de que se sigan realizando. Tampoco se conoce la prevalencia de las mujeres mutiladas y residentes en España; sin embargo se han detectado casos sobre todo en Cataluña y Andalucía.

Para la detección de los casos y para la prevención de los nuevos es importante conocer la prevalencia de la MGF en los países de donde proceden las mujeres inmigrantes, o sus familias, así como la etnia a la que pertenecen.

En la actualidad “la población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF, es originaria fundamentalmente de Senegal, Nigeria, Malí y Gambia” (Protocolo Común, 2015).

Gráfico V: Población total residente en España procedente de países donde se practica la MGF y sexo (Protocolo Común, 2015).



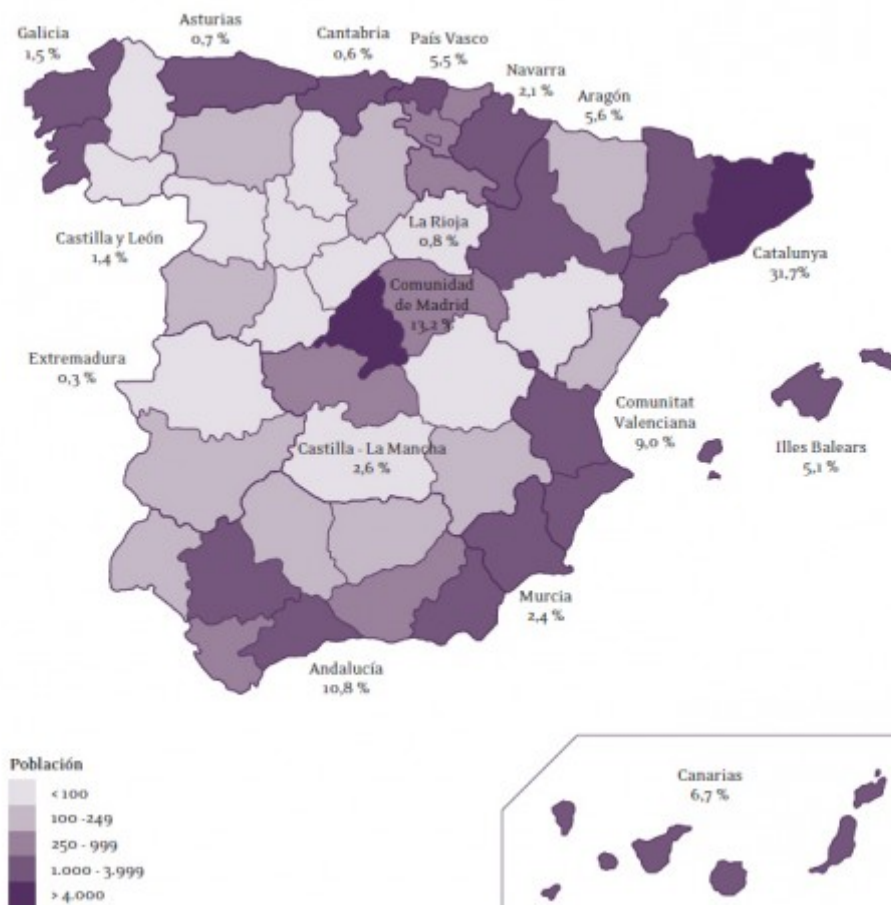
Es destacable y generalizada la masculinización de la población inmigrante que proviene de estos países, excepto Kenia y Etiopía, sin embargo en los últimos años hay un notable incremento del número de mujeres, niños y niñas.

El número de niñas menores de 15 años, en riesgo de padecer mutilación genital en España es de 17.000 y se ha incrementado en los últimos años (UNAF, 2014).

Gráfico VI: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012 (Protocolo Común, 2015).

GRÁFICO: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012									
	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo
Cataluña	71115	12998	22,40%	18122	5133	39,5%	6182	1826	41,9%
Andalucía	33533	11983	55,60%	6197	2285	58,4%	1501	612	68,8%
Comunidad de Madrid	24786	532	2,10%	7558	784	11,6%	2059	779	60,9%
Comunidad Valenciana	19882	2131	12,00%	5135	948	22,6%	1477	633	75%
Aragón	12245	1869	18,00%	3195	726	29,4%	1074	258	31,6%
Canarias	11220	978	9,50%	3860	813	26,7%	1000	342	52%
País Vasco	11066	5564	101,10%	3171	1861	142,1%	818	544	198,5 %
Baleares (Islas)	10165	2291	29,10%	2921	975	50,1%	937	477	103,7 %
Región de Murcia	7831	964	14,00%	1399	397	39,6%	403	211	109,9 %
Castilla La Mancha	5916	2386	68,60%	1512	868	134,8%	422	264	167,1 %
Galicia	4159	1407	51,10%	832	331	66,1%	168	82	95,3%
Comunidad Foral de Navarra	3589	832	30,20%	1185	427	56,3%	321	148	85,5%
Castilla y León	2991	945	46,20%	784	279	55,2%	179	73	68,9%
Principado de Asturias	2136	708	49,60%	380	183	92,9%	64	50	357,1 %
Rioja (La)	1438	148	11,50%	459	137	42,5%	156	60	62,5%
Cantabria	1410	534	61,00%	372	158	73,8%	86	56	186,7 %
Extremadura	539	147	37,50%	159	51	47,2%	19	1	5,6%
Ceuta y Melilla	119	105	750,00%	10	5	100%	3	2	200%
Total general	224140	46522	25,40%	57251	16361	40%	16869	6418	61,4%

Gráfico VII: Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF (Protocolo Común, 2015).



Según los datos disponibles “la población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF reside mayoritariamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana y Aragón (Protocolo Común, 2015).

7. MARCO JURÍDICO

La Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, dispone en su artículo 24.3 que “Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.” Los principios básicos reconocidos en los derechos humanos son universales (Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF, 2006). En diciembre de 2012, la ONU aprobó por unanimidad una Resolución que prohíbe la práctica de la MGF.

Puntualizaciones sobre las consideraciones jurídicas sobre esta materia:

La intervención del derecho, fundamentalmente del derecho penal, prohibiendo conductas y adoptando medidas coercitivas, tiene que ser en todos los ámbitos, incluido éste, el último recurso que deba utilizarse ante las conductas que se pretende evitar.

Será necesario acudir a la vía judicial, sea penal o civil, ante el riesgo de que una menor pueda ser objeto de mutilación genital cuando haya fracasado la labor informativa y preventiva, o en el caso de haberla sufrido.

- **La mutilación genital femenina es un delito de lesiones.**

La mutilación genital femenina, constituye un ataque contra la integridad física de la persona (artículo 149.2 del Código Penal): “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.”

- **Competencia de la jurisdicción española para su enjuiciamiento.**

A partir de la Ley Orgánica 3/2005, la Justicia española puede perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF: “Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley penal española, con algunos de los siguientes delitos: ...g) los relativos a la MGF, siempre que los responsables se encuentren en España.” En esta línea se inscribe la mencionada norma, al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina, cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen, de quienes se encuentran en nuestro país. El plazo para poder perseguir penalmente este delito es de 15 años desde que se hubiera practicado la mutilación.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su *artículo 262* establece que: “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.” Del mismo modo, señala la obligación de los profesionales de la medicina, artículo 355 LEC: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado.”

Por tanto, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo, como es la MGF.

Como la MGF se practica generalmente a menores de edad, la *Ley Orgánica 1/1996*, de protección jurídica del menor, sería aplicable en situaciones de riesgo de la práctica de la MGF o cuando a una menor de edad ya se le hubiese practicado.

El *artículo 12.1* dispone que “la protección de los menores por los poderes públicos se realizará mediante la prevención, detección y reparación de situaciones de riesgo, con el establecimiento de los servicios y recursos adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda y, en los casos de declaración de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la ley.”

El *artículo 13.1* prevé que “toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.”

El *artículo 14* establece que “Las autoridades y servicios públicos tendrán la obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias, o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario, de la Entidad Pública y del Ministerio Fiscal.”

Por otra parte, el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, contempla que, entre otras formas de violencia contra las mujeres, está la MGF. El Pleno del Observatorio de la Infancia, órgano dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, actualizó en 2014 el Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar, incluyendo los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género, y por tanto, la MGF.

En su virtud, los organismos implicados se comprometen, entre otras cuestiones, a incorporar y utilizar las hojas de notificación y detección de maltrato infantil como complemento de los procedimientos ya establecidos (partes de lesiones, diligencias policiales, denuncias, etc.).

La *Ley 3/1995*, de la Infancia de la Región de Murcia, regula el derecho que todo menor tiene al mejor nivel de salud posible y a la prevención del riesgo socio sanitario, así como a la asistencia médica y a la atención sanitaria que precise.

La *Ley 7/2007*, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia, establece en su artículo 40 que se considera violencia de género, a los efectos de la ley, la MGF en cualquiera de sus manifestaciones.



8. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La mutilación genital femenina no aporta ningún beneficio para la salud, dañando a mujeres y niñas en mayor o menor grado, en función sobre todo del tipo de mutilación. Las consecuencias físicas y psicológicas para ellas pueden ser tan graves, como la muerte (Casilda Velasco, 2000; OMS, 2011; Protocolo Común, 2015).

8.1. A CORTO PLAZO

En general, las personas que realizan la mutilación en los países de origen, no tienen conocimientos de cirugía, los instrumentos que se utilizan no están esterilizados y se realizan sin anestesia, agravando las complicaciones y consecuencias inmediatas como:

- **Dolor intenso.** Por realizarse en una zona con elevada concentración de terminaciones nerviosas y por las heridas que quedarán tras la mutilación.
- **Hemorragias.** Al ser una zona muy vascularizada, la incisión puede producir un sangrado importante que puede ocasionar un shock hemorrágico y podría conducir a la muerte a la niña.
- **Shock.** Puede estar causado por el dolor intenso que produce el corte, por un sangrado grave, o por ambos. El shock puede causar la muerte.
- **Infecciones y sepsis.** Es frecuente que el procedimiento se realice sin ningún tipo de medida higiénica y que los materiales utilizados para la mutilación y la cauterización de la herida estén contaminados. En personas no vacunadas se puede producir tétanos. Cuando se hace en grupo se suele utilizar el mismo instrumental para todas las niñas, lo que las expone a infecciones como el VIH. Se puede producir infección urinaria por retención o por daño de la uretra.
- **Lesiones de los tejidos cercanos.** El intenso dolor hace que sea difícil que la niña o mujer se mantenga quieta durante la operación. Además la mutiladora puede ser una persona anciana, con mal pulso y visión deteriorada, que puede ocasionar lesiones de la uretra, vagina, perineo y/o recto.
- **Retención de orina.** Puede ser debida al intenso dolor que se produce con la micción, a la inflamación secundaria a la mutilación, o por la lesión de la uretra.
- **Fracturas,** en algunos casos, si la niña opone mucha resistencia.

8.2. A MEDIO PLAZO

- **Anemia.** Puede ser severa y provocada por la hemorragia; se agrava por los problemas de malnutrición.
- **Infección pélvica.**
- **Menstruaciones dolorosas.**
- **Cicatrices queloides.**

8.3. A LARGO PLAZO

Los problemas de salud a largo plazo se corresponden con las secuelas de la MGF. Su gravedad está relacionada con el tipo de mutilación y de las complicaciones iniciales.

❖ FÍSICAS

- **Infecciones genito-urinarias** (vesicales) recurrentes.
- **Infecciones crónicas** como VIH, hepatitis, si se utilizaron instrumentos contaminados para practicarla.
- **Menstruaciones dolorosas.**

- **Hematocolpos** (retención del contenido menstrual en la vagina).
- **Fístulas genitourinarias o recto vaginal** que producen incontinencia urinaria y/o fecal, y provocan con frecuencia la marginación social de las mujeres.
- **Retención urinaria** que favorece las infecciones recurrentes.
- **Quistes.**
- **Complicaciones del parto.** Aumenta el riesgo para la salud de la madre y del recién nacido, incluso la muerte, sobre todo en los países de origen.
Las mujeres que tienen practicada la mutilación tipo III sufren todos los anteriores y problemas adicionales por la extensión y por la obstrucción mecánica, secundaria a la cicatriz que cubre la uretra y la vagina:
- **Necesidad de la desinfibulación parcial.** Como parte del rito de matrimonio para permitir la penetración y/o el parto. Puede implicar nuevas intervenciones quirúrgicas, cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal se debe corregir quirúrgicamente, para permitir el parto. A veces después de haber dado a luz se cierra nuevamente, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, aumentando los riesgos inmediatos y a largo plazo.
- **Inflamaciones, infecciones frecuentes y lesiones.** Secundarias a la apertura del orificio vaginal para mantener relaciones coitales o para el parto, y su posterior cierre.
- **Hematocolpos.** Puede ocasionar infecciones recurrentes, enfermedad inflamatoria pélvica y esterilidad.
- Puede haber importantes **dificultades durante el parto**, dependiendo del tipo de mutilación.
- **Imposibilidad de realizar el coito.** Las relaciones sexuales pueden resultar muy dolorosas o imposibles, por la estenosis vaginal.

❖ PSICOLÓGICAS

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

- **Depresión, ansiedad.**
- **Miedo, terror (terrores nocturnos).**
- **Trastorno por estrés postraumático.**
- **Miedo al rechazo de su grupo social o étnico.** Si no acceden a la práctica de la mutilación genital.
- **Sentimientos de humillación y vergüenza.**
- **Confusión y sentimientos contradictorios** en las mujeres inmigrantes, por la diferencia de valores entre la sociedad de origen y la sociedad en la que viven.
- **Incertidumbre y temor.** De las niñas que ahora viven en otro país diferente al de origen, habiendo sido mutiladas, y toman conciencia de su situación.
- **Miedo a las primeras relaciones sexuales o al parto.** En las jóvenes y mujeres que han sido mutiladas.
- **Sentimiento de culpa de madres mutiladas.** Cuando han aceptado e incluso promovido la práctica de la mutilación a sus hijas.

Existen pocas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la MGF, pero sí relatos de mujeres que refieren ansiedad antes del proceso y terror durante el mismo. La experiencia de la MGF se ha asociado a una serie de trastornos mentales y psicosomáticos, como alteraciones del apetito y del sueño, pesadillas, ataques de pánico y dificultades para la concentración y el aprendizaje. 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, 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 (Médicos Mundi, 2008).

❖ SEXUALES

Existe mayor probabilidad de sufrir problemas relacionados con la sexualidad.

- **Disminución de la sensibilidad sexual** (placer, excitación, lubricación, orgasmo), ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales secundario a la extirpación del clítoris y las lesiones circundantes.
- **Anorgasmia** debida a la amputación del glándulo del clítoris.
- **Dispareunia.** Debido a cicatrices, estenosis vaginal e infecciones.
- **Disminución o ausencia de deseo erótico,** fobia al coito, frigidez.
- **Vaginismo.**
- **Miedo y rechazo.**

8.4. CONSECUENCIAS PARA TERCERAS PERSONAS

CONSECUENCIAS EN LOS HOMBRES

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.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EN EL RECIÉN NACIDO

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

En el estudio prospectivo, realizado por la OMS (The Lancet, 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.

Médicos Mundi (2008) destaca las siguientes complicaciones:

- Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada para la mujer y para su bebé.
- 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, pudiéndose atribuir un 22% de las muertes perinatales de niños nacidos de mujeres a las que se ha practicado la MGF, por las complicaciones en el parto.
- Elevados índices de morbilidad fetal y falta de oxígeno, entre otras, debido a una mayor retención en el canal del parto.

En la revisión sistemática sobre resultados obstétricos en mujeres sometidas a MGF (Berg, 2013), en la que se analizan 28 estudios comparativos, sobre una población calculada de 3 millones de embarazadas y en las que el 71% de los estudios se realizan en países africanos, se concluye que, aunque la mayoría son estudios observacionales con baja calidad para establecer conclusiones definitivas, sí que demuestran que la mujer con MGF tiene más probabilidad de complicaciones durante el parto comparada con la mujer sin MGF. Se encuentra un aumento del riesgo de parto prolongado, desgarros obstétricos, parto instrumental, hemorragia obstétrica y parto distócico; sin embargo no resultaba significativo el aumento de riesgo de cesárea y episiotomía.

Sin embargo cuando se analizan los resultados obstétricos en países más desarrollados, donde se reciben mujeres emigrantes con MGF, los estudios encuentran menos complicaciones obstétricas (Varol, 2016), siendo estadísticamente significativas sólo un aumento de cesáreas (más frecuente en MGF tipo III, aunque en ningún caso la indicación de la misma es por la mutilación, sino eventos obstétricos) y un aumento de los desgarros perineales.

La mayoría de autores que han estudiado el tema reclaman estudios más homogéneos y registros con indicadores universales de atención al embarazo y parto, que permitan conclusiones con suficientes garantías. Es de destacar que se observa una tendencia a que cuando los embarazos y partos de estas mujeres son atendidos por equipos multidisciplinares con experiencia y formación en MGF, con protocolos de atención y desinfibulación, las complicaciones obstétricas en estas mujeres son menores.



9. ACTUACIONES SANITARIAS ANTE LA MGF

Como destaca el Protocolo Común “Todas las intervenciones suman y son importantes para acompañar y orientar a las familias hacia un proceso de reflexión que les lleve a un cambio en su posicionamiento inicial. De esta manera, el resultado final dependerá del trabajo conjunto y coordinado, en la lucha contra la MGF.”

Los profesionales sanitarios, y debido a la accesibilidad y universalidad de los Servicios Sanitarios, desempeñan un papel clave en la detección, intervención y prevención de la MGF, y pueden contribuir a su erradicación. Ya que la MGF conlleva un importante deterioro de la salud de mujeres y niñas, que las lleva a consultar (Casilda Velasco, 2000).

Las actividades preventivas se pueden llevar a cabo de forma transversal y fundamentalmente en Atención Primaria (AP), a través de actividades de Educación para la salud y programas regionales como el Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA), Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM), etc. También aprovechando cualquier consulta a demanda, si se considera oportuno.

Los ámbitos asistenciales donde más frecuentemente se van a detectar y a atender los casos son:

- Consultas de Pediatría y Enfermería Pediátrica.
- Consultas de Medicina y Enfermería de Familia
- Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.
- Servicios de Obstetricia y Ginecología y las consultas de Matronas, preferentemente la de control del embarazo, actividades de cribado como la citología, etc.
- Urología.
- Consultas de Trabajo Social.
- Salud Mental.
- Y en cualquier otra situación asistencial donde pueda acudir la mujer o niña en riesgo.

9.1. ACTUACIÓN PREVENTIVA GENERAL

El objetivo de la prevención es evitar la MGF en cualquier niña o mujer, en el presente y en el futuro.

SITUACIONES DE RIESGO

- Sexo femenino menor de 18 años, o mayor, pero dependiente económicamente de su familia de origen.
- Pertener a una familia originaria de un país y/o etnia que admite la práctica de la MGF (Gráfico II).
- Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.
- Actitud favorable de la familia a la MGF.
- Conocimientos erróneos de la familia sobre los efectos adversos MGF.

RIESGO INMINENTE (Protocolo Común, 2015)

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

9.2. RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA

Ante situaciones de sospecha el profesional debe, en primer lugar, realizar una entrevista respetuosa y asegurar la confidencialidad e intimidad adecuadas, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No abordar el tema de la MGF en la primera consulta, excepto si por la urgencia, el caso lo requiriese (ante riesgo inminente de su realización) ya que introducir la cuestión bruscamente puede tener consecuencias negativas.
- Trabajar para que exista una relación de confianza. (Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas, 2016). Si se trata de una menor, la relación de confianza habrá que establecerla tanto con la niña como con los progenitores.
- Elegir cuidadosamente la terminología, evitando la victimización secundaria y las connotaciones que culpabilicen o denoten rechazo ya que pueden producir sentimientos de miedo y vergüenza.
- Mantener una escucha activa, empática y proporcionar apoyo emocional.
- Identificar correctamente a las niñas y mujeres en riesgo.
- Si se confirma verbalmente la MGF, antes de la exploración genital, se deben valorar las consecuencias psíquicas que ha podido tener la misma, sobre todo el trastorno por estrés postraumático, con el objetivo de poder discernir cuál puede ser el mejor momento para realizar la exploración física, y el profesional más adecuado para llevarla a cabo.
- Se debe explicar, antes de hacerla, la finalidad de la exploración, en qué consiste y solicitar el permiso para su realización, teniendo en cuenta los posibles aspectos emocionales de la paciente. Es recomendable la presencia de otra mujer durante la exploración. Ante duda diagnóstica, consultar con otro profesional sanitario.
- No se utilizará como intérprete o mediador, a ningún familiar ni a la pareja, en un primer momento, ya que es importante tener la certeza de que la persona mediadora no es favorable a la práctica de la MGF.
- Buscar otras posibles víctimas en el entorno familiar, sobre todo entre las menores.
- Respecto a los hombres, si existe un buen vínculo médico-paciente, es bueno hablar con ellos sobre el tema (Sau Giralt I y Mas Carrera A., 2011).

Para el abordaje de la MGF en los servicios sanitarios, surgen algunas dificultades que afectan tanto a profesionales como a familias, como son la barrera idiomática y la dificultad para contar con mediadores culturales (Kaplan-Marcusan A., 2006).

9.3 INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Cualquier profesional sanitario responsable de la atención, debe informar y sensibilizar a la mujer, a la familia y/o a la menor, constatando que comprenden:

- **Las graves consecuencias de la MGF** en la salud física, psicológica y sexual de las mujeres y niñas. Las complicaciones durante el parto, los riesgos en la relación de pareja, y el peligro inmediato que supone su realización a las menores.

Resulta recomendable utilizar material iconográfico informativo.

- **Las implicaciones legales** asociadas a su práctica tanto en nuestro país como fuera del mismo.
- **Los recursos comunitarios** existentes para la atención y prevención de la MGF.

9.4. INTERVENCIÓN

El enfoque asistencial debe ser integral interviniendo tanto con la mujer o niña, en cuanto se detecte el riesgo de MGF, como con su familia, para evitar su práctica. Todos los profesionales sanitarios de la Región de Murcia contribuyen a la detección de los casos y a la prevención de nuevas mutilaciones.

Si se detecta una mujer o niña mutilada, además de atender sus necesidades sanitarias y de cuidados, hay que buscar otras posibles víctimas, o en riesgo, en su entorno familiar, ya que es una práctica cultural.

El ámbito de AP es el responsable primordial de las actividades preventivas con la niña, joven y sus familias, así como del seguimiento de los casos detectados. El ámbito de Atención Hospitalaria tendrá un mayor papel en las medidas terapéuticas y reparadoras. De cualquier manera será necesaria una adecuada coordinación inter niveles y multidisciplinar para la correcta continuidad asistencial de los casos que se detecten. Dicha coordinación entre ambos ámbitos se realiza a través de las personas Responsables de Violencia de los distintos puntos asistenciales.

Podemos distinguir las siguientes situaciones:

- Detección e intervención con niñas y menores de 18 años, o mayores de 18 dependientes socioeconómicamente de su familia, en riesgo de sufrir MGF.
- Detección e intervención con niñas y menores de 18 años que han sufrido MGF.
- Detección e intervención en mujer adulta con MGF.
- Detección e intervención en mujer embarazada con MGF.



9.4.1 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN CON NIÑAS Y MENORES DE 18 AÑOS, O MAYORES DE 18 DEPENDIENTES SOCIOECONÓMICAMENTE DE SU FAMILIA, EN RIESGO DE SUFRIR MGF

❖ **MENORES DE 18 AÑOS**

En los programas de salud infantil los profesionales sanitarios realizan de forma rutinaria la exploración física completa, incluyendo los genitales, algo imprescindible en las menores en riesgo, para determinar o no si existe una MGF.

En las jóvenes en riesgo será conveniente indagar su existencia a través de la entrevista, antes de la exploración genital para la cual es conveniente explicar en qué consiste y solicitar el permiso.

En todos los casos donde existe riesgo es recomendable reflejarlo en la historia clínica, además de registrar la normalidad del examen genital y especificar las actividades que, a partir de ese momento, se van realizando para la prevención general de la MGF.

Coordinación interniveles y multidisciplinar tras la confirmación del riesgo de MGF de forma oportunista:

- Desde el Hospital (Algoritmo 2):
 - Realizar un Informe clínico con diagnóstico de “Riesgo de MGF”.
 - Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del hospital el caso, a través del informe. Éste remitirá dicho informe, confidencialmente, al Centro de Atención Primaria (EAP) de referencia de la mujer, favoreciendo la continuidad asistencial y las actividades preventivas recomendadas.
- Desde los Servicios de Urgencias de AP (SUAP) (Algoritmo 3)
 - Realizar un Informe clínico con diagnóstico de “Riesgo de MGF”.
 - Remitir dicho informe, confidencialmente, y a través de la Gerencia del 061, a la persona Responsable de Violencia del EAP, que se encargará de informar al resto del EAP.
- Cualquier profesional del EAP (Algoritmo 1):
 - Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del EAP y de todos los profesionales sanitarios responsables directos de la asistencia de la paciente, incluyendo al profesional de Trabajo Social, para que valoren la adecuada coordinación y seguimiento del caso.
 - Si la mujer tiene hijas, informar sobre la situación al profesional de Pediatría y de Enfermería responsables, para que actúen en consecuencia.

❖ **MAYORES DE 18 AÑOS DEPENDIENTES**

Es un caso poco frecuente pero si se confirma que se encuentra en riesgo de sufrir la ablación, especialmente si tiene un viaje inminente a un país donde se realiza, será el momento de explorar sus creencias y posicionamiento frente a la MGF.

En el caso de que sea contraria a dicha práctica, procederá refuerzo positivo en su postura y se le facilitarán contactos y teléfonos de ayuda, con el fin de evitar la mutilación. Si se muestra proclive a llevarla a cabo, estará indicado informarla, sensibilizarla y asegurarse que comprende las consecuencias para su salud y también el carácter de delito que la MGF tiene en la legislación española, con las consecuencias que ello conlleva. Recoger en la historia clínica toda la información obtenida en la consulta, la exploración genital y las actividades preventivas llevadas a cabo, incluido el seguimiento de la mujer.

La coordinación inter niveles y multidisciplinar tras la confirmación del riesgo de MGF en este caso, se hace siguiendo los mismos pasos que en las menores de 18 años.

ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO INMINENTE: ACTIVIDAD PREVENTIVA ANTES DEL-VIAJE DE UNA MENOR (Algoritmo 4)

La situación ideal y la que hay que favorecer es, tener detectada a la menor antes de que exista un riesgo inminente, donde el trabajo preventivo se haya realizado previamente y exista una relación de confianza, tanto con la familia como con la menor. Para reforzar la decisión de los progenitores es recomendable ofrecer la firma del documento de Compromiso Preventivo, en el que constará la integridad de los genitales de la niña, y donde se comprometen a no mutilar a sus hijas. Siempre que sea posible esta oferta debe realizarla el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña, ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia, que lo ofrecerá en el momento que considere más adecuado. Es decir, no hay que esperar a que exista riesgo inminente. Puede ofrecerlo también aunque no esté previsto un viaje familiar, si entiende que es lo mejor para la prevención. Si no ha habido ocasión y hay constancia de que una familia, con factores de riesgo, está preparando un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad preventiva antes del viaje con la finalidad de evitar la MGF.

En este momento el trabajo multidisciplinar es clave. Las acciones aquí pueden ser más o menos urgentes, dependiendo de la fecha prevista del viaje, por lo que es fundamental tener identificados a los profesionales con los que hay que coordinarse y que forman parte del circuito (Protocolo Común, 2015). Incluir a la persona Responsable de Violencia y al profesional de Trabajo Social del EAP. El personal sanitario debe citar a la menor a una consulta programada, para ofrecer información a la familia sobre la MGF, con mayor o menor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general. Así mismo valorar el estado de salud de la menor, incluyendo la revisión de los genitales. Es necesario tratar el tema de la presión social a la que puedan ser sometidos cuando lleguen a su país de origen, para la realización de la MGF a la niña, y ofrecer a los progenitores la firma del compromiso preventivo, si no se ha hecho con antelación. Esta conversación permite conocer el posicionamiento de la familia ante la práctica de la mutilación.

COMPROMISO PREVENTIVO (Anexo 5)

Es un documento desarrollado para que los progenitores de la menor puedan utilizarlo, en el viaje a su país de origen y/o como elemento de apoyo en su decisión de que su hija no sea mutilada. Es propiedad de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que le quieren dar.

Deben firmarse dos ejemplares para guardar una copia en las Historias Clínicas del paciente, permite dejar constancia de que los profesionales sanitarios, ante el conocimiento de una situación de riesgo, han realizado la actuación preventiva y de información a los progenitores.

El compromiso preventivo disfruta 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. Hay que dejar constancia en la historia clínica que se ha firmado el compromiso preventivo. La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, como sería un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas, por los antecedentes familiares, o por la situación de la práctica de la MGF en el país de origen. En ese caso, el profesional sanitario lo debe comunicar a Protección de Menores, a través de la Hoja de notificación de Maltrato Infantil (Anexo II y IIb) (Protocolo contra el maltrato infantil, 2008) y contactar telefónicamente con el Juzgado de Guardia, dada la urgencia del caso, que podrá poner en marcha el proceso para la adopción de medidas cautelares que lo eviten. En cualquier caso, se programará una visita médica de la menor de edad al regreso del viaje.

ACTIVIDAD DESPUÉS DEL VIAJE (Algoritmo 5):

- ❖ **LA FAMILIA ACUDE AL CENTRO DE SALUD:** hay que indagar acerca del viaje y de la práctica de la MGF. Así mismo realizar un examen de salud completo de la menor, incluyendo la exploración de los genitales:
 - **NO mutilada:**
 - Reforzar positivamente la posición familiar ya que el riesgo no desaparece.
 - Mantener el seguimiento de la paciente.
 - **SI mutilada:**
 - Determinar, si es posible, el tipo de MGF y en qué circunstancias se ha practicado.
 - Valorar secuelas tanto físicas como psicológicas, y tratamiento apropiado.
 - Informar de las consecuencias en salud, en su caso a la menor, si es conveniente, y a la familia.
 - Si la niña es menor de 14 años, el Pediatra valorará realizar interconsulta a Cirugía pediátrica de referencia, para la estimación, por parte del Urólogo infantil, de las consecuencias, si precisa cirugía reparadora y su remisión a la Unidad de Referencia de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
 - Si la niña es mayor de 14 años, el Médico de familia valorará realizar interconsulta a la Unidad de suelo pélvico del Área, para la estimación, por parte del Ginecólogo, de las consecuencias, si precisa cirugía reparadora y su remisión a la Unidad de Referencia de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
 - Valorar la existencia o no de Trastorno por estrés postraumático. Si se confirma o existe elevada sospecha, derivar a Salud Mental. También ante consecuencias psicopatológicas importantes.
 - Comunicar telefónicamente y de forma urgente el caso al Juez de Guardia. Realizar el Parte de lesiones y enviar al Juzgado.
 - Notificar de forma urgente a Protección de menores a través de la Hoja de Notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario (*Anexo II y IIb*).
 - Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia la situación.
 - Comunicar al profesional de Trabajo social de referencia (del EAP o en su defecto de la Unidad de Trabajo Social del Ayuntamiento, UTS).
 - Buscar otras posibles víctimas en el entorno familiar, sobre todo entre las menores.
 - **NO se permite la exploración de la niña:**
 - Comunicar a la persona Responsable de Violencia y al profesional de Trabajo social de referencia.
 - Comunicar telefónicamente y de forma urgente el caso al Juez de Guardia.
 - Notificar de forma urgente a Protección de Menores a través de la Hoja de Notificación de riesgo y maltrato infantil (*Anexo II y IIb*).
 - ❖ **LA FAMILIA NO ACUDE AL CENTRO DE SALUD:** alertar sobre el caso al profesional de Trabajo social de referencia para localizar a la familia y hacer que acudan al centro de salud.
 - **Se localiza a la familia, se actuará como en el caso anterior.**
 - **No se localiza a la familia:**
 - Comunicar a la persona Responsable de Violencia y al profesional de Trabajo social de referencia.
 - Comunicar telefónicamente y de forma urgente el caso al Juez de Guardia.
 - Notificar de forma urgente a Protección de Menores a través de la Hoja de Notificación de riesgo y maltrato infantil (*Anexo II y IIb*).
- Registrar en la historia clínica todas las actuaciones realizadas, incluidas las paliativas de las consecuencias de la MGF.*

❖ **MAYOR DE 18 AÑOS**

Citar a consulta a la mujer tras el viaje para anamnesis y exploración y si se encuentra mutilada:

- Determinar, si es posible, el tipo de MGF y en qué circunstancias se ha practicado.
- Valorar secuelas tanto físicas como psicológicas, y tratamiento apropiado.
- Informar de las consecuencias en salud, en su caso.
- Valorar realizar interconsulta a la Unidad de suelo pélvico del Área, para la estimación, por parte del Ginecólogo, de las consecuencias, si precisa cirugía reparadora y su remisión a la Unidad de Referencia de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Valorar la existencia o no de Trastorno por estrés postraumático. Si se confirma o existe elevada sospecha, derivar a Salud Mental. También ante consecuencias psicopatológicas importantes.
- Realizar el Parte de lesiones y enviar al Juzgado.
- Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia la situación.
- Comunicar al profesional de Trabajo social de referencia (del EAP o en su defecto de la Unidad de Trabajo Social del Ayuntamiento, UTS).
- Buscar otras posibles víctimas en el entorno familiar, sobre todo entre las menores.
- Registrar en la historia clínica todas las actuaciones realizadas, incluidas las paliativas de las consecuencias de la MGF.

9.4.2. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN CON NIÑAS Y MENORES DE 18 AÑOS QUE HAN SUFRIDO MGF

Tanto si ha sido realizada antes de que la menor llegara por primera vez a España o con posterioridad, si se ha llevado a cabo en nuestro país o fuera del mismo, si se practica a una persona de nacionalidad española o extranjera, se debe:

- Determinar, si es posible, el tipo de MGF, cuándo y en qué circunstancias se ha practicado.
- Valorar secuelas tanto físicas como psicológicas, y tratamiento apropiado.
- Informar de las consecuencias en salud, en su caso a la menor, si es conveniente, y a la familia.
- Si la niña es menor de 14 años, el Pediatra valorará realizar interconsulta con Urología infantil, para la estimación, por parte del Urólogo, de las consecuencias y las posibilidades de cirugía reparadora. Dicho profesional remitirá a la paciente a la Unidad de Referencia de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en caso de que lo considere indicado.
- Si la niña es mayor de 14 años, el Médico de familia valorará realizar interconsulta con la Unidad de suelo pélvico de referencia o al servicio que atiende las patologías relacionadas, para la estimación, por parte del Ginecólogo, de las consecuencias y las posibilidades de cirugía reparadora. Dicho profesional remitirá a la paciente a la Unidad de Referencia de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en caso de que lo considere indicado.
- Valorar la existencia o no de Trastorno por estrés postraumático. Si se confirma o existe elevada sospecha, derivar a Salud Mental. También ante consecuencias psicopatológicas importantes.
- Notificar a Protección de Menores para hacer seguimiento de la niña y de su familia remitiendo la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario ([Anexo II y IIb](#)).

- Realizar el Parte de Lesiones a través del cual se notifica al Juez.
- Si es una niña adoptada: asistencia y seguimiento de las secuelas físicas y psicológicas; no precisa notificación.
- Registrar en la historia clínica todas las actuaciones realizadas, incluidas las paliativas de las consecuencias de la MGF.

Coordinación interniveles y multidisciplinar tras la confirmación del caso:

- Desde el Hospital (*Algoritmo 2*): Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del hospital, que informará al Centro de Atención Primaria (EAP) de referencia de la menor, para la continuidad asistencial y las actividades preventivas recomendadas.
- Desde los Servicios de Urgencias de AP (*Algoritmo 3*): Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del EAP, que se encargará de informar al resto del EAP.
- En el EAP (*Algoritmo 1*): poner en conocimiento de todos los profesionales sanitarios responsables directos de la asistencia de la paciente y de la madre, incluyendo a la persona Responsable de Violencia y al profesional de Trabajo Social que valorarán la adecuada coordinación y seguimiento. Si la menor es joven y tiene hijas, informar sobre la situación al profesional de Pediatría y de Enfermería, responsables para que actúen en consecuencia.

9.4.3 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN MUJER ADULTA CON MGF

Cualquier profesional sanitario que atienda a una mujer mayor de edad con sospecha de estar mutilada, por pertenecer a determinados países o etnias, por la sintomatología o por las complicaciones urogenitales que presenta, y preste sus servicios en el ámbito asistencial que sea, debe seguir el protocolo con el objetivo principal de diagnosticar posibles complicaciones de la mujer y prevenir la realización de MGF a su descendencia femenina, en el caso que la tenga.

Una vez se ha sospechado una mujer con MGF, habrá que confirmar la mutilación, para ello, según el profesional que atienda a la mujer, deberá procederá entrevista y exploración o bien derivar a otro profesional (de medicina de familia, matrona, ginecología). Para confirmar la mutilación se debe realizar la entrevista clínica y la exploración según las recomendaciones del Protocolo. Y una vez confirmada, además:

- Determinar el tipo de la MGF y las posibles complicaciones o secuelas tanto físicas, psicológicas, como sexuales y tratamiento apropiado.
- Conocer, si es posible, el tiempo que hace que está mutilada.
- Derivar a las mujeres que tienen practicada la MGF y que se considere adecuado por las complicaciones o secuelas que tiene, a la Unidad de suelo pélvico del Área o al servicio que atiende las patologías relacionadas, para la valoración, por parte del profesional de Ginecología, de las consecuencias y las posibilidades de cirugía reparadora. Es preciso informar adecuadamente a la mujer sobre las consecuencias a largo plazo de la cirugía de reconstrucción y la falta de evidencia sobre la calidad de los estudios que realizan este tipo de cirugía, para tomar la decisión más adecuada (Abudcadir, 2015). En las últimas Guías de Práctica Clínica no recomiendan la reconstrucción del clítoris sistemática, salvo en casos muy seleccionados. (GPC OMS.2016).
- Valorar la existencia de consecuencias psicopatológicas o trastorno por estrés postraumático. Si se confirma o existe elevada sospecha, derivar a Salud Mental.

- En cualquier caso informar a la paciente de las repercusiones en salud, y legales, siempre que lo permita la barrera idiomática y/o se disponga de mediación.
- Valorar la realización del Parte de lesiones.
- Buscar otras posibles víctimas en el entorno familiar, sobre todo entre las menores. Para ello es recomendable la entrevista de valoración sociosanitaria, en la Unidad de Trabajo Social del propio EAP o de la UTS (*Anexo I*).
- Registrar en la historia clínica toda la información conocida por la anamnesis, la exploración y las actuaciones realizadas.

Coordinación interniveles y multidisciplinar tras la confirmación del caso:

- Desde el Hospital (*Algoritmo 7*): Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del hospital, que informará al Centro de Atención Primaria (EAP) de referencia de la mujer, para la continuidad asistencial y las actividades preventivas recomendadas.
- Desde los Servicios de Urgencias de AP (*Algoritmo 8*): Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia del EAP, que se encargará de informar al resto del EAP.
- En el EAP (*Algoritmo 6*): poner en conocimiento de todos los profesionales sanitarios responsables directos de la asistencia de la paciente, incluyendo a la persona Responsable de Violencia y al profesional de Trabajo Social que valorarán la adecuada coordinación y seguimiento. Si la mujer tiene hijas deberá informar sobre la situación al pediatra y a la enfermera, responsables para que actúen en consecuencia.

9.4.4 DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN MUJER EMBARAZADA CON MGF (*Algoritmo 9*)

El embarazo es uno de los momentos cruciales en los que se puede detectar las mujeres con MGF, diagnosticar si presentan complicaciones, planificar su atención y realizar prevención a sus hijas.

La detección es más probable que se realice por el Equipo de Atención Primaria que atiende el control del embarazo según el PIAM, tanto por el profesional de Medicina de Familia, o la matrona, en las primeras citas de control de embarazo.

Debido a que en determinados casos se debe realizar intervención quirúrgica (desinfibulación) es importante que la detección de los casos sea lo más precoz posible. En La Guía de Práctica Clínica de la OMS (2016) y en la Guía del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) coinciden que lo ideal es conocer prenatalmente la situación de MGF de la mujer, y en caso de precisar desinfibulación realizarla antes del embarazo. En caso que la detección se haya realizado durante el embarazo recomiendan que se realice la desinfibulación bien durante el embarazo (entre la 20 y la 28 semana) o bien en el momento del parto, según las circunstancias particulares de cada caso y de recursos locales, sin recomendar expresamente un momento u otro. De todos modos es aconsejable realizar la exploración genital antes de las 20 semanas de gestación (aprovechando la visita de las 16 semanas en el centro de salud), para poder hacer antes el diagnóstico y poder programar adecuadamente la atención.

Para confirmar la mutilación se debe realizar la Entrevista Clínica y la exploración según las recomendaciones del Protocolo. Y una vez confirmada, además:

- Determinar el tipo de la MGF y las posibles complicaciones o secuelas tanto físicas, psicológicas, como sexuales y tratamiento apropiado.
- Conocer, si es posible, el tiempo que hace que está mutilada.

- Informar al profesional de Obstetricia del área sanitaria de la situación de MGF, aprovechando si es posible la cita de la 20 semana, o bien solicitando cita según circuito de cada Área sanitaria (teléfono, interconsulta no presencial o cita programa, etc.).
- Valorar la existencia o no de Trastorno por estrés postraumático. Si se confirma o existe elevada sospecha, derivar a Salud Mental. También ante consecuencias psicopatológicas importantes.
- Informar a la paciente de las repercusiones en salud, y legales, siempre que lo permita la barrera idiomática y/o se disponga de mediación.
- Valorar la realización del Parte de lesiones.
- Buscar otras posibles víctimas en el entorno familiar, sobre todo entre las menores. Para ello es recomendable la entrevista de valoración sociosanitaria, en la Unidad de Trabajo Social del propio EAP o de la UTS (*Anexo I*).
- Registrar en la Cartilla Maternal la existencia y el tipo de mutilación con las siglas "MGF".
- Registrar en la historia clínica toda la información conocida por la anamnesis, la exploración, y las actuaciones realizadas.

El profesional de Obstetricia del Área sanitaria encargado del control del embarazo, deberá:

- Realizar la Entrevista Clínica y la exploración según las recomendaciones del Protocolo.
- Determinar el tipo de MGF que registrará en la Historia Clínica Sene y en la Cartilla Maternal. Deberá valorar las consecuencias de la MGF sobre la vía del parto y si precisa intervención quirúrgica:
- Tipo I, II ó IV, sin cicatrices importantes, ni repercusiones en la vía del parto. En este caso se valorará la vía vaginal como primera opción, si no surgen complicaciones obstétricas posteriores.
- Tipo III. Está recomendada la desinfibulación o bien prenatalmente o en el momento del parto, según el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (2015) y la Guía de Práctica Clínica de la OMS (2016). En el caso que existan cicatrices retráctiles o queloides, que puedan complicar el parto vaginal, se valorará la realización de una cesárea.
- Si se valora la cirugía durante el embarazo, se remitirá a la Unidad de Referencia regional (Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), preferiblemente antes de las 24 semanas

Atención durante el parto por el equipo multidisciplinar:

- Estos partos deben ser atendidos por el equipo multidisciplinar del paritorio (matrona, ginecólogo, pediatra y anestesista), por las complicaciones comentadas anteriormente que se pueden producir. Se trata de un parto con factores de riesgo, en el que puede estar aumentada la morbilidad materno-fetal, complicaciones hemorrágicas, etc. Los estudios demuestran que cuando hay un seguimiento integral y multidisciplinar de profesionales, las complicaciones obstétricas de las mujeres sometidas a mutilación disminuyen (Varol, 2016).
- Si la MGF se diagnostica en el momento del parto se tomarán las decisiones clínicas in situ, según la situación perineal, complicaciones, secuelas, etc. En caso de MGF tipo III, las guías de práctica clínica aconsejan desinfibulación en el momento del expulsivo (aprovechando una contracción), o bien durante el periodo de dilatación, si no es posible la correcta exploración y el adecuado seguimiento del parto (Clinical Practice Guidelines Portal, 2014).

- Los adecuados cuidados y controles postparto son imprescindibles en estos casos, haciendo especial hincapié en el cuidado del periné.
- El informe de alta de la mujer debe ser detallado, donde quede reflejado el tipo de MGF, las intervenciones y cuidados realizados.
- Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia el caso para su comunicación al EAP, por si desconocen la situación de riesgo de la descendencia.

El profesional de pediatría que atiende al neonato:

- Si es una niña, indicará en el informe de alta “Niña en Riesgo de MGF”.
- Poner en conocimiento de la persona Responsable de Violencia el caso, para su comunicación al EAP, por si desconocen la situación de riesgo de la descendencia.

El EAP en el puerperio:

- La matrona, principalmente, realizará un seguimiento del puerperio, valorando la evolución de la cicatrización, atención a las necesidades de la mujer, lactancia materna, etc., con especial hincapié en la rehabilitación del suelo pélvico y apoyo a los posibles cambios emocionales ante la situación. El médico de familia y/o la matrona, también asesorarán, si es posible conjuntamente con su pareja, sobre inicio de relaciones sexuales (aconsejar lubricantes vaginales, cuándo reiniciar las relaciones sexuales, utilización de métodos anticonceptivos). El resto del EAP también contribuirán a esta labor siempre que se den las circunstancias adecuadas.
- Todos los profesionales implicados en el caso, de medicina familiar, de pediatría, de enfermería, matrona, se asegurarán que hay una adecuada continuidad asistencial de la mujer y de sus hijas, en colaboración con la persona Responsable de Violencia y el profesional de Trabajo Social del EAP.

10. RECURSOS PARA LA ASISTENCIA Y COORDINACIÓN

RESPONSABLE DE VIOLENCIA

En el SMS existe la figura de la persona Responsable de Violencia, (cualquier tipo de violencia), en cada uno de los centros sanitarios, EAP, Centros de Salud Mental (CSM), Hospitales y SUAP. Es recomendable identificar a la persona que asume dicha responsabilidad en nuestro centro de trabajo ya que tiene un destacado papel en la coordinación de los casos que se detecten. Sus funciones en este Protocolo son:

- Ser receptora de la información acerca de mujeres y niñas mutiladas, o en riesgo de estarlo, y compartirla con los profesionales sanitarios responsables de la atención de dichas usuarias.
- Asesorar a los profesionales sanitarios que lo precisen, acerca de las actuaciones a seguir cuando se detecta un caso.
- Aportar información sobre recursos comunitarios disponibles, sobre los canales establecidos para la comunicación de los casos a dichos dispositivos y posibilidades de coordinación, favoreciendo la atención integral de mujeres y niñas, y su seguimiento.
- Asumir la comunicación bidireccional de dicha información, de forma confidencial, entre los distintos ámbitos asistenciales preservando la continuidad asistencial.
- Mejorar los circuitos a través de los cuales se comparte la información entre los distintos niveles asistenciales.

Si por alguna circunstancia el centro de trabajo no dispusiera temporalmente de Responsable de Violencia, esta tarea será asumida por la persona que ejerza de Coordinador del EAP o del SUAP, en el ámbito de Atención Primaria, por la persona que ejerza la Jefatura de Servicio del Servicio de Atención al Usuario, en los Hospitales, y por la persona que ejerza de Coordinador del CSM, en el segundo nivel de atención. A su vez, éste podrá delegar en el profesional de Trabajo Social, si el punto asistencial dispone de él.

PAPEL DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL DEL EAP

El origen multicausal de la MGF, hace necesaria la implicación e intervención desde los distintos sectores: sanitario, educativo, cultural, jurídico, siendo evidente la necesidad del trabajo en red. En este contexto, y siendo la Región de Murcia receptora de población en riesgo, el papel fundamental del profesional de Trabajo Social es:

- Trabajar a distintos niveles, con individuos, grupos y comunidades, asumiendo la coordinación y mediación con los distintos sectores.
- Contribuir a la identificación y detección de niñas jóvenes y mujeres en riesgo de ser mutiladas.
- Captar y sensibilizar a líderes o miembros influyentes en el colectivo de inmigrantes.
- Colaborar en la difusión, formación e información sobre la MGF, a los profesionales de los sectores implicados de la Zona Básica de Salud (colegios, AMPAS, asociaciones, servicios sociales municipales, etc.).
- Investigar sobre los factores socio-culturales y ambientales que inciden en el mantenimiento de la práctica.
- Aumentar y compartir el conocimiento sobre la forma en que individuos y colectivos se enfrentan al problema.

Si se detecta un caso

- Realizar la entrevista de valoración sociosanitaria (*Anexo I*).
- Favorecer la intervención y reparación del daño en las mujeres mutiladas.
- Intervenir y mantener el seguimiento de la familia para prevenir la práctica de la MGF en otra niña o mujer.
- Coordinación y comunicación con el EAP, centros educativos y servicios sociales municipales.
- Favorecer la coordinación con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) o con Asociaciones de mujeres o colectivos de los países de origen de la Comunidad, que estén en favor de la erradicación de la MGF y que pueden servir como intermediarias para la información, sensibilización y atención a la mujer y a sus familias.

11. REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

Es imprescindible el registro de todos los hallazgos y actuaciones en la historia clínica; incluyendo las repercusiones de la mutilación en partos anteriores y las derivadas de la coordinación con otros profesionales y el trabajo preventivo con las familias.

En OMI-AP no existe un código inequívoco para dejar constancia en la historia clínica de la MGF por lo que, hasta que sea incluido en las Clasificaciones Internacionales, se registrará creando el episodio “Lesiones genitales femeninas” (X 82) dentro del Código Internacional de Atención Primaria (CIAP2).

En el aplicativo de Selene se está en transición entre la CIE-9 y la CIE-10. La CIE-9-MC contempla un código específico de diagnóstico para la clasificación de la MGF (Protocolo Comunidad Valenciana, 2016).

CIE-9. Revisión de 2014:

629.2 Estado de mutilación genital femenina:

629.20- No especificado

629.21- EMGF Tipo I Clitoridectomía.

629.22- EMGF Tipo II Clitoridectomía con excisión de labios menores.

629.23- EMGF Tipo III Infibulación.

629.29- EMGF Tipo IV Otras mutilaciones genitales femeninas.

Pendiente actualización con CIE-10:

N90.81 Estado de mutilación genital femenina (EMGF):

N90.810- EMGF No especificado

N90.811- EMGF Tipo I Clitoridectomía.

N90.812- EMGF Tipo II Clitoridectomía con excisión de labios menores.

N90.813- EMGF Tipo III Infibulación.

N90.818- EMGF Tipo IV Otras mutilaciones genitales femeninas.

12. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN EN MGF DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y REFERENTES COMUNITARIOS

Para conseguir la sensibilización de todos los implicados en prevención y atención de la MGF en mujeres y niñas es preciso extender la formación en distintos niveles:

- **Formación en los grados sanitarios**, para que los futuros profesionales sanitarios conozcan las consecuencias sobre la salud de la MGF. Se debe introducir en las asignaturas que tratan sobre la salud de la mujer.
- **Formación sanitaria especializada:** formación de los residentes de la Región de Murcia, en actividades formativas obligatorias incluidas en el PTCR (Programa Transversal y Complementario del Residente), para todas las especialidades de medicina y enfermería. En el caso de residentes de especialidades especialmente implicadas en la atención a mujeres y niñas como pediatría, enfermería pediátrica, ginecología, matronas, medicina y enfermería de familia y comunitaria, psicología y enfermería de salud mental, la formación debe profundizar en este tema con una actividad formativa de más duración.
- **Formación Continuada para profesionales SMS** con dos niveles de formación:
 - Formación de formadores: Curso regional para personas Responsables de Violencia de los centros sanitarios y otros profesionales interesados, que actuarán posteriormente de formadores en sus respectivas áreas sanitarias.
 - Formación a profesionales en AP: Formación tipo sesión clínica realizada por formadores del área sanitaria.
 - Formación a profesionales en hospital. Formación tipo sesión clínica general hospitalaria y en los servicios más implicados (pediatría, urgencias, ginecología, etc.), con actividades formativas de más duración.
 - Se valorará otro tipo de formación como videoconferencias, talleres, etc.
- **Sensibilización a otros organismos no sanitarios y a la población general:** Es importante extender la sensibilización ante la MGF a otros colectivos (educativos, jurídicos, cuerpos de seguridad, servicios de vacunación internacional, etc.) y a la población general, mediante jornadas, talleres y otras actividades, que permitan conocer los efectos perjudiciales de la MGF, con participación de sanitarios, juristas, ONGs, etc.

13 RECURSOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

El Portal Integral de Violencia de Género de la Región de Murcia es el punto donde se centraliza toda la información institucional en esta materia (<http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/>) Proporciona información de las actuaciones de sensibilización y prevención que la Administración Pública Regional pone en marcha para eliminar, a medio y largo plazo, el maltrato hacia la mujer por parte de su pareja o ex pareja, así como de todos los servicios y recursos para atender de manera integral a las mujeres que, en el momento presente, sufren violencia de género en el territorio regional. Junto a ello, se ofrece información de las estrategias de coordinación que se ponen en marcha con la finalidad de mejorar la atención dirigida a las víctimas de violencia de género en la Región de Murcia y a sus hijos e hijas menores.

Esta plataforma pretende facilitar el acceso de la ciudadanía en general, y de profesionales que se dedican a la intervención directa con víctimas de violencia, a la legislación, publicaciones, noticias y enlaces de interés relacionados con la violencia de género, así como a los programas europeos en los que participa activamente la Comunidad Autónoma. En definitiva, el Portal Integral de Violencia de Género de la Región ofrece información de las estrategias y programas públicos dirigidos a conseguir dicho objetivo.

En la página web: <http://www.sms.carm.es/somosmas/responsablesdeviolencia>

se encuentra para su fácil localización la relación de los profesionales responsables de violencia de cada centro sanitario de la Región de Murcia.

TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

- **Dirección General de Familia y Políticas Sociales**
Servicio de Protección del Menor (Sección de Protección y Tutela)
Dirección: Avenida de la Fama 3, Planta 3ª, 30003 Murcia
Asesoría de Información: Tel. **968 273209**
- **Juzgado de Guardia (Murcia)**
Dirección: Ronda de Garay, 7, 30003 Murcia Tel. **968 229335**
- **Fiscalía de Menores**
Dirección: Avda. de la Justicia, s/n 3ª planta 30071 Murcia
Tel. **968 229274** Fax: 968 229357
- **Ayuntamiento de Murcia**
SEMAS: Servicio de Emergencia Móvil y Atención Social Atiende a personas en situación de riesgo, extrema marginación o de emergencia social.
Dirección: Glorieta España, 1, 30004 Murcia
Tel. **968 358600**
- **Policía Local de Murcia**
Dirección: Av. San Juan de la Cruz, 12, 30011 Murcia
Tel. **968 358750/ 092**
- **EPAF: Equipo de Protección y Atención a la Familia**
Jefatura de Policía Local de Murcia.
Dirección: Avda. San Juan de la Cruz, s/n 30011 Murcia.
Información o asesoramiento **900 200092** (teléfono gratuito)
Fax: 968 358789 E-mail: epaf@ayto-murcia.es

- **GRUME** - Cuerpo Nacional de Policía de Murcia
Tel. **968 355577**
- **Policía Local de Cartagena**
Dirección: Carretera de la Unión, Km 2 30399 Cartagena
Tel. **968 128938**
Fax: 968 52 40 75E-mail: polct@ayto-cartagena.es Web: www.cartagena.es
- **SAF - Servicio de Atención a la Familia**
SAF Murcia. Comisaría de Policía
Dirección: Plaza Ceballos, 13 30001 Murcia
Tel. **968 355513** Fax: 968 215108
- **SAF Cartagena**
Dirección: Menéndez Pelayo, 6 30021 Cartagena
Tel. **968 320722** (Centralita)/ Directo: 968 32 10 56 Fax: 968 321280.
- **SAF Lorca**
Dirección: C/ Lope Gisbert s/n 30800 Lorca
Tel. **968 477274** Fax: 968 441151
- **EMUME: Policía Judicial-Guardia Civil. Punto de Atención Especializada (PAE)**
PAE EMUME Murcia. Comandancia de la Guardia Civil de Murcia Unidad Orgánica de Policía Judicial
Dirección: C/ Pintor Inocencio Medina Vera, nº 5 30007 Murcia
Tel. **968 234565** (Ext. 270) Fax: 968 271254
- **PAE ETPJ Las Torres de Cotillas.** Acuartelamiento G.C. de las Torres de Cotillas
Dirección: C/ Oltra Moltó, nº 9 30565 Las Torres de Cotillas (Murcia)
Tel. **968 898460**
- **PAE ETPJ Beniel.** Acuartelamiento G.C. de Beniel
Dirección: C/ Calvo Sotelo, nº 18 30130 Beniel (Murcia)
Tel. **968 600010**
- **PAE ETPJ Cieza.** Acuartelamiento G.C. de Cieza
Dirección: C/ Santiago, 7 30530 Cieza (Murcia)
Tel. **968 760724**
- **PAE ETPJ Caravaca de la Cruz.** Acuartelamiento G.C. de Caravaca de la Cruz
Dirección: Ctra. de Murcia, nº 4 30400 Caravaca de la Cruz (Murcia)
Tel. **968 705666**
- **PAE ETPJ Torre Pacheco.** Acuartelamiento G.C. de Torre Pacheco
Dirección: Avda. Gerardo Molina, s/n 30700 Torre Pacheco (Murcia)
Tel. **968 234565** (Ext. 270)
- **PAE ETPJ San Javier.** Acuartelamiento G.C. de San Javier
Dirección: C/ Castillo de San Javier, s/n 30720 Santiago de la Ribera-San Javier (Murcia)
Tel. **968 335920**
- **PAE ETPJ Cartagena.** Acuartelamiento G.C. de Cartagena
Dirección: C/ Ángel Bruna, nº 29 30203 Cartagena (Murcia)
Tel. **968 501117**
- **PAE ETPJ Totana.** Acuartelamiento G.C. de Totana
Dirección: C/ Teniente Pérez Redondo, nº 1 30850 Totana (Murcia)
Tel. **968 420053**

- **PAE ETPJ Mazarrón.** Acuartelamiento G.C. de Mazarrón
Dirección: Avda. la Constitución, nº 17 30870 Puerto Mazarrón-Mazarrón (Murcia)
Tel. **968 594103**
- **PAE ETPJ Águilas.** Acuartelamiento G.C. de Águilas
Dirección: C/ Iberia, nº 25 30880 Águilas (Murcia)
Tel. **968 411098**

ASOCIACIONES

- **DEMUSA**
Dirección: C/ Salvador de Madariaga, 5 B, 30009 Murcia
Teléfono: **635297001**. E-mail: contacto@demusa.org
- **AMAIM.** Asociación murciana de apoyo a la infancia maltratada: amaim.org
Dirección: C/ San Martín de Porres, 4, 30001 Murcia
Tel. **968 201187** E-mail: contacto@amaim.org
- **Asociación Columbares.** www.columbares.org/
Sede Central Administración y Gestión
Dirección: C/ Adrián Viudes, 9 - 30570 Beniján (Murcia) Tel. **968 824241**
Fax: 968 820320 E-mail: asociacion@columbares.org
- **Centro "Entre Culturas" Cordillera Sur Centro de Formación Columbares**
Dirección: C/ Luis Federico Guirao, 29 - 30570 Beniján (Murcia)
Tel. **968 823818 / 968 824163** Fax: 968 820320
E-mail: formacion@columbares.org / asociacion@columbares.org
- **Centro "Entre Culturas" Fuente Álamo**
Dirección: C/ Cisneros, 15 - 30320 Fuente Álamo (Murcia)
Tel. **968 598511**
E-mail: vivienda@columbares.org
- **Servicio de Atención a Inmigrantes Pozo Estrecho - Cartagena**
Dirección: Avda. de la Fuente, 40- 1ª planta (Centro Cívico) 30594-Pozo Estrecho-Cartagena
Tel. **968 166064**
- **Programa Oblatas Murcia** que acogen a mujeres con riesgo y cuentan con equipo de psicóloga y educadora social. Suelen tener a mujeres inmigrantes.
Dirección: C/ Dr. José Tapia Sanz, 8 3001 Tel. **968 235598/ 690 010 957**
programa.murcia@oblatas.com
http://www.oblatas.com/social.php?apto=02&subapto=0202&nom_sub=Proyectos&sbs=si&id_sub=6&n_s_sub=Murcia
- **Asociación Quiero Crecer.** Promueve la salud mental en niños y adolescentes, ofreciendo especial atención a menores expuestos a violencia intrafamiliar. Tel.: **868 81 20 84**
<http://quierocrecer.es>. E-mail: info@quierocrecer.es
- **CATS. Asociación Comité de Apoyo a las Trabajadoras del sexo.** Asociación sin ánimo de lucro dedicada a la atención integral a las personas que ejercen la prostitución en España y en particular en la Región de Murcia. Dirección: C/Alfande 1, bajo. 30005 Murcia. E-mail: cats@asociacioncats.org. Tel: **968280627**.
- **APRAMP.** Delegación de Murcia. Dirección: C/ Escultor Nicolas de Bussi 3, bajo. Murcia. Tel: **968295359**. <https://apramp.org/> E-mail: sedemurcia@apramp.org

14. GUÍA DE NAVEGACIÓN POR LAS PRINCIPALES PÁGINAS DE LA UE SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

❖ COMISIÓN EUROPEA

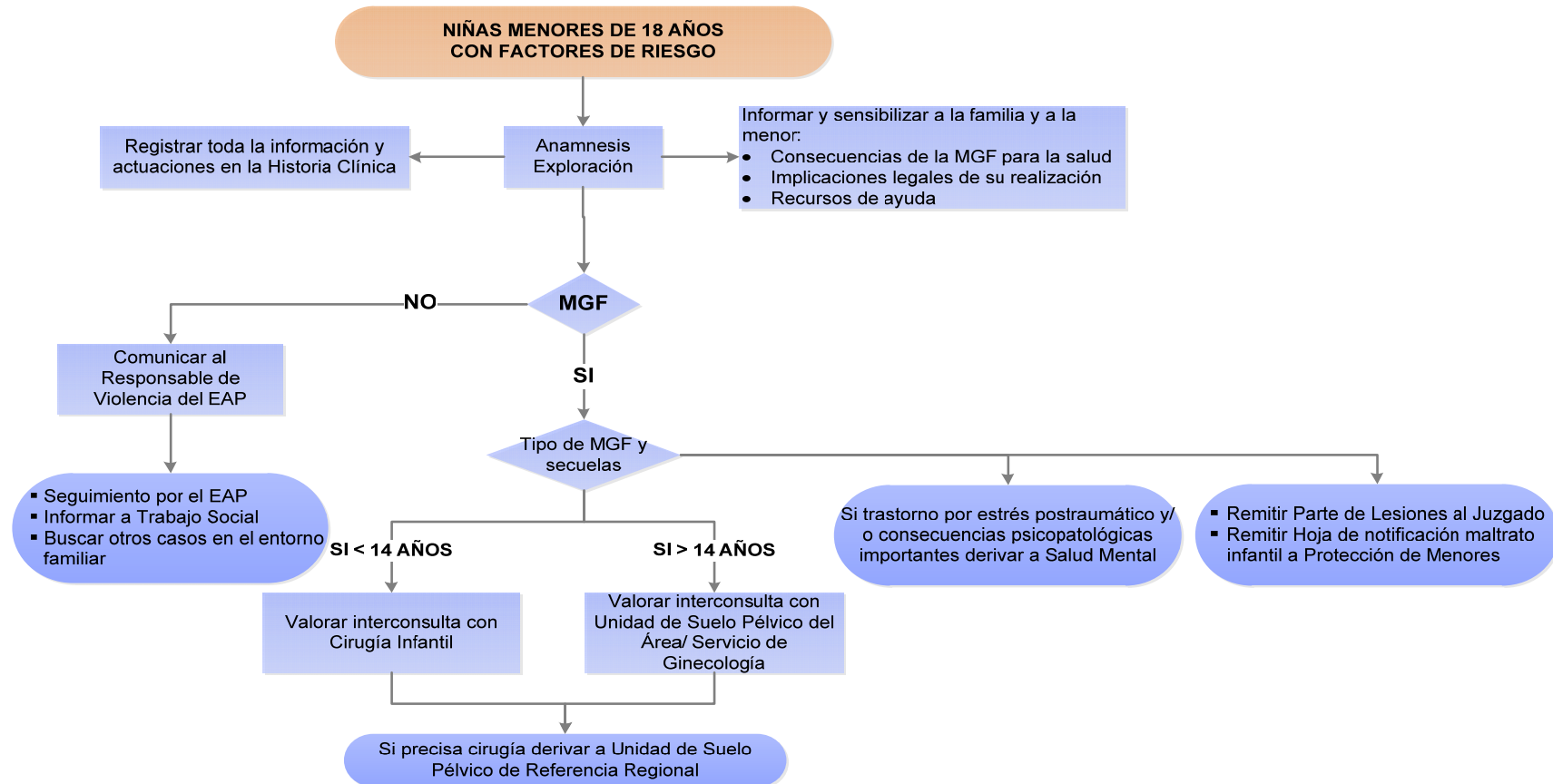
- **Justicia, Igualdad de género**
http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genital-mutilation/index_en.htm;
- **Relaciones internacionales y asuntos exteriores**
http://ec.europa.eu/news/external_relations/130308_en.htm
- **Campaña europea ‘Tolerancia Cero hacia la mutilación genital femenina’**
http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/130306_en.htm
<http://ec.europa.eu/avservices/video/player.cfm?sitelang=en&ref=I080547>
<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.501725093208309.1073741825.107898832590939&type=1>
- **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
- **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

❖ INSTITUTO EUROPEO DE IGUALDAD DE GÉNERO (EIGE)

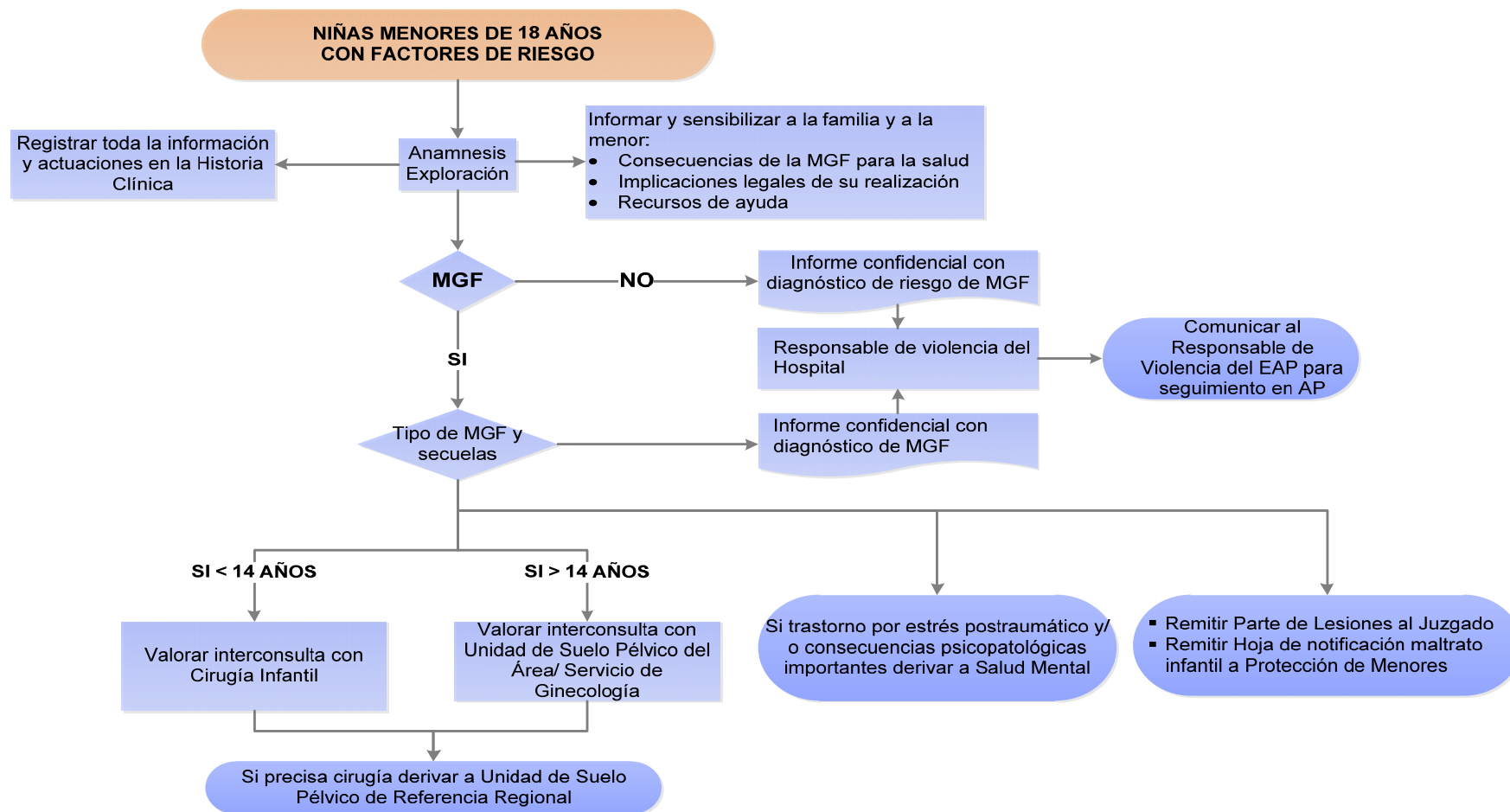
- <http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>
- **Estudio sobre la mutilación genital femenina en la Unión Europea y Croacia (2013)**
<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-in-the-european-union-and-croatia-report>
- **Datos por país**
Hoja de datos por país
<http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>
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>
- **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>
- **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>
- **Bibliografía selecta**
<http://eurogender.eige.europa.eu/sites/default/files/Additional%20resources%20on%20FGM.pdf>
- **Debate online sobre mutilación genital femenina, 29 de octubre de 2013**
<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-report-from-online-discussion>

15. ALGORITMOS

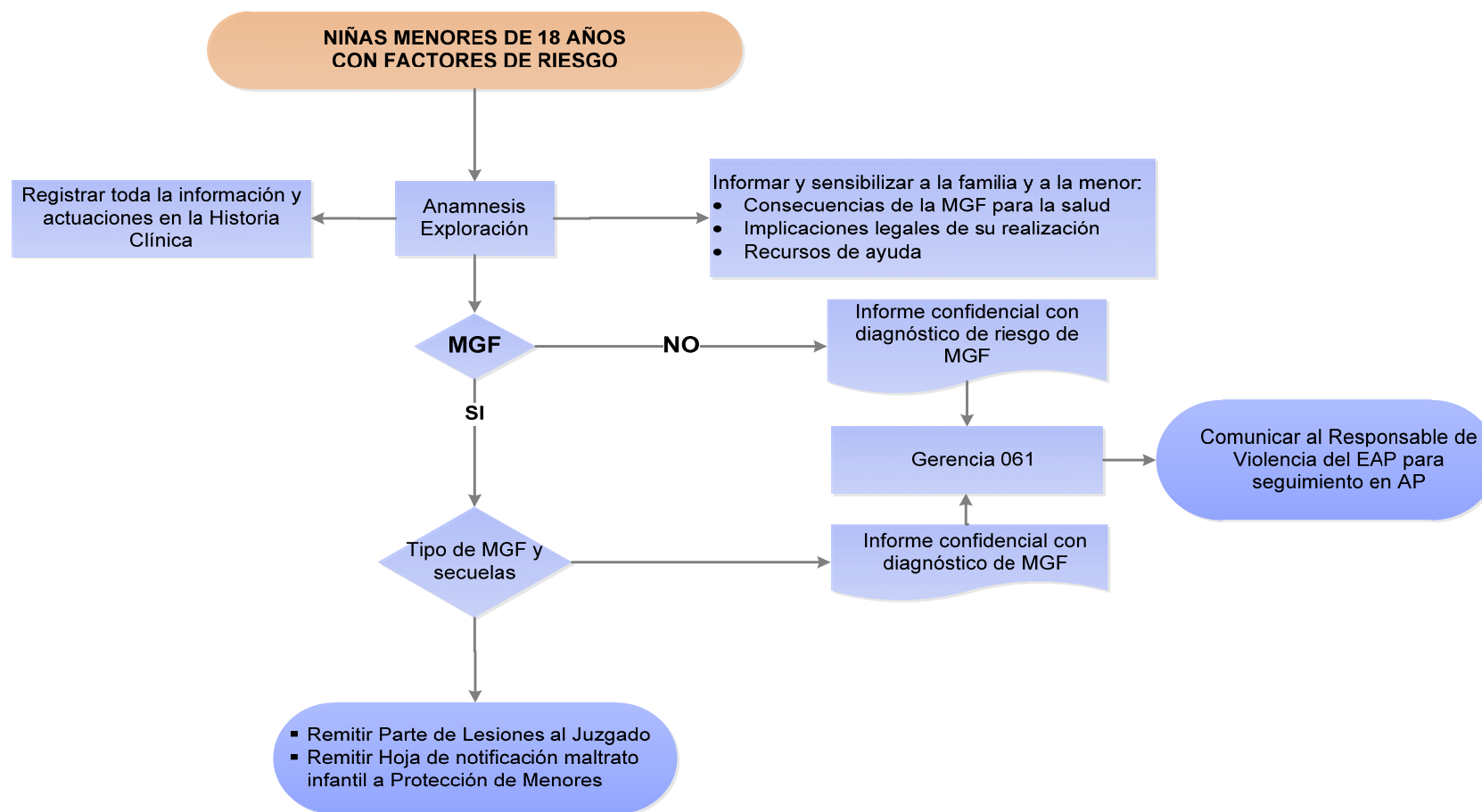
ALGORITMO 1: DETECCIÓN NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA



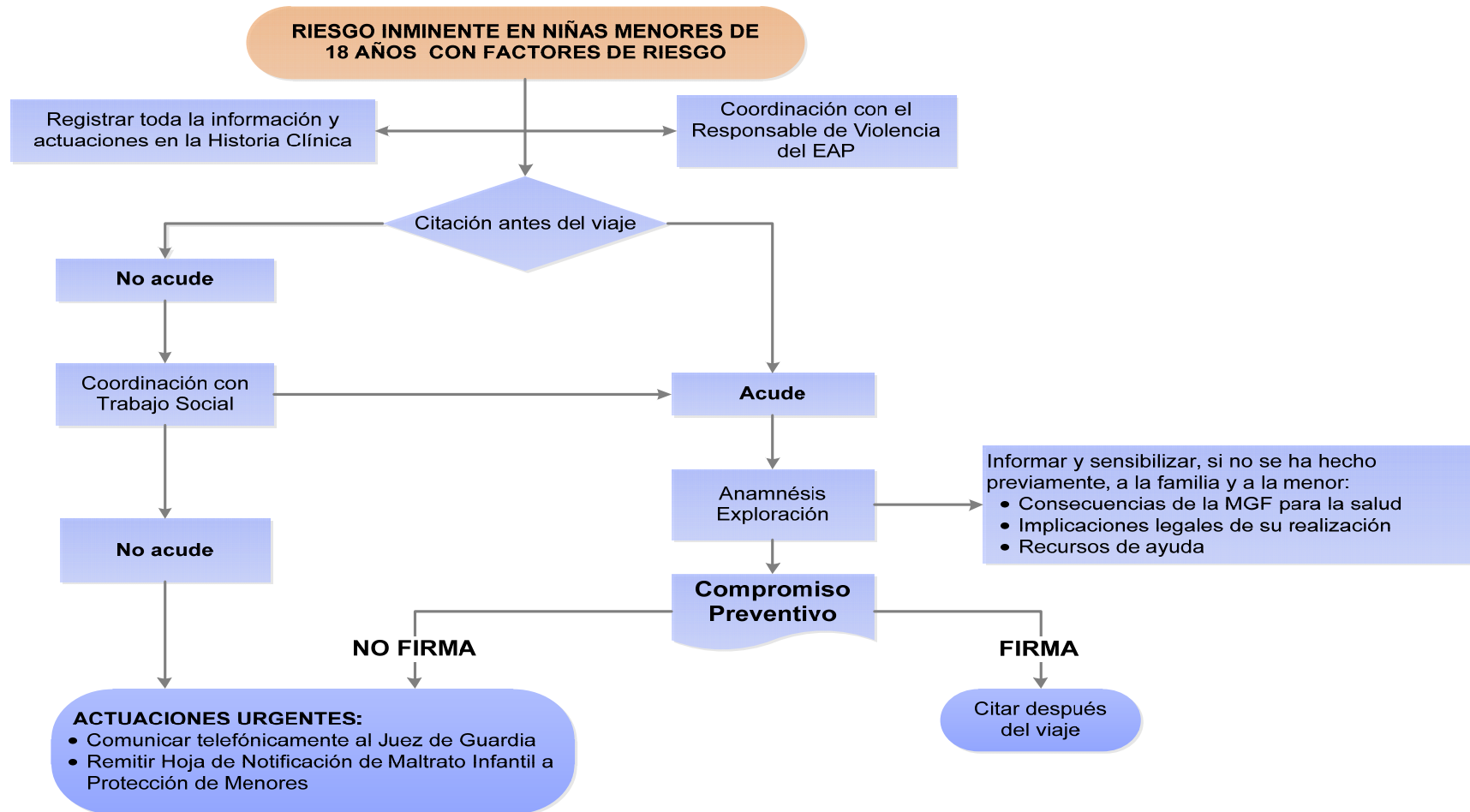
ALGORITMO 2: DETECCIÓN DE NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO EN HOSPITAL



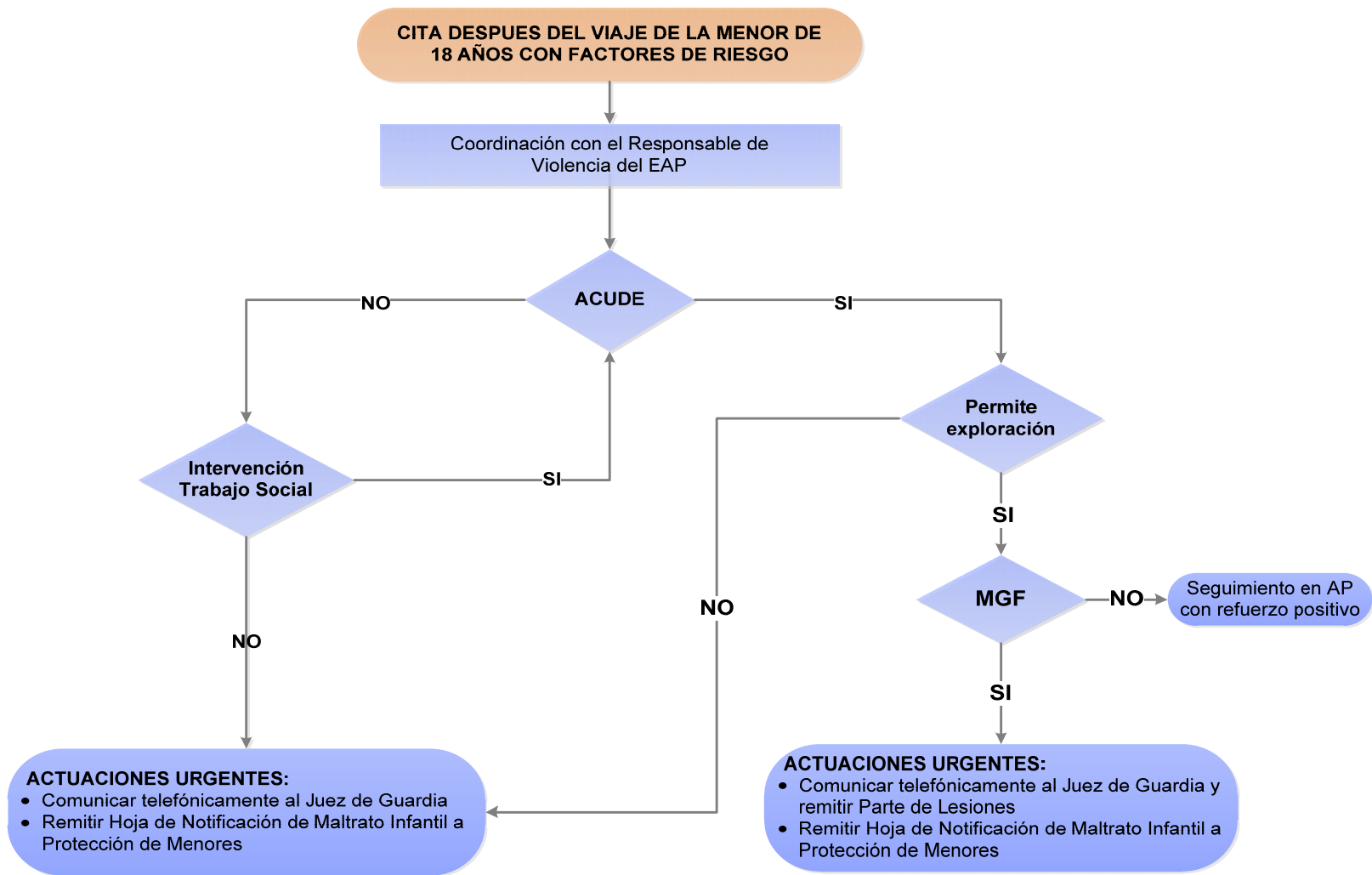
ALGORITMO 3: DETECCIÓN NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO EN SUAP



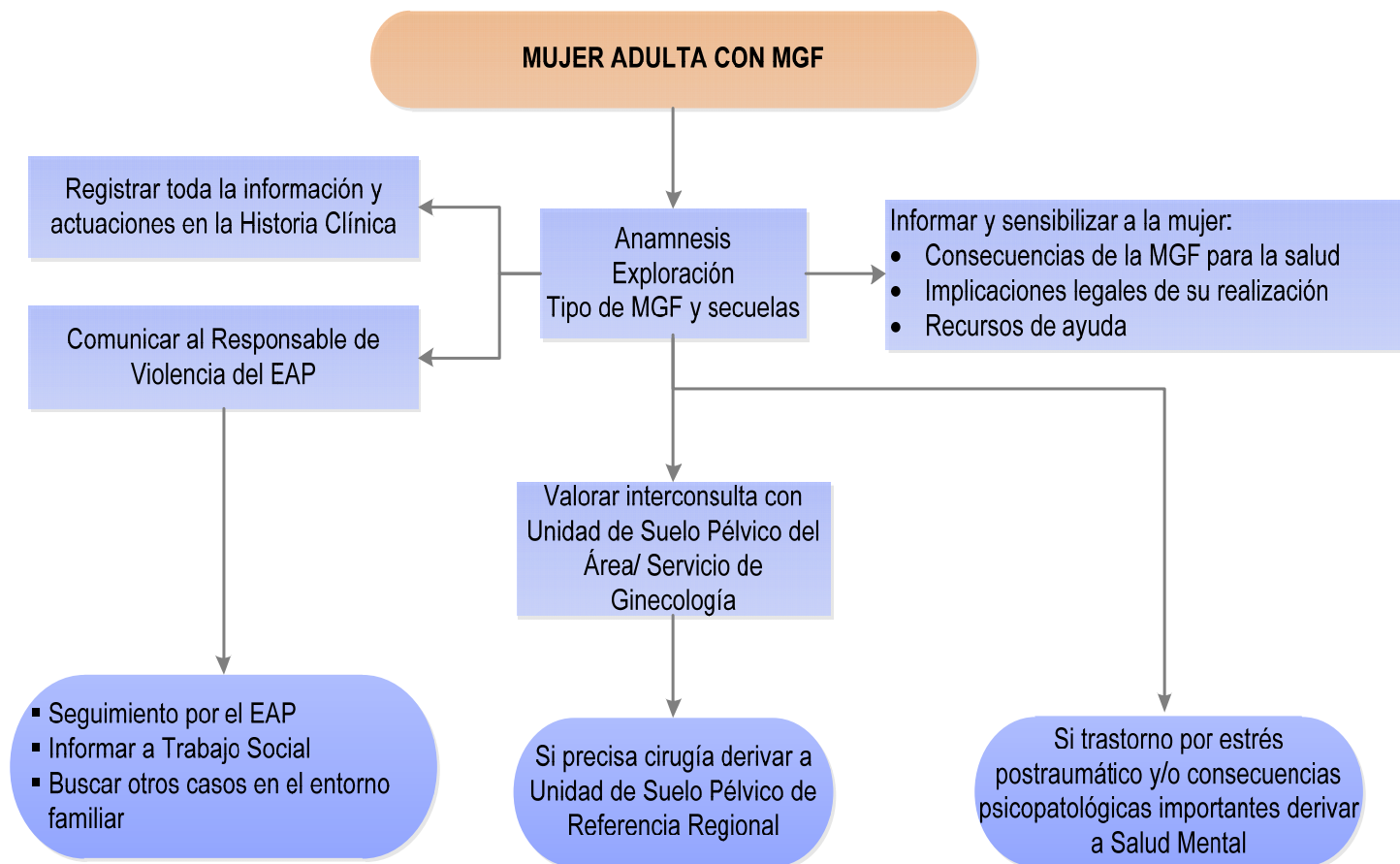
ALGORITMO 4: ACTIVIDAD PREVENTIVA CON NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS ANTE RIESGO INMINENTE (ANTES DE UN VIAJE)



ALGORITMO 5: CITA DESPUÉS DEL VIAJE DE LA MENOR DE 18 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO



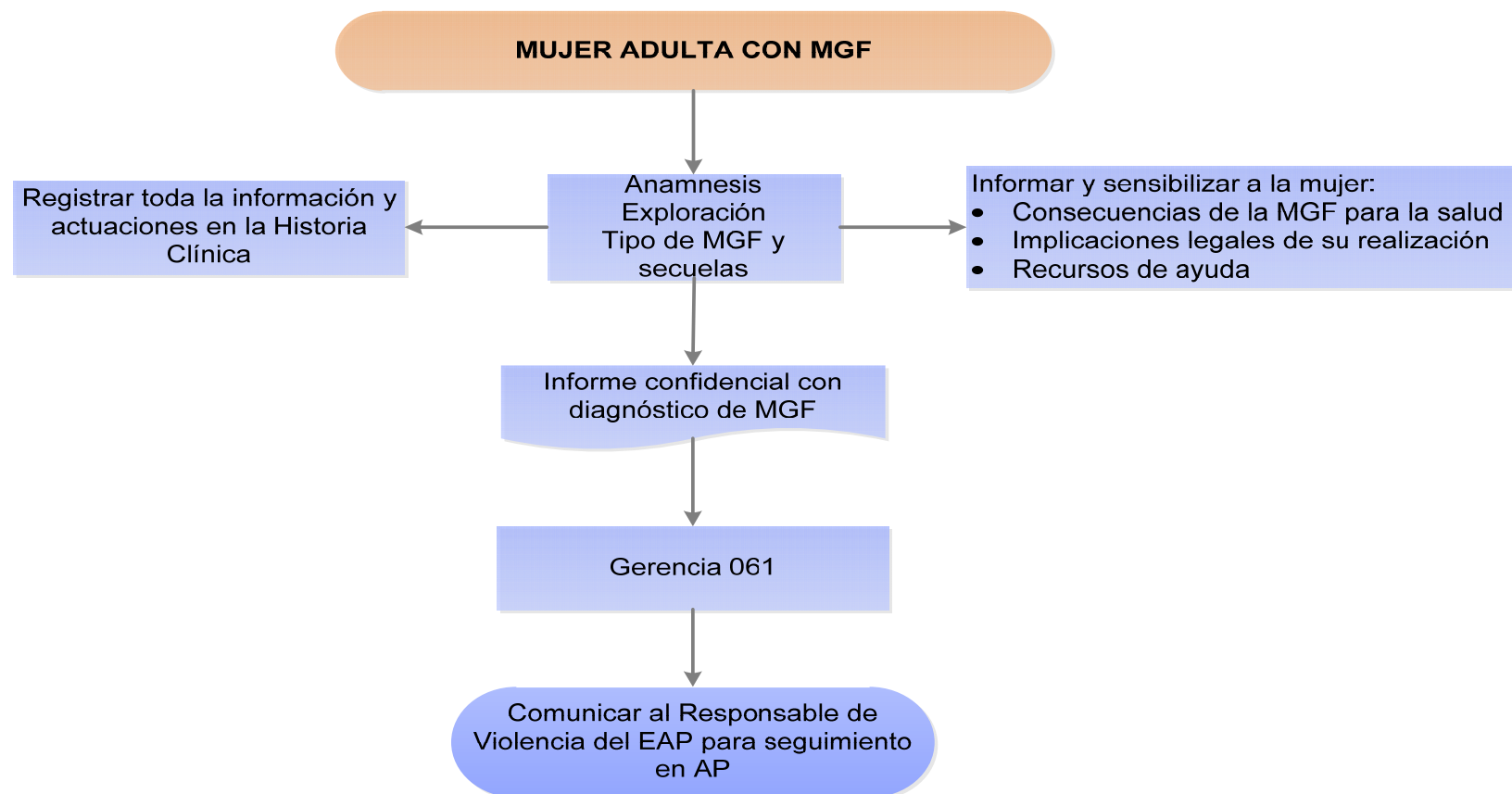
ALGORITMO 6: DETECCIÓN MUJER ADULTA CON MGF EN ATENCIÓN PRIMARIA



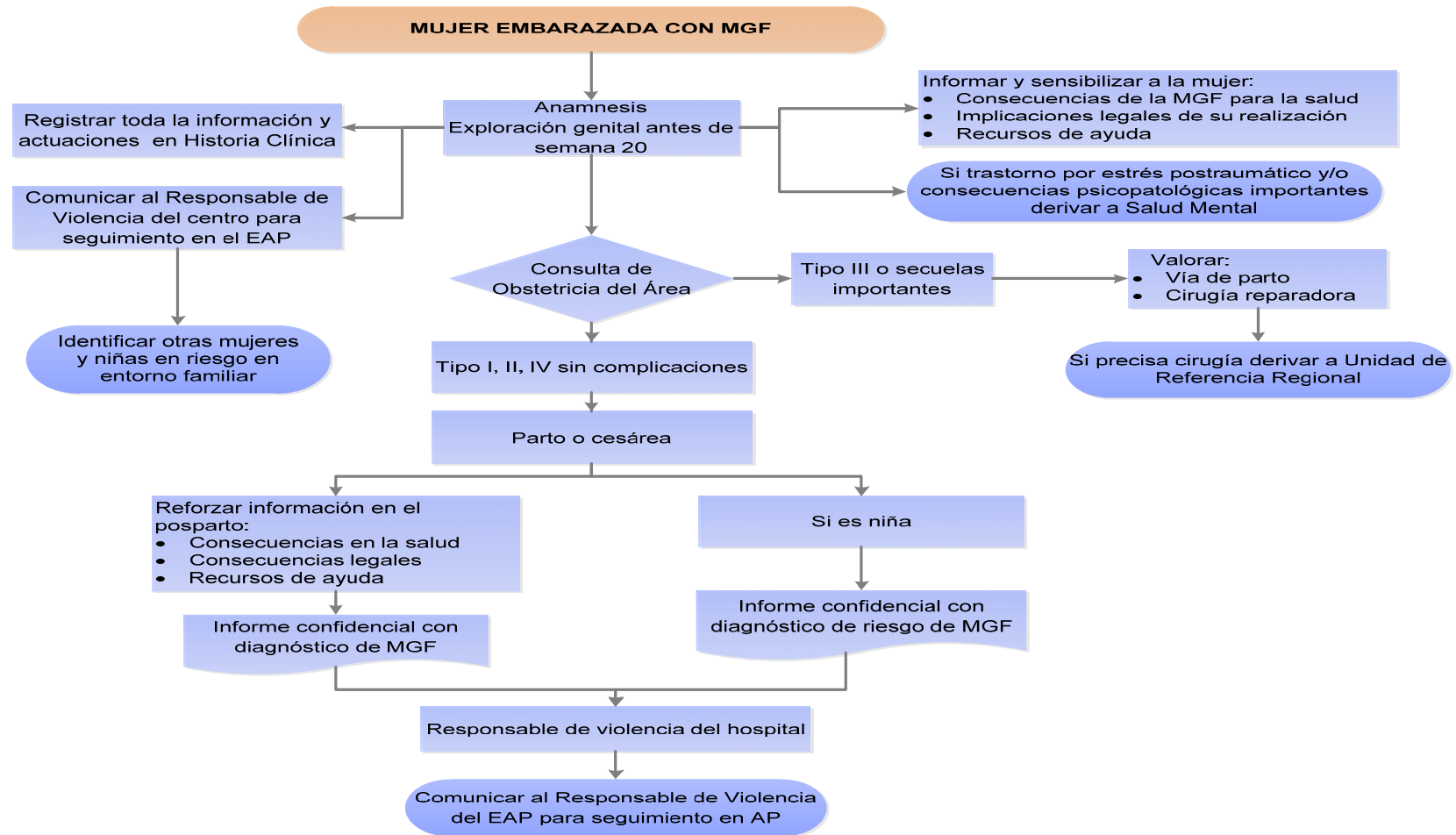
ALGORITMO 7: DETECCIÓN MUJER ADULTA CON MGF EN HOSPITAL



ALGORITMO 8: DETECCIÓN MUJER ADULTA CON MGF EN SUAP



ALGORITMO 9: DETECCIÓN MUJER EMBARAZADA CON MGF



16 ANEXOS

16.1 ANEXO I: VALORACIÓN SOCIOSANITARIA

En el proceso migratorio influyen unos determinantes de salud que van a marcar la situación socio-sanitaria de la mujer inmigrante y su familia:

1. Situación económica

La mujer inmigrante y su familia suele presentar problemas laborales de inestabilidad y precariedad de empleo, siempre temerosa de perder su trabajo y, en ocasiones, sometida a explotación, si su situación es irregular.

Las responsabilidades contraídas con el país de origen le obligan a enviar dinero y a vivir con escasos recursos, en el país que le acoge.

Si la familia se ha reagrupado, la economía suele ser de subsistencia porque los sueldos no son muy altos y muchos los miembros familiares.

2. Situación sanitaria

Lo primero que se debe tener en cuenta, a la hora de abordar el tema de la MGF es el propio concepto de salud y enfermedad que aportan y que depende de sus características culturales y religiosas, en las que también influye en gran medida, el propio nivel educativo.

Otra dificultad es el desconocimiento del sistema sanitario del país que le acoge, de su organización y funcionamiento. Además de su situación administrativa, dependiendo de si es regular o no.

3. Situación socio-cultural

Considerando que las mujeres inmigrantes son en muchos casos, un colectivo marginado desde distintos puntos de vista (político, legal, económico, laboral) y considerando que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad física, sino el resultado de una mezcla armoniosa de casi todos los factores mencionados anteriormente, resultaría que su situación psicosocial, no sería precisamente buena para tener un estado de salud óptimo. Por lo que es necesario conocer algunos de sus valores culturales a la hora de preguntar sobre MGF.

4. Estilos de vida

- **Hacinamiento:** las viviendas suelen ser de escasa calidad y peores condiciones de saneamiento higiénico-sanitario, con un alto coste para su sueldo y donde viven grandes grupos de personas o familias numerosas con espacios que resultan pequeños y, en ocasiones, no diferenciados lo que facilita los contagios.
- **Estrés y/o angustia** que el fenómeno migratorio produce en la mujer inmigrante al tener que enfrentar todos los cambios y las nuevas situaciones que van surgiendo que, en muchos, casos se traduce en somatizaciones.
- **Aislamiento:** el proceso migratorio obliga a la persona a romper con sus lazos familiares, así como con sus referencias culturales lo que produce sensación de soledad, angustia por estar en un entorno extraño con dificultades de estancia y supervivencia, lo que va a marcar su situación personal y forma de relacionarse. En ocasiones una manera de mantener y perpetuar su cultura es continuar con la práctica de la MGF. Las niñas deben adaptarse a hábitos, horarios y relaciones diferentes a las vividas hasta ahora, incluyendo, muchas veces, la responsabilidad a la que se les somete al ser las traductoras de sus progenitores. Por lo que no debemos utilizarlas en el abordaje de la MGF.

16.2. ANEXO II: HOJA NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

**HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha

Maltrato

MALTRATO FÍSICO

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moratones ¹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras ²
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas ³
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Heridas ⁴
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales ⁵
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas ⁶
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada ⁷
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸

NEGLIGENCIA

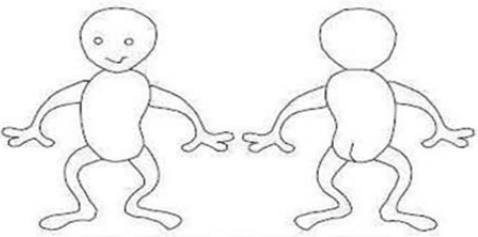
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene ⁹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión ¹⁰
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional ¹³
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

<input type="checkbox"/> S	Sin contacto físico
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y con penetración
<input type="checkbox"/> S	Dificultad para andar y sentarse
<input type="checkbox"/> S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="checkbox"/> S	Dolor o picor en la zonal genital
<input type="checkbox"/> S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
<input type="checkbox"/> S	Cerviz o vulva hinchados o rojos
<input type="checkbox"/> S	Explotación sexual
<input type="checkbox"/> S	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="checkbox"/> S	Enfermedad venérea ¹⁷
<input type="checkbox"/> S	Apertura anal patológica ¹⁸
	Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/>



Señale la localización de los síntomas

Otros síntomas o comentarios:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí	
Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 150px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Centro: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Servicio / Consulta: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Nombre: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>	N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>		

ANEXO IIB: ANEXO HOJA NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

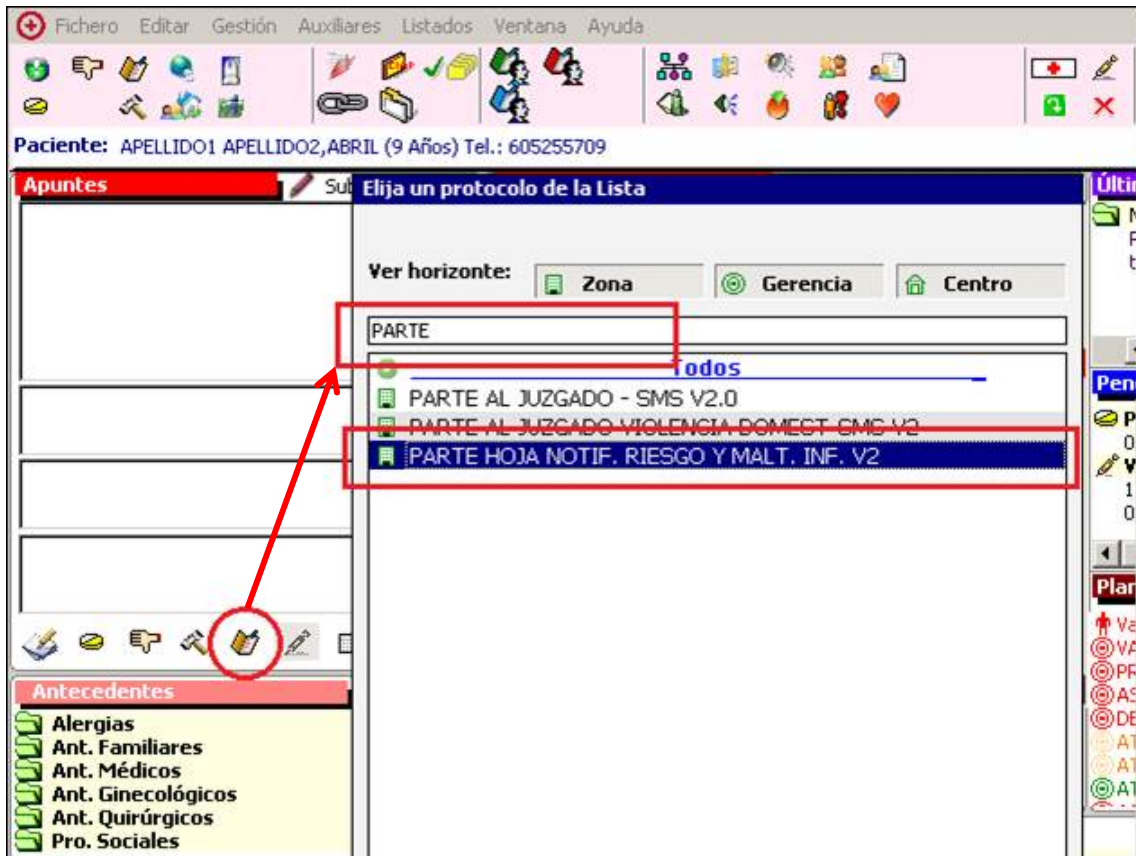
- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de bufluelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual. Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbite lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

16.3. ANEXO III: MALTRATO INFANTIL EN OMI-AP



NOTIFICACION RIESGO | HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO | SMS - PROTOCOLOS V2.0

SOSPECHA MALTRATO Caso fatal (fallecimiento) Sí No

Acompañante: Padre Madre Tutor Policía Vecino Otros (especificar) _____

Profesional: Medicina Enfermería Trabajo Social Matrón Psicología

MALTRATO FÍSICO

Magulladuras o moratones 1 Quemaduras 2 Fracturas óseas 3

Heridas 4 Lesiones viscerales 5 Mordeduras humanas 6

Intoxicación forzada 7 Síndrome del niño zarandeado 8

NEGLIGENCIA

Escasa higiene 9 Falta de supervisión 10

Cansancio o apatía permanente Problemas físicos o necesidades médicas 11

Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12 No va a la escuela

Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

Maltrato emocional 13 Retraso físico emocional y/o intelectual 14

Intento de suicidio Cuidados excesivos / sobreprotección 15

ABUSO SEXUAL

Sin contacto físico Sí No Con contacto físico y sin penetración 16 Sí No

Con contacto físico y con penetración Sí No *Riesgo alto para sodar y coartar*

Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada Sí No Dolor o picor en la zona genital Sí No

Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal Sí No Cervix o vulva hinchados o rojos Sí No

Explotación sexual Sí No Semen en la boca, genitales o ropa Sí No

Enfermedad venérea 17 Sí No Apertura anal patológica 18 Sí No

Himen perforado Sí No

DESCRIPCIÓN DE LESIONES, SÍNTOMAS O COMENTARIOS: Sospecha de MSF

16.4 ANEXO IV: MALTRATO INFANTIL EN SELENE

Acceder al formulario desde este icono:



Indicadores	Sintomas y Comentarios
→ MALTRATO FISICO	
Magulladuras o moratones 1	Ninguno
Quemaduras 2	Ninguno
Fracturas óseas 3	Ninguno
Heridas 4	Ninguno
Lesiones viscerales 5	Ninguno
Mordeduras humanas 6	Ninguno
Intoxicación forzada 7	Ninguno
Síndrome del niño zarandeado 8	Ninguno
→ NEGLIGENCIA	
Escasa higiene 9	Ninguno
Falta de supervisión 10	Ninguno
Cansancio o apatía permanente	Ninguno
Problemas físicos o necesidades médicas 11	Ninguno
Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12	Ninguno
No va a la escuela	Ninguno
Ha sido abandonado	Ninguno
→ MALTRATO EMOCIONAL	
Maltrato emocional 13	Ninguno
Retraso físico emocional y intelectual 14	Ninguno
Intento de suicidio	Ninguno
Cuidados excesivos sobreprotección 15	Ninguno
→ ABUSO SEXUAL	
Sin contacto físico	<input type="checkbox"/>
Con contacto físico y sin penetración 16	<input checked="" type="checkbox"/>
Con contacto físico y con penetración	<input type="checkbox"/>
Dificultad para andar y sentarse	<input type="checkbox"/>
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	<input type="checkbox"/>
Dolor o picor en la zona genital	<input type="checkbox"/>
Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal	<input type="checkbox"/>
Cervix o vulva hinchados o rojos	<input type="checkbox"/>
Explotación sexual	<input type="checkbox"/>
Semen en la boca, genitales o ropa	<input type="checkbox"/>
Enfermedad venérea 17	<input type="checkbox"/>
Indicadores	Sintomas y Comentarios
→ Otros sint. o coment	
Sospecha o Maltrato	<input type="text" value=""/>
Caso fatal (fallecimiento)	<input type="checkbox"/>
Localización de síntomas	
Otros síntomas o comentarios	<input type="text" value="Sospecha de MGF"/>

16.5 ANEXO V: COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA (*disponible en varios idiomas*)

Desde el Centro de Salud:

.....

Se informa a los familiares/ responsables de la niña (Nombre y apellidos) y cuya fecha de nacimiento es (fecha), acerca de:

Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.

El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.

La práctica de la mutilación genital 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, si viajan, al regreso del viaje, o cuando sea requerida, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico 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 profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la menor de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

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

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

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra/ Médico

16.6 ANEXO VI: DATOS QUE DEBE CONTENER EL PARTE DE LESIONES DE MGF

Datos de la persona que realizó la mutilación:

- ✓ Relación de parentesco/vínculo con la niña (familiar/otra persona de la comunidad del país de origen/ desconocida)
- ✓ Nombre y apellidos
- ✓ Dirección y/o teléfono

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 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

Otros datos relativos a la madre:

- ✓ Si tiene practicada una MGF
- ✓ Tipo (I, II, III)
- ✓ Si tiene más hijas (nombre y edades) o no

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:

- ✓ Centro Sanitario
- ✓ Nombre, apellidos y número de colegiado

17 .BIBLIOGRAFÍA

III Jornadas Internacionales. Mutilación Genital Femenina: Una realidad en Europa. Madrid 2014. Disponible en: <http://unaf.org/wpcontent/uploads/2014/02/Conclusiones.pdf>

Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG* 2015; 122:294–303.

Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. *A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting*. *International Journal Gynecology and Obstetrics* 2015; 125:93-97

Asociación Mujeres Entre Mundos. Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Dirección General de Violencia de Género. Instituto Andaluz de la Mujer. 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/06/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf

Berg, R. C., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013.

CIE-10-ES Diagnósticos (Edición electrónica). Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, modificación clínica. Edición Española. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=MUTILACION+GENITAL&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1460707389632&indiceAlfabetico=estado+mutilacion+genital+feme...

Female Genital Mutilation and its Management. Green-top Guideline No. 53. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, July 2015

Kaplan-Marcusan A. et al. Las mutilaciones genitales femeninas en España. Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de Salud, la Educación y los Servicios Sociales. *Migraciones* (19) 2006, 189-217. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf

Kaplan-Marcusan A. y López Gay, A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012. Fundación Wassu-UAB. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient%C3%ADficas.html

Kaplan-Marcusan A, Salas N, Mangas A. (Fundación WASSU UAB) La Mutilación Genital Femenina en España. MSSSI. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

España. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*. Núm. 175, de 23 de julio de 2015.

López-Olmos. Mutilación genital y reconstrucción del clítoris. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2016-04-01, volumen 43, número 2: 92-96

Mangas, A. [2011-2015] Una mirada caleidoscópica de la mutilación genital femenina en Cataluña". Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesis doctoral en curso]

Maternity - Pregnancy and birthing care for women affected by female genital mutilation or cutting guidelines. Clinical Practice Guidelines Portal, 2014

Médicos Mundi Andalucía. Mutilación Genital Femenina más que un problema de salud. Granada, 2008 Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Guxa_Mutilacixn_femenina_mas_que_un_problema_de_salud.pdf

Médicos Mundi Andalucía. Mutilación genital femenina: abordaje y prevención. Granada. 2009. Disponible: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5836e820d3412_mgf-libro-2-definitivo.pdf

OMS. An update on WHO`s work on female genital mutilation (FGM). Progres report 2011 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf

OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación Genital Femenina. OPS. Washington DC, 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98838/1/WHO_RHR_12.41_spa.pdf

OMS. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. World Health Organization, 2016. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf?ua=1

Programa Integral de Atención a la Mujer. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. 2012. Disponible en:
https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM_2012.pdf

Protocolo básico de intervención contra el Maltrato Infantil. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008. Disponible en:
http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Protocolo_contra_Maltrato_Infantil.pdf

Protocolo Común de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) en la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública. 2016. Disponible en:
http://www.san.gva.es/documents/151311/6735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf

Protocolo de actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. 2007. Disponible en:

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

Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. 2010. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf

Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. 2011. Disponible en:

<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documents/Protocolo.pdf>

Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. 2016. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documents/protocolo_mutilacion_2016.pdf

Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Gobierno de Navarra. 2013. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/ronlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>

Sau Giralt I y Mas Carrera A. La mutilación genital femenina. Abordaje desde la Atención Primaria. FMC. 2011; 18(2):54-8.

UNAF. Guía para profesionales. La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e Intervención. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2013. Disponible en: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>

UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Comité Español. Madrid, 2006. Disponible en: https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf

UNICEF. Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nueva York 2013. Disponible en: https://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_Spanish_17July2013.pdf

Varol Nesrin, Dawson Angela, Turkmani Sabera, Hall JJ. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006-2012: a descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (2016)

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

18. ABREVIATURAS

- **MGF:** Mutilación Genital Femenina.
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **UNAF:** Unión de Asociaciones Familiares
- **ONU:** Organización de Naciones Unidas.
- **LEC:** Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **AP:** Atención Primaria.
- **PANA:** Programa de Atención al Niño y al Adolescente.
- **PIAM:** Programa Integral de Atención a la Mujer
- **EAP:** Equipo de Atención Primaria.
- **UTS:** Unidad de Trabajo Social.
- **GPC:** Guía Práctica Clínica.
- **ONG:** Organización No Gubernamental
- **CIAP** Clasificación Internacional de Atención Primaria
- **CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **OMI-AP:** Módulo de Historia Clínica de Atención Primaria
- **SELENE:** Módulo de Historia Clínica de Atención Hospitalaria