



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública



GUIA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Septiembre 2021

Participantes en la elaboración del Documento

- *Mar Sánchez Movellán*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad (Coordinación del documento)
- *Purificación Ajo Bolado*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad (Coordinación del documento)
- *Susana Fernandez Iglesias*. Subdirección de Asistencia Sanitaria. Servicio Cántabro de Salud.
- *Rosario Quintana Pantaleón*. Ginecóloga. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud.
- *Mónica Vargas Leal*. Trabajadora Social. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.
- *Sonia Ojugas Zabala*. Matrona Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.
- *Yolanda Jubete Castañeda*. Ginecóloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.
- *Amalia Colina Martín*. Ginecóloga. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud.
- *Jesús Mazaira Salcedo*. Ginecólogo. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud.
- *Carmen Rodriguez Campos*. Pediatra. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.
- *Víctor Canduela Martínez*. Pediatra. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud.
- *M^a Jesús Cabero Pérez*. Pediatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.
- *Mar Campo Suárez*. Enfermera Pediatría. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.

ÍNDICE	PAG
Introducción	3
La mutilación genital femenina	4
¿Por qué se practica la MGF?	6
¿Cuándo y cómo se realiza?	7
¿Dónde se practica?	9
¿Cuál es la situación en España y Cantabria?	9
Aspectos éticos y legales de la MGF en España	12
Consecuencias para la salud de las niñas y mujeres	12
Escenarios posibles	15
Intervención desde los servicios de salud	15
Actuaciones preventivas en menores de 18 años o mayores con dependencia socioeconómica familiar en situación de riesgo	17
Intervención con menores de 18 años que ya han sufrido MGF	20
Intervención con mujeres de 18 años o más que han sufrido MGF	22
Actuaciones en el embarazo y parto	24
Codificación de la MGF	26
Algoritmo 1: medidas preventivas en menores de 18 años o mayores con dependencia socioeconómica familiar	27
Algoritmo 2: medidas preventivas en la mujer adulta	28
Algoritmo 3: medidas preventivas en la mujer embarazada	29
Anexo I: compromiso informado de prevención de la MGF	30
Anexo II: hoja de notificación al juzgado o fiscalía de menores de casos de riesgo o practica de MGF en niña/menor	32
Anexo III. Notificación a la dirección general de salud pública de mujeres/niñas con mutilación genital femenina	33
Anexo IV. Notificación a la subdirección de infancia y adolescencia	34
Marco normativo	35
Direcciones de interés	36
Referencias bibliográficas	37

Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) en sus diferentes tipologías, está reconocida como una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Es un acto de violencia contra las mujeres que atenta directamente contra sus derechos sexuales y reproductivos, y niega su derecho a la salud y a la integridad de su propio cuerpo.

La MGF es un problema de salud pública que, según datos de UNICEF de 2019, afecta al menos a 200 millones de niñas y mujeres en el mundo, 44 millones de las cuales son menores de 14 años. Esta práctica se realiza principalmente en 30 países, esencialmente del África subsahariana, pero también en Egipto, Yemen o Indonesia.

Los movimientos migratorios y el aumento de la población refugiada, incrementada en los últimos años, junto con la adopción internacional, ha conllevado que la MGF sea una realidad en los países europeos, entre ellos España. Los primeros casos de MGF en España se detectaron en Cataluña en el año 1993 y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996. Hasta ese momento se consideraba que la MGF era una práctica que sucedía en otros países y se abordaba a través de programas de cooperación al desarrollo. A partir de entonces, instituciones, sociedad civil y profesionales de la salud comenzaron a intentar dar respuesta a esta nueva realidad en España. Según el estudio del *European Institute for Gender Equality* realizado en 2019 en cuatro países de la Unión Europea (Austria, Dinamarca, Luxemburgo y España), la estimación de niñas entre 0 y 14 años procedentes de países donde se practica la MGF que están en riesgo de sufrir MGF, es de 15.562. De estas niñas, aplicando los índices de prevalencia del país de origen correspondiente y valorando el impacto del proceso de aculturación en la realización de la práctica, se estima que 3.652 están en riesgo de sufrir MGF en nuestro país.

Los servicios de salud, por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen un espacio privilegiado para la detección, intervención y prevención de la MGF. El personal sanitario puede desempeñar un papel clave en la prevención de la MGF y, por tanto, contribuir a su erradicación. Pero, para ello, es necesario que conozcan esta práctica y sepan cómo actuar con un enfoque de derechos humanos y equidad de género.

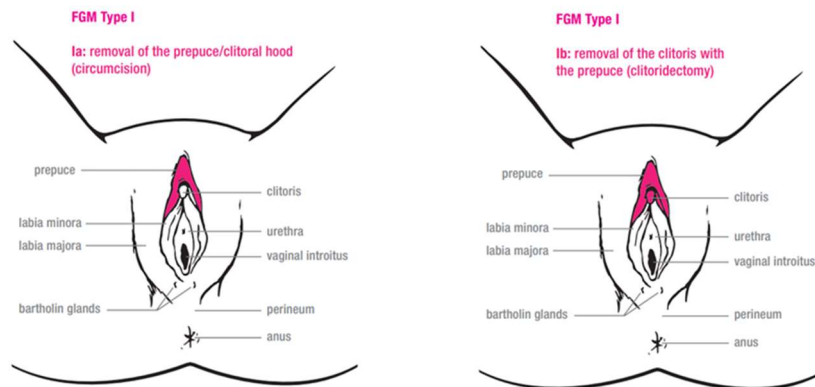
Aunque desde 2015 disponemos del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF* en el Sistema Nacional de Salud y a pesar de que el número de casos que pueden ser prevenidos o atendidos en Cantabria será pequeño, la erradicación de este tipo de violencia contra las niñas y mujeres forma parte de una acción global de singular importancia por lo que la Consejería de Sanidad ha decidido poner en marcha esta guía de actuación para *Prevención y atención sanitaria a la mutilación genital femenina*, dirigida a prevenir, detectar y atender a las niñas y mujeres mutiladas.

La mutilación genital femenina

Según el artículo 3 h) de la Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, la MGF es una forma de violencia de género, que comprende el conjunto de procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos o lesiones causadas a los órganos genitales femeninos por razones culturales, religiosas o, en general, cualquier otra que no sea de orden estrictamente terapéutico, aun cuando se realicen con el consentimiento, expreso o tácito, de la víctima.

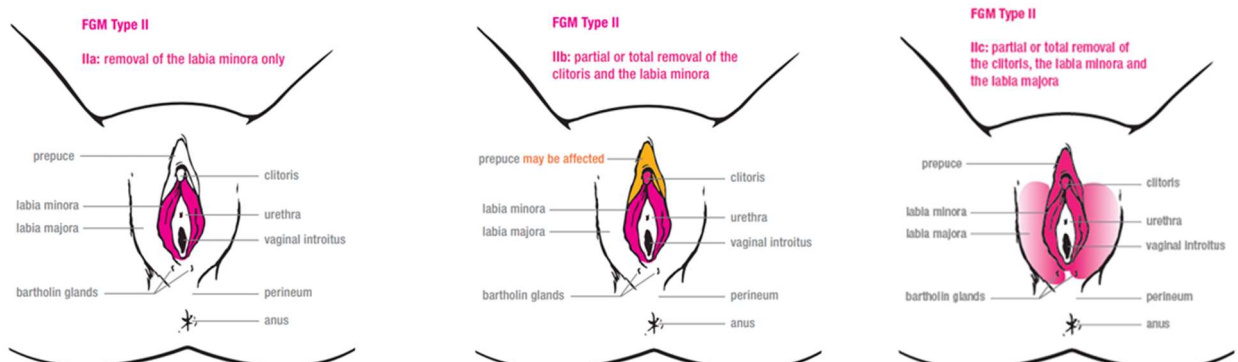
La Organización Mundial de la Salud (2016) establece cuatro tipos de MGF:

- **Tipo I- Circuncisión:** es la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin amputación parcial o total del clítoris. En la literatura médica, es denominada “clitoridectomía”:
 - o **Tipo Ia:** Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión)
 - o **Tipo Ib:** Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía)



World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

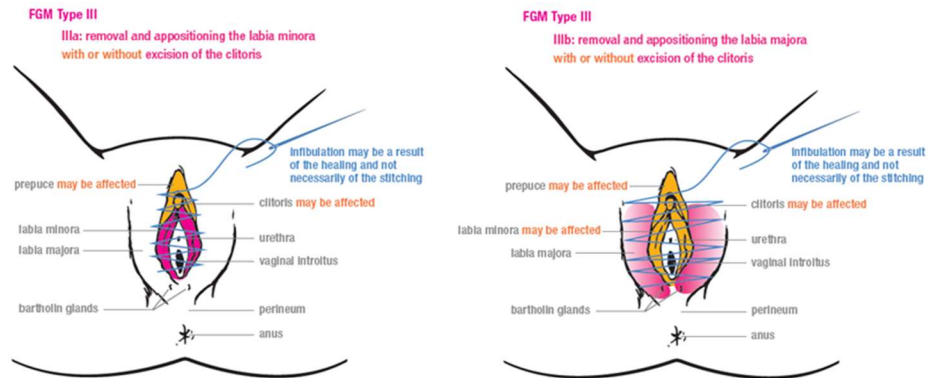
- **Tipo II- Escisión:** Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores y menores:
 - o **Tipo IIa:** Resección de los labios menores solamente.
 - o **Tipo IIb:** Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
 - o **Tipo IIc:** Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.



World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

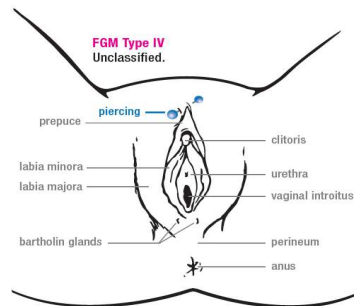
- **Tipo III- Infibulación:** el estrechamiento o sellado de la apertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores, y a veces también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y sangre menstrual:

- **Tipo IIIa:** Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.
- **Tipo IIIb:** Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.



World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.

- **Tipo IV:** Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad “terapéutica” como, por ejemplo: punción, piercing o incisión en el clítoris y/o los labios, elongación del clítoris y/o los labios, cauterización del clítoris y del tejido adyacente, raspaduras del orificio vaginal o corte de la vagina, introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o hierbas en la vagina con la intención de estrecharlo (dry sex o introducción de cocaína en la vagina) o cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición de MGF.



World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation

Las estimaciones de la OMS (2017) indican que aproximadamente el 90% de los casos de MGF incluyen los tipos I o II. Un 10% de los casos son de tipo III.

La desinfibulación hace referencia a la técnica que consiste en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada, de una mujer previamente sometida a infibulación (OMS, 2017). A menudo, es necesario realizar la desinfibulación antes de las primeras relaciones sexuales, para facilitar el parto o simplemente para mejorar la salud y el bienestar de la mujer. La reinfibulación consiste en coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de que haya sido desinfibulada (por ejemplo, después del parto), con el fin de volver a estrecharlo. También se conoce como resutura.

¿Por qué se practica la MGF?

Se desconoce el origen de la MGF, pero se cree que es una práctica milenaria anterior al islam, surgida en el Antiguo Egipto, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia. Esto explicaría que la practiquen los cristianos coptos de Egipto y de Sudán, los judíos falajita de Etiopía y las tribus africanas de culto animista.

Las causas por las que las personas “justifican” la realización de la MGF consisten en una mezcla de factores culturales, religiosos y sociales existentes en familias y comunidades basadas en la desigualdad de género:

- **Identidad cultural:** es una razón de peso que sustenta su realización y complica enormemente su erradicación. Realizar la MGF aumenta el sentimiento de pertenencia e identificación con el grupo. No realizar la MGF tiene un gran coste personal, familiar y social para la mujer y las familias. Las mujeres que no la tienen practicada se enfrentarán al aislamiento social, al rechazo y a la soledad; en una sociedad en la que el valor de una mujer, y su propia subsistencia, dependen en gran medida de si está casada y del número de hijos e hijas que tiene. Forma parte de un proceso de iniciación que conlleva una transición cultural y un reconocimiento colectivo. Con ella, una niña es considerada plenamente como mujer, y marca la diferenciación de sexos y de papeles en la vida y en el matrimonio.
- **Motivos religiosos.** A menudo se justifica la MGF amparándose en la falsa creencia de que es un precepto religioso.
- **Control de la sexualidad:** Se considera que una mujer que ha sido mutilada es una mujer con mayor probabilidad de permanecer virgen y con menor deseo sexual, garantizándose así su fidelidad. Se cree también que incrementa el placer sexual en el hombre.
- **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 estéticas y de higiene.** Percibir los genitales externos de las mujeres como partes del cuerpo que son “sucias” si no están mutiladas. El hecho de modificarlos hace que a las niñas se las considere “limpias”, por lo que la comunidad le permite realizar ciertas tareas como la manipulación del agua y de los alimentos. Se considera también que los genitales externos femeninos son partes “antiestéticas”, que hay que “alisar” y conseguir así que la mujer/niña cumpla con el estándar de belleza de su comunidad.

¿Cómo y cuándo se realiza?

La edad, el tipo de mutilación y la manera en que se practica varían según el país, el grupo étnico, el origen socioeconómico o el carácter rural o urbano del área al que pertenecen las niñas y sus familias.

Se practica con mayor frecuencia en algún momento entre la lactancia y los 15 años de edad, aunque se suele hacer antes de la primera menstruación. En los últimos años se observa una tendencia a realizarla a edades más tempranas, de forma que se calcula que en la mitad de los países en los que se realiza, ésta se lleva a cabo en niñas menores de 5 años, incluso de pocas semanas o meses de vida, constatándose que cada vez se asocia menos con un ritual de paso a la edad adulta.

Las mutilaciones, fundamentalmente en el medio rural, se realizan en grupo, de forma que se mutila al mismo tiempo a muchas niñas de la misma comunidad, otras veces se hace de forma individual, sobre todo en las zonas urbanas. La mutilación suele ser realizada por una mujer de edad avanzada, muy respetada en la comunidad, que habitualmente suele ser la partera o la curandera del grupo y que no posee conocimientos de cirugía ni de medicina. El cómo realizar esta práctica le ha sido transmitido de generación en generación.

La práctica se realiza normalmente en unas condiciones poco higiénicas, con instrumentos no esterilizados (cuchillas de afeitar, cuchillos especiales, tijeras, trozos de vidrio, piedras afiladas, u otros utensilios) y sin anestesia, por lo que pueden existir complicaciones inmediatas o bien a medio o largo plazo, sin olvidar las complicaciones obstétricas. En países como en Egipto también se realizan por personal sanitario, pese a la recomendación en contra de la OMS.

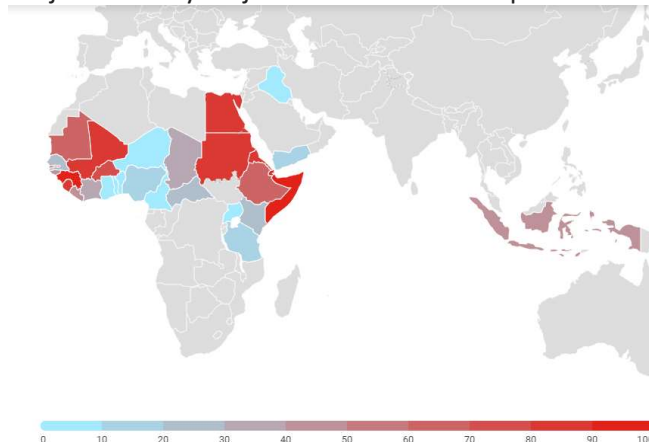
¿Dónde se Practica?

La práctica de la MGF está vigente bajo diversas formas en unos cuarenta países, siendo África el continente dónde más extendida se encuentra: Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, Costa de Marfil, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda, y Djibuti. También se lleva a cabo en algunas zonas de Oriente Medio (Egipto, Omán, Emiratos Árabes Unidos, Yemen), en determinadas comunidades de Asia (Sri Lanka, Indonesia, Malasia e India) y se tiene conocimiento de que algunos grupos indígenas de América Latina la practican.

Egipto, Etiopía, Kenia, Nigeria, Somalia y Sudán representan el 75% de todos los casos de este tipo, según Naciones Unidas. En Djibuti y en Somalia, el 98% de las niñas sufren mutilaciones.

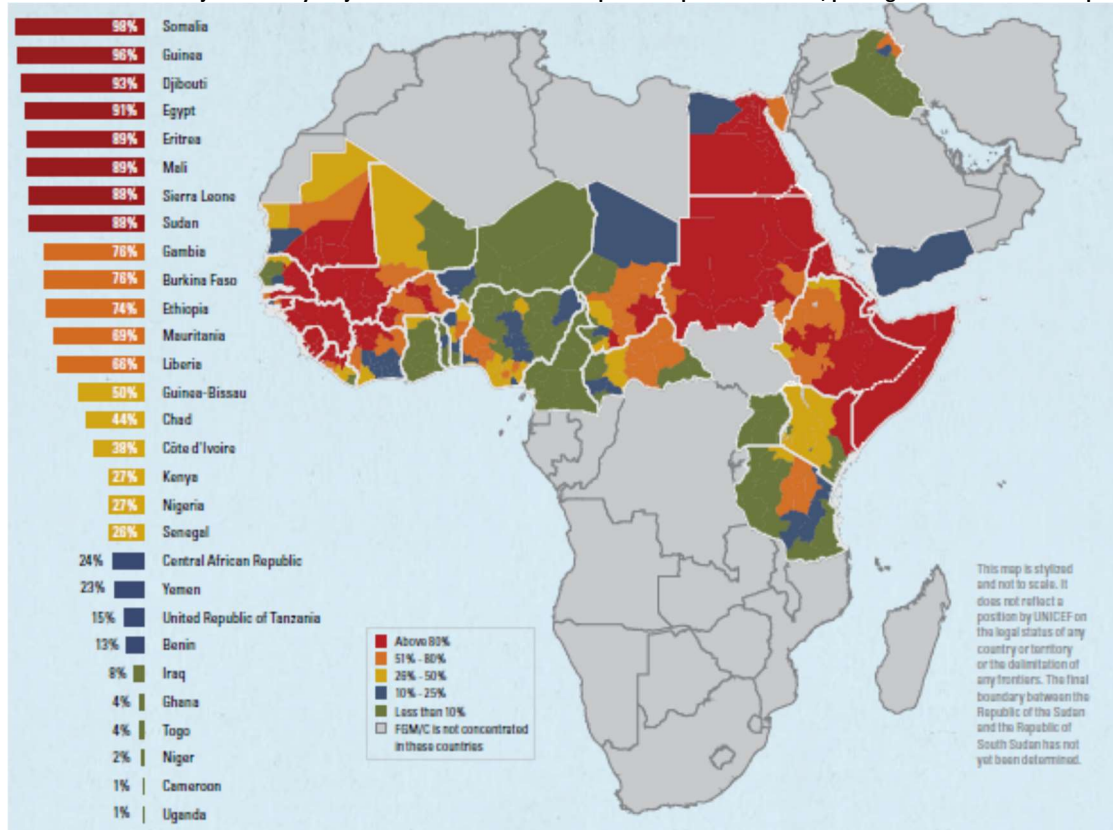
Es importante señalar que no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todas las etnias practicantes, siguen el mismo procedimiento. En cualquier caso, hay que recalcar que la tradición de practicar la MGF depende más de la identidad étnica de las niñas que del país al que pertenecen.

Prevalencia de la mutilación genital femenina según países con datos
 Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sufrido MGF



Fuente: UNICEF global databases, 2019, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2018
<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>

Prevalencia. Porcentaje de niñas y mujeres entre 15-49 años a las que se ha practicado MGF, por regiones dentro de cada país



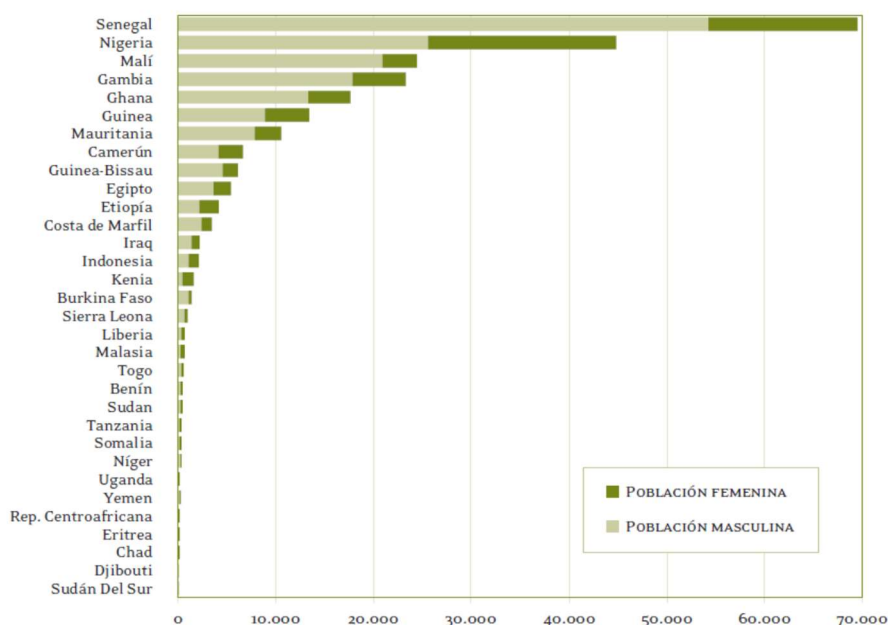
Fuente: UNICEF (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio. p 26.

¿Cuál es la situación en España y en Cantabria?

En España no disponemos de datos epidemiológicos o de prevalencias de MGF. Nuestra única referencia son los datos del padrón para situar a la población que reside en España procedente de países donde se practica la MGF. El conocimiento de los países en los que se concentra esta práctica es fundamental para la detección y prevención de posibles casos, tanto de menores inmigrantes como de niñas nacidas en España.

Otro hecho relevante que define el perfil demográfico de la población inmigrante y residente en España proveniente de países en los que se practica la MGF, es su masculinización. Según el estudio de Kaplan y Lopez 2017, el 71,5 % de la población procedente de países que practican la MGF que reside en España son hombres y este es un factor relevante de cara a la realización de actuaciones de prevención.

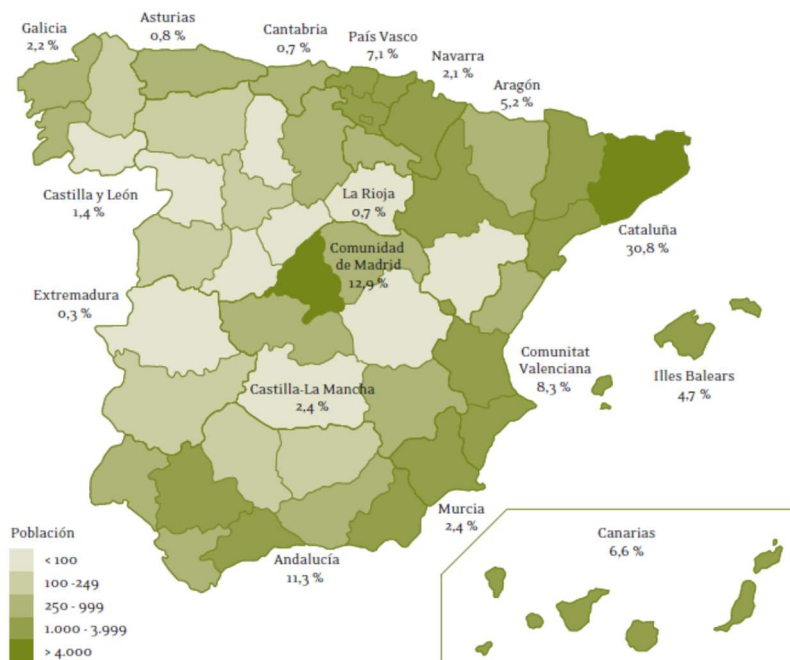
Población total de residentes en España de países de origen MGF según sexo. 2016
(Fuente: Padrón de población a 1 de enero de 2016)



Fuente: Kaplan Marcúsán A y López Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016.

Las Comunidades Autónomas con más población femenina procedente de países donde se practica la MGF por orden de prevalencia son Cataluña, Madrid, Andalucía, y Valencia, seguidas de País Vasco, Canarias, Aragón, y Baleares. Según este estudio, Cantabria era en ese momento una de las Comunidades Autónomas con menos población femenina procedente de países donde se practica la MGF.

Distribución de territorial de la población femenina de origen MGF. 2016
 Contribución de cada CCAA al total de población femenina con nacionalidad MGF que reside en España.
 (Fuente: Padrón de población a 1 de enero de 2016)



Fuente: Kaplan Marcúsán A y López Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016.

En Cantabria la población femenina perteneciente a países donde se practica la MGF ascendía en 2018 a 451 mujeres, procedentes principalmente de Camerún, Nigeria y Senegal. Entre las tres nacionalidades acumulan la práctica totalidad de las mujeres que residen en esta comunidad. Casi un 60 % de las mujeres de estas nacionalidades residen en el municipio de Santander. Destaca también la masculinización de esta población (71%).

Población residente en Cantabria y nacionalidad de países con MGF, lugar de nacimiento (1 de enero de 2018)

País de Nacionalidad		Nacidos España		Nacidos en otro país	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
África	Benin	1		2	1
	Burkina Faso			1	4
	Camerún	16	15	90	166
	Costa de Marfil	1		10	39
	Egipto	2	2	6	16
	Eritrea			1	
	Etiopía		2	5	7
	Gambia		2	2	29
	Ghana	1	4	15	68
	Guinea			4	33
	Kenia			1	2
	Liberia				2
	Mali			1	25
	Mauritania	1		8	11
	Nigeria	20	23	92	107
	República Centroafricana				3
	Rep. Democrática del Congo	1	1	3	12
	Senegal	21	27	95	433
	Sierra Leona			1	4
	Somalia			9	6
	Sudán				3
	Tanzania			1	6
	Togo				1
Total	64	76	347	978	
Asia	India	3	4	24	21
	Indonesia		1	9	8
	Malasia			4	2
	Sri Lanka				3
	Total	3	5	37	34
TOTAL	67	81	384	1.012	

Fuente: ICANE a partir de la explotación de microdatos del Padrón Municipal de Habitantes, INE

Aspectos éticos y legales de la MGF en España

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas se ha pronunciado en contra de la MGF por tratarse de una práctica que atenta contra los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Al amparo de estas directivas la mayoría de los países occidentales han aprobado leyes sancionadoras específicas.

La jurisdicción española es competente para perseguir la MGF realizada tanto dentro como fuera del territorio nacional.

La MGF, en cualquiera de sus formas, constituye un delito de lesiones tipificado en el Artículo 149. 2 del Código Penal: *“El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.*

La tipificación del delito de MGF en España se caracteriza porque es perseguible de oficio sin necesidad de denuncia previa. Es un delito público, por lo que quien tenga conocimiento del mismo tiene la obligación de denunciarlo. El plazo para poder perseguir penalmente este delito es de 15 años desde que se hubiera practicado la mutilación.

Según lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), la jurisdicción española es competente para conocer la MGF realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional, cuando se cumplan ciertas condiciones:

- Cuando el proceso penal se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España.
- Cuando la MGF se hubiera practicado a una persona que, en el momento de su realización, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.

Por otro lado, La Ley de la Comunidad Autónoma de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, incluye también, en su artículo 3, relativo a las formas de violencia de género, la MGF.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de una Mutilación Genital Femenina

Consecuencias para la salud de las niñas y mujeres

La MGF entraña con frecuencia consecuencias físicas y psicológicas, en ocasiones tan graves, que pueden llevar a la muerte o a la marginación de por vida. Las repercusiones de la MGF sobre la salud de las niñas y de las mujeres varían en función del tipo de mutilación practicado y de las condiciones en que se realiza.

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

Complicaciones a corto plazo

Son derivadas del procedimiento de la mutilación, dado que las personas que las realizan en los países de origen, no tienen conocimientos de cirugía, los instrumentos que se utilizan no están esterilizados y no se utiliza anestesia:

- Dolor intenso, shock, ansiedad, dolor como consecuencia de las heridas que quedarán tras la mutilación.
- Hemorragia que cuando es importante puede ocasionar un shock hemorrágico y conducir a la muerte.
- Infecciones de la herida, infección urinaria por retención o por daño de la uretra e incluso septicemia y tétanos.
- Lesión de órganos y estructuras anatómicas de la zona: uretra, vagina, perineo y/o recto.
- Fracturas, en algunos casos, dependiendo de la resistencia que oponga la niña.

Complicaciones a medio y largo plazo

- **Anemias severas** provocadas por las hemorragias unidas, en su caso, a problemas de malnutrición.
- **Aparato genito-urinario:**
 - Infecciones genito-urinarias (vesicales) recurrentes.
 - Tendencia a la litiasis, obstrucciones del tracto urinario, incontinencia urinaria y fístulas genitourinarias.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones, infertilidad, dolor pélvico crónico, dismenorrea y aumento de la vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual.
 - Hematocolpos (retención del contenido menstrual en la vagina).
 - Coitos dolorosos, ausencia de libido y de capacidad para excitarse y tener orgasmo. Fobia sexual por aversión al sexo.
 - Las mujeres con una mutilación tipo III sufren problemas adicionales como la necesidad de reapertura del introito vaginal (desinfibulación parcial) como parte del rito del matrimonio para facilitar la penetración del pene, y en ocasiones implicará la necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas para corregir el sellado o estrechamiento vaginal para permitir el parto.
- **Exposición y riesgo de infecciones** como el VIH, la hepatitis o el tétanos, si se utilizaron instrumentos no esterilizados para practicarla.
- **Psicológicas:**
 - Depresión, terror (terrores nocturnos), miedo, ansiedad crónica, fobias e incluso alteraciones psicóticas.
 - Estrés postraumático.

- Confusión y sentimientos de contradicción por la diferencia de valores de la sociedad de origen y la sociedad en la que viven, en el caso de mujeres inmigrantes. Incertidumbre y temor de las niñas y adolescentes que toman conciencia de su situación ahora que viven en otro país diferente al de origen habiendo sido mutiladas.
- Miedo a las primeras relaciones sexuales o al parto en las chicas y mujeres que han sido mutiladas.
- Sentimiento de culpa de madres mutiladas que han aceptado o incluso promovido la práctica de la mutilación a sus hijas.

- **Complicaciones obstétricas y en el recién nacido**

En los países de origen, se ha descrito la aparición de complicaciones durante y en el periodo inmediato al parto, tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en casos de infibulación:

- Distocia de partes blandas con expulsivos prolongados, imposibilidad del parto y desgarros.
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III.
- Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada.
- Mayor mortalidad materna.
- El número de niños y niñas 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 e hijas de madres con mutilación tipo II y III, pudiéndose atribuir un 22 ‰ de las muertes perinatales de niñas y niños nacidos de mujeres a las que se ha practicado una MGF.

En España, este tipo de complicaciones serían observadas si nos encontramos en caso de necesidad de desinfibulación intraparto o en caso de realización de episiotomía en tejidos dañados.

Consecuencias en los hombres

En relación con las consecuencias de la MGF en los hombres y aunque menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito debido a disfunción eréctil, como consecuencia del miedo a causar dolor a su pareja con la penetración o por rechazo. Se ha descrito también insatisfacción ante la falta de libido y dificultades con la sexualidad de su pareja, sobre todo si han mantenido relaciones sexuales con mujeres no mutiladas. Además, riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual por buscar placer sexual fuera de la pareja.

Escenarios posibles

- Mujeres adultas que llegan a España con una mutilación genital.
- Niñas o adolescentes que ya han sufrido una mutilación y llegan a España por reagrupación familiar.
- Niñas o adolescentes nacidas en España, a las que se realiza la mutilación durante un viaje al país de origen de sus padres, existiendo o no consentimiento de éstos.
- Niñas o adolescentes nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con una mutilación, con o sin consentimiento de los padres.
- Niñas o adolescentes nacidas en España, a las que se realiza la mutilación en territorio español o en otros países europeos.
- Familias en las que alguna de las hijas tiene una mutilación y otras no.
- Niñas adoptadas que llegan a España con una mutilación.

Intervención desde los servicios de salud

Los servicios de salud son cruciales para realizar una intervención preventiva de la MGF y para detectar y atender las consecuencias y complicaciones de las distintas tipologías de esta práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres adultas.

Los ámbitos asistenciales donde con más frecuencia se puede intervenir en MGF son:

- Atención Primaria:
 - o Pediatría
 - o Medicina de familia
 - o Enfermería
 - o Matronas
 - o Trabajo social.
- Atención hospitalaria:
 - o Servicios de Pediatría.
 - o Servicios de Obstetricia y Ginecología.
 - o Servicios de Urología.
 - o Trabajo social.

En el abordaje de la MGF ha de tenerse en cuenta la complejidad del problema dado el entorno social y cultural en el que se desarrolla. No hay que olvidar que la mayoría de las familias que

practican la MGF a sus hijas, lo hace pensando que es beneficioso para ellas. Modificar esta práctica supone para estas familias romper con la norma establecida en la sociedad de origen, transgredir los límites de unos valores de referencia, de un marco cultural y de la pertenencia a una comunidad. A esto hay que añadir en algunos casos las barreras idiomáticas que pudieran existir.

Por ello, es fundamental que el personal sanitario facilite un ambiente respetuoso y de confianza que garantice la continuidad de todas las intervenciones preventivas y terapéuticas., por lo que es importante lograr empatía con la familia y adoptar una actitud asertiva, manteniendo los argumentos respecto a las consecuencias negativas que supone su realización.

Así mismo, se intentará contactar con un mediador intercultural si hay dificultades con el idioma o problemas con las afectadas o en riesgo y sus familias.

1. Actuaciones preventivas

- Identificar a las niñas y jóvenes en riesgo de MGF.
- Informar y sensibilizar a estas familias para generar actitudes positivas que fomenten el abandono de la práctica y el qué en un futuro pueda producirse la mutilación.

FACTORES DE RIESGO NO INMINENTES:

- Niña o joven procedente de un país o etnia donde se practica la MGF.
- Pertenecer a una familia en la que la madre y/o hermanas hayan sufrido una MGF.
- Pertenecer a un grupo familiar que tenga muy presente el proyecto del regreso al país de origen.
- Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a la MGF.

FACTORES DE RIESGO INMINENTES:

- Conocimiento por la familia o el entorno de la proximidad de un viaje al país de origen con motivo de vacaciones o de presentación de la niña a la familia.
- La niña o joven informan de la intencionalidad de la familia de practicarle una MGF.

2. Actuaciones de detección y atención

- Detección de posibles casos de MGF en los servicios de salud.
- Atención a las complicaciones que pudieran existir derivadas de la MGF en niñas y mujeres.
- Ofrecer la posibilidad de la desinfibulización a las mujeres con MGF grado III.
- Ofrecer la posibilidad de reconstrucción del clítoris.

ACTUACIONES PREVENTIVAS EN MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES CON DEPENDENCIA SOCIOECONÓMICA FAMILIAR EN SITUACIÓN DE RIESGO

Situaciones de riesgo	
Actuaciones desde Atención Primaria	
<u>Pediatría</u> <u>Medicina Familia</u> <u>Enfermería</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a las niñas/jóvenes en situación de riesgo. – Citar a la familia y a la niña o joven. <ul style="list-style-type: none"> • Informar del motivo de la cita. • Preguntar sobre su posición sobre la MGF y sus planes acerca de la práctica a su hija. • Realizar trabajo de sensibilización con la joven y la familia. • Informar a la familia de los riesgos físicos y psicológicos de la MGF. • Informar a la familia de los aspectos legales de la MGF en España. – Solicitar consentimiento para una exploración/inspección de los genitales externos. – Dentro de las actividades preventivas del <i>Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC)</i> valorar, en función del riesgo detectado, la necesidad de citas intermedias. – Indicar que deben informar sobre posibles viajes a su país de origen para realizar actividades preventivas. Cuando las niñas se hacen mayores es posible que el riesgo de MGF aumente por reagrupamiento familiar en el país de origen o por concertación próxima de matrimonio. – Ofrecer la firma de un compromiso preventivo si van a viajar a su país de origen (Anexo I) que les sirva de documento de apoyo frente a presiones de su comunidad. Si es mayor de edad la joven tiene autonomía legal y social en nuestro país. Notificar al Trabajador/a Social si hay negativa a la firma del compromiso para el establecimiento de otras medidas de seguimiento. – Registrar en la Historia Clínica la situación de riesgo, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas. – Informar a él o la trabajadora social del Centro de Salud.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista a la familia en profundidad. – Coordinar con Servicios Sociales de Atención Primaria y Centro escolar para su seguimiento. – Establecer un nexo de unión entre el Centro de Salud y organizaciones sociales. – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas.
<u>Matrona</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar a las niñas/jóvenes en situación de riesgo a través de sus madres. – Historia clínica dirigida a la detección de jóvenes en situación de riesgo. – Informar a Pediatría/Medicina de Familia del caso. – Indagar sobre las actitudes de la familia y la comunidad ante la MGF. – Realizar trabajo de sensibilización con la madre: <ul style="list-style-type: none"> • Informar de los riesgos físicos y psicológicos de la MGF • Informar de los aspectos legales de la MGF en España – En caso de que se detecte una situación de riesgo inminente, se comunicará a Pediatría o MAP y Trabajadora Social del centro de salud.

En casos en los que se detecte una situación de riesgo inminente se realizarán una o varias consultas pre-viaje:

Actuaciones desde Atención Primaria

Pediatría
Medicina de Familia
Enfermería

- Se reforzará la información preventiva
- Se abordarán medidas preventivas necesarias previas al viaje: Vacunas, higiene, dieta, actuaciones ante síntomas como diarrea, fiebre, etc.
- Firmar el compromiso preventivo si no se ha hecho con anterioridad.
- Se programará una consulta post-viaje y se informará a la familia de las consecuencias de no acudir a esta cita.
- Si se comprueba un riesgo evidente de que pueda practicarse la MGF; comunicación al Servicio de Atención a Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria y al ministerio fiscal.
- Se anotarán todas las actuaciones realizadas en la Historia Clínica, en especial la integridad de los genitales de la niña.
- Evaluación de la situación de salud al regreso

Actuación post-viaje

- Si acude a la cita programada:
 - Si no hay MGF: refuerzo positivo y mantenimiento del seguimiento.
 - Si se ha practicado una mutilación:
 - Valorar las consecuencias en salud y la necesidad de actuaciones sanitarias (posible derivación a Cirugía pediátrica y/o Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil).
 - Se explicarán a la familia los hallazgos encontrados y las posibles repercusiones en la salud de la niña.
 - Informar a la trabajadora social del Centro de Salud.
 - Se valorará la manera más adecuada (velando por el interés superior de la menor) de realizar las siguientes intervenciones: emitir un parte de lesiones, información y coordinación con servicios de protección de menores, fiscalía y juzgado de guardia (Anexo II).
 - Se notificará a la Dirección General de Salud Pública (Anexo III).

Actuación post-viaje

- Si no acude a la cita programada o no dan su consentimiento para la exploración:
 - Tratar de localizar a la familia y, si no es posible
 - Comunicar al SAI AF mediante Hoja de notificación de Riesgo y Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario (Anexo IV PSIAC): “No acude a revisión programada o no se permite exploración tras viaje de riesgo de MGF” en comentarios y al Juzgado de Guardia.
 - Registrar en la Historia Clínica.
 - Informar a la Trabajadora social del Centro de Salud

Trabajadora Social

- Entrevista a la familia en profundidad.
- Elaboración de informe social, si fuera necesario.
- Coordinar con Servicios Sociales de Atención Primaria y Centro Escolar para su seguimiento.
- Establecer un nexo de unión entre el Centro de Salud y organizaciones sociales.
- Si es necesario, cumplimentar hoja de Notificación de Riesgo y Maltrato Infantil desde el ámbito Sanitario (PSIAC) y comunicar al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF).
- Si se detecta una situación de riesgo, o si la MGF se ha practicado, registrarlo en la Fiscalía de Menores.
- Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas.

Situaciones de riesgo	
Actuaciones desde Atención Hospitalaria	
<u>Servicio de Obstetricia y Ginecología</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar mujeres en riesgo. – Si tienen hijas, comunicar a pediatría o médico/a de familia de su Centro de Salud para iniciar controles periódicos de la niña. – Informar a la Trabajadora social del Centro Hospitalario. – Informar a la familia de las posibles complicaciones e implicaciones legales de la MGF. – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas.
<u>Pediatría</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar menores en riesgo. – Comunicar a pediatría o médico/a de familia de su centro de salud para iniciar controles periódicos de la niña. – Informar a la Trabajadora social del Centro Hospitalario. – Informar a la familia de las posibles complicaciones e implicaciones legales de la MGF. – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista con la familia (o recogida de información aportada por los servicios de Ginecología y/o Pediatría sobre la situación). – Coordinación con Trabajadora Social de Centro de Salud de referencia. – Elaboración de Informe Social si se detecta riesgo inminente de práctica de MGF. – Cumplimentación de hoja de Notificación de Riesgo y Maltrato Infantil desde el ámbito Sanitario (PSIAC) y comunicar al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) y al Juzgado de guardia. – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas.

INTERVENCIÓN CON MENORES DE 18 AÑOS QUE YA HAN SUFRIDO MGF

Actuaciones desde Atención Primaria	
<u>Medicina de Familia</u> <u>Pediatría</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar a las menores que ya han sido mutiladas. – Realizar anamnesis y exploración. – Se valorarán y atenderán las posibles complicaciones y secuelas y se planificarán las actuaciones necesarias para paliar los daños tanto físicos como psicológicos. – Informar de las consecuencias para la salud según el tipo de mutilación practicada. – Informar, en su caso, sobre la posible necesidad de realizar desinfibulación. – Proponer la derivación al Servicio de Ginecología y Obstetricia en caso necesario. – Si la menor ha llegado a España con una MGF realizada con anterioridad no es pertinente realizar acciones legales. – Explorar la existencia de hermanas de la menor mutilada. – Registrar en la Historia clínica la información obtenida, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas. – Informar a la trabajadora social del Centro de Salud.
<u>Matrona/Enfermería</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar a las menores que han sido mutiladas. – Informar de las consecuencias de la MGF para la salud. – Informar, en su caso, sobre la posible necesidad de realizar desinfibulación. – Registrar en la Historia clínica la información obtenida, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas. – En caso de que se detecte una situación de riesgo inminente, se comunicará a Pediatría o MAP y Trabajadora Social del centro de salud.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista a la paciente y/o familia. – Elaboración de informe social, si se considera necesario. – Coordinar con Servicios Sociales de Atención Primaria y al Centro Escolar para su seguimiento. – Establecer un nexo de unión entre el centro de salud y organizaciones sociales. – Si la MGF es reciente cumplimentar la hoja de Notificación de Riesgo y Maltrato Infantil desde el ámbito Sanitario (PSIAC) comunicar al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF). – Registrar en la Historia clínica la información obtenida y actuaciones realizadas.

Actuaciones desde Atención Hospitalaria	
<u>Servicio de Obstetricia y Ginecología</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar menores con MGF practicada. – Valorar la posibilidad de una MGF a través de la indagación sobre episodios clínicos eventualmente ocasionados por la misma: dismenorreas, vaginitis de repetición, cistitis, partos anteriores con dificultades, dispareunia, etc. – Informar a la Trabajadora Social del Centro hospitalario. – Explorar a la menor y valorar el grado de MGF. – Identificar y atender a las posibles complicaciones de la MGF. – Ofrecer la posibilidad de la desinfibulización a las mujeres con MGF grado III. – Ofrecer la posibilidad de reconstrucción del clítoris. – Registrar en la Historia clínica la información obtenida, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas.
<u>Pediatría</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar menores con MGF practicada. – Informar a la Trabajadora social del Centro hospitalario. – Explorar a la menor y valorar el grado de MGF. – Identificar y atender a las posibles complicaciones de la MGF. – Ofrecer la posibilidad de la desinfibulización a las mujeres con MGF grado III. – Ofrecer la posibilidad de reconstrucción del clítoris. – Derivación a <u>Servicio de Obstetricia y Ginecología</u> – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista con la familia (o recogida de información aportada por los servicios de Ginecología y/o Pediatría sobre la situación). – Coordinación con Trabajadora Social de Centro de Salud de referencia.

INTERVENCIÓN CON MUJERES DE 18 AÑOS O MÁS QUE HAN SUFRIDO MGF

La MGF no suele ser un motivo de consulta por iniciativa de la mujer, ya que es considerada una práctica normal en su comunidad, por tanto, el personal sanitario debe sospechar esta situación por la sintomatología o por las complicaciones urogenitales que presenta. Ante una mujer de nacionalidad y/o etnia de riesgo, se debe realizar una anamnesis y exploración que nos permita detectar la posible existencia de una MGF.

Un buen momento para tratar el tema de la MGF es la atención a una mujer que sufre complicaciones o secuelas (cistitis de repetición, anemia crónica, dismenorrea, hepatitis, problemas de salud mental...) que pueden estar relacionadas con una MGF practicada. También es un buen momento para tratar el tema es en el contexto de las actividades preventivas; citologías, planificación familiar, etc.

Actuaciones desde Atención Primaria	
<u>Medicina de Familia</u> <u>Enfermería</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar a las mujeres que han sido mutiladas. – Realizar anamnesis y exploración para determinar el tipo de MGF y las posibles complicaciones o secuelas. Antes de iniciar la exploración y revisión de los genitales es preciso pedir permiso a la mujer e informarle de la utilidad del reconocimiento. – Informar de las consecuencias para la salud de la MGF. – Detectar a través de la exploración clínica posibles complicaciones derivadas de la MGF: infecciones genitourinarias de repetición, trastornos sexuales, etc. – Explorar las posibles secuelas físicas, psicológicas, sexuales y de la relación de pareja que le haya podido producir e informarle de los servicios disponibles para paliar o solucionar los problemas detectados. La mujer decidirá qué servicios desea utilizar. – Atención de las complicaciones derivadas de la MGF. – Confirmar la existencia de hermanas o hijas menores en cuyo caso se debe comunicar a pediatría para iniciar las actividades preventivas. – Derivar a otros servicios asistenciales si fuera necesario. – Registrar en la Historia clínica la información obtenida, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas. – Informar a la trabajadora social del Centro de Salud.
<u>Matrona</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Detectar a las mujeres que han sido mutiladas. – Determinar el tipo de mutilación y las posibles complicaciones o secuelas tanto físicas, psicológicas, como sexuales. Solicitar consentimiento previo de la mujer antes de cualquier exploración. – Informar a MAP y a la Trabajadora Social del Centro de Salud. – Si la mujer presenta MGF tipo III o secuelas graves se le planteará la posibilidad de una cirugía reparadora indicándole los beneficios para la salud de su realización. – Investigar la existencia de hijas menores y/o hermanas. – Registrar en la Historia clínica la información obtenida, el resultado de las exploraciones y actuaciones realizadas. – En casos en los que se detecte una situación de riesgo se comunicará a pediatría o MAP y Trabajadora social del Centro de Salud. – Realizar trabajo de sensibilización con la madre; Informar de los riesgos físicos y psicológicos y de los aspectos legales de la MGF en España.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevistar a la paciente y/o familia. – Elaboración de informe social, si se considera necesario. – Establecer un nexo de unión entre el Centro de Salud y organizaciones sociales. – Realizar seguimiento junto a los servicios sociales de atención primaria, si fuera necesario.

Actuaciones desde Atención Hospitalaria	
<u>Servicio de Obstetricia y Ginecología</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Exploración básica de la paciente. – Determinar el tipo de mutilación y las posibles complicaciones o secuelas tanto físicas, psicológicas, como sexuales. – Valorar la derivación a salud mental y/o psico-sexólogo del CSSR La Cagiga – Identificar y explicar posibles complicaciones. – Evaluar la mutilación, cicatrices y elasticidad de los tejidos – Abordaje ginecológico de la reconstrucción. – Informar a Trabajadora social del Centro hospitalario si se considera necesaria intervención social
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista con la mujer (o recogida de información aportada por los servicios de Ginecología y/o Pediatría sobre la situación). – Elaboración de Informe Social si se considera necesario. – Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas. – Coordinación con Trabajadora Social de Centro de Salud de referencia.

ACTUACIONES EN EL EMBARAZO Y PARTO

El embarazo supone una oportunidad para abordar la MGF tanto desde el punto de vista de la salud y los cuidados de la mujer, como para realizar actuaciones dirigidas a prevenir posibles problemas que puedan aparecer durante el parto.

Actuaciones desde Atención Primaria	
<u>Matrona</u>	<ul style="list-style-type: none">– Se actuará de acuerdo a lo establecido en el Protocolo de <i>Atención al Embarazo y Puerperio</i> de nuestro servicio de salud, preguntando, tanto en la consulta preconcepcional como en la primera visita del embarazo, por una posible mutilación a las mujeres que pertenecen a países o etnias con alta prevalencia de MGF.– Si presenta criterios de riesgo, se explorará a la mujer para comprobar si tiene practicada una MGF, determinar de qué tipo y valorar la elasticidad de los tejidos (en estas mujeres el tejido elástico y laxo del periné es sustituido por tejido cicatricial).– En el caso de mutilaciones graves (infibulación) o con mala cicatrización (pseudoinfibulación, rigideces, quistes, etc.) pueden precisarse intervenciones quirúrgicas reparadoras. En este caso se derivará lo antes posible a la consulta de suelo pélvico/obstetricia para realizar una valoración individualizada y establecer las medidas adecuadas.– Registrar en la <i>Cartilla de Salud del Embarazo</i> la existencia y el tipo de mutilación– Informar de los riesgos físicos y psicológicos de la MGF.– Ofrecer apoyo psicológico.– Derivar al Servicio de Obstetricia y Ginecología.– Si la embarazada está gestando a una niña conviene reforzar la prevención y comunicar a pediatría.– Registrar en la historia clínica toda la información conocida por la anamnesis, la exploración, y las actuaciones realizadas.– Informar al médico de familia y la trabajadora social del Centro de Salud.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none">– Entrevista a la mujer, explorando su posicionamiento respecto a la MGF (sobre todo en los casos en los que el bebé que se espera sea niña).– Si el bebé es niña, se comunicará a Pediatría en fechas próximas al parto o una vez que este se haya producido.– Coordinar con Servicios Sociales de Atención Primaria si fuera necesario.– Establecer un nexo de unión entre el centro de salud y organizaciones sociales.– Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas.

Actuaciones desde Atención Hospitalaria	
<u>Servicio de Obstetricia y Ginecología</u>	<p>En el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es necesario que antes del parto se evalúe el estado de las cicatrices y las secuelas, tales como rigidez de la vagina, poca elasticidad del perineo, queloides, infecciones vaginales y/o urinarias recurrentes, etc. - El tratamiento de las secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III, IV, o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones tipo I o II, debe ser abordado lo antes posible. El mejor momento es entre las 20 y 28 semanas, periodo que se considera el más seguro para la realización de la cirugía y que permitirá la completa curación de las heridas antes del parto. Otra opción puede ser realizar la cirugía reparadora durante el parto. - Se realizarán también actuaciones preventivas explorando las creencias que tiene la mujer sobre la MGF y si el futuro bebé es una niña, se insistirá en las consecuencias negativas derivadas de la práctica y se le informará sobre la legislación española vigente en materia de MGF <p>En el parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la gestante está infibulada y no permite parto vía vaginal, se precisa la desinfibulación. La mujer debe ser informada sobre lo que esto supone, haciendo énfasis en los beneficios que conlleva para su salud y advirtiéndole que tras el parto no será practicada la reinfibulación ya que es un delito en nuestro país. - Tipo I, II o IV, sin cicatrices importantes, ni repercusiones en la vía del parto, se valorará la vía vaginal como primera opción, si no surgen complicaciones obstétricas posteriores. - Si la mujer presenta una MGF tipo III y no ha sido desinfibulada previamente, esta se realizará en la primera fase del parto o durante el expulsivo. Si la mujer no da su consentimiento se realizará una cesárea explicando los riesgos generales y específicos que ésta conlleva como la imposibilidad de sondaje vesical. - Se valorará individualmente el grado de mutilación, la paridad y la calidad de la cicatriz. - Se recomienda analgesia epidural puesto que algunas mujeres pueden revivir el dolor de la mutilación. - No se recomienda la realización sistemática de episiotomía, debiéndose valorar su necesidad individualmente en cada parturienta. Si es necesario se realizará episiotomía en la última fase del expulsivo, ya que antes el riesgo de sangrado es mayor. - Se debe acortar el periodo expulsivo para evitar desgarros y sufrimiento fetal. - Si hay antecedentes de desgarro grave perineal previo complicado valorar la realización de cesárea. - Si nace una niña, en la cartilla del recién nacido debe constar los antecedentes de MGF de la madre y se informará a pediatría y trabajo social del Centro de Salud correspondiente. - El informe de alta de la mujer debe ser detallado, donde quede reflejado el tipo de MGF, las intervenciones y cuidados realizados. - Registrar en la historia clínica toda la información conocida por la anamnesis, la exploración, y las actuaciones realizadas. - Informar a Trabajadora social del centro hospitalario.
<u>Trabajadora Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con la mujer (o recogida de información aportada por los servicios de Ginecología y/o Pediatría sobre la situación). - Coordinación con Trabajadora Social de Centro de Salud de referencia. - Elaboración de Informe Social si se detecta necesario. - Registrar en la Historia clínica la situación de riesgo y actuaciones realizadas.

Codificación de la MGF

Para poder conocer la magnitud de la MGF en nuestro servicio de salud es preciso la codificación de este diagnóstico según los sistemas de clasificación de enfermedades usados en el SCS:

1. Ámbito de Atención Hospitalaria

Hasta 2015 se ha utilizado la clasificación CIE-9:

629.2 Estado de mutilación genital femenina:

- ✓ Ablación genital femenina
- ✓ Estado de circuncisión femenina
- ❖ **629.20** Estado de mutilación genital femenina, no especificada
 - ✓ Estado de ablación genital femenina, no especificado
 - ✓ Estado de mutilación genital femenina NEOM
- ❖ **629.21** Estado de mutilación genital femenina tipo I
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo I
 - ✓ Estado de Clitoridectomía
- ❖ **629.22** Estado de mutilación genital femenina tipo II
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo II
 - ✓ Estado de clitoridectomía con escisión de labios menores
- ❖ **629.23** Estado de mutilación genital femenina tipo III
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo III
 - ✓ Estado de infibulación
- ❖ **629.29 Otro estado** de mutilación genital femenina
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo IV
 - ✓ Estado de mutilación genital femenina tipo IV
 - ✓ Otro estado de ablación genital femenina

Desde 2016 se está utilizando Clasificación CIE-10:

- ❖ **N90.810** Estado de mutilación genital femenina, **no especificados**
- ❖ **N90.811** Estado de mutilación genital femenina, **tipo I**
- ❖ **N90.812** Estado de mutilación genital femenina, **tipo II**
- ❖ **N90.813** Estado de mutilación genital femenina, **tipo III**
- ❖ **N90.818 Otros** estados de mutilación genital femenina (**tipo IV**)

2. Ámbito de Atención Primaria

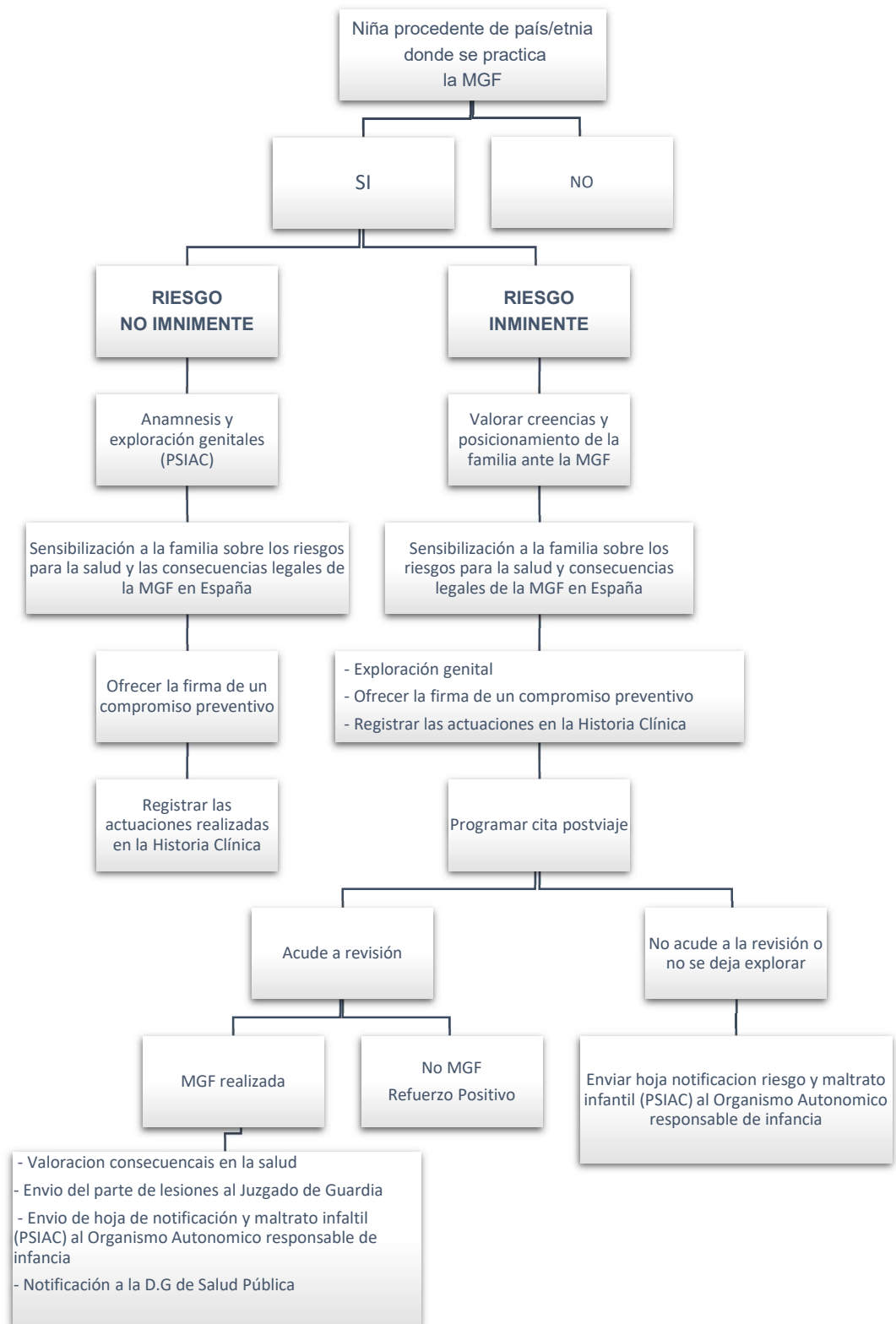
CIAP-2-E (Clasificación Internacional de Atención Primaria):

- ❖ **X 82.** Lesiones genitales femeninas
- ❖ **Z25.** Problemas derivados de la violencia (incluye: abuso físico de hijo o cónyuge, violación, agresión sexual)
- ❖ **Z04.** Problemas practicas socio-culturales nc

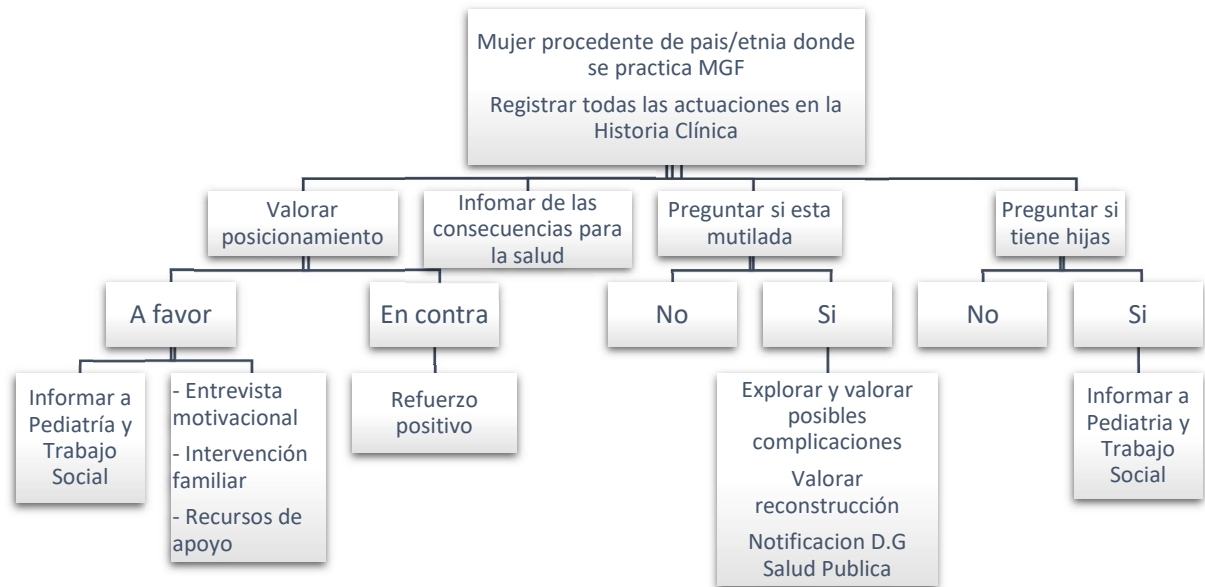
El código CIAP Z04 sería el recomendable para registrar las intervenciones preventivas en niñas en situación de riesgo.

El CIAP Z25, X82 y los códigos CIE-9 y CIE-10 recogerían una MGF ya realizada.

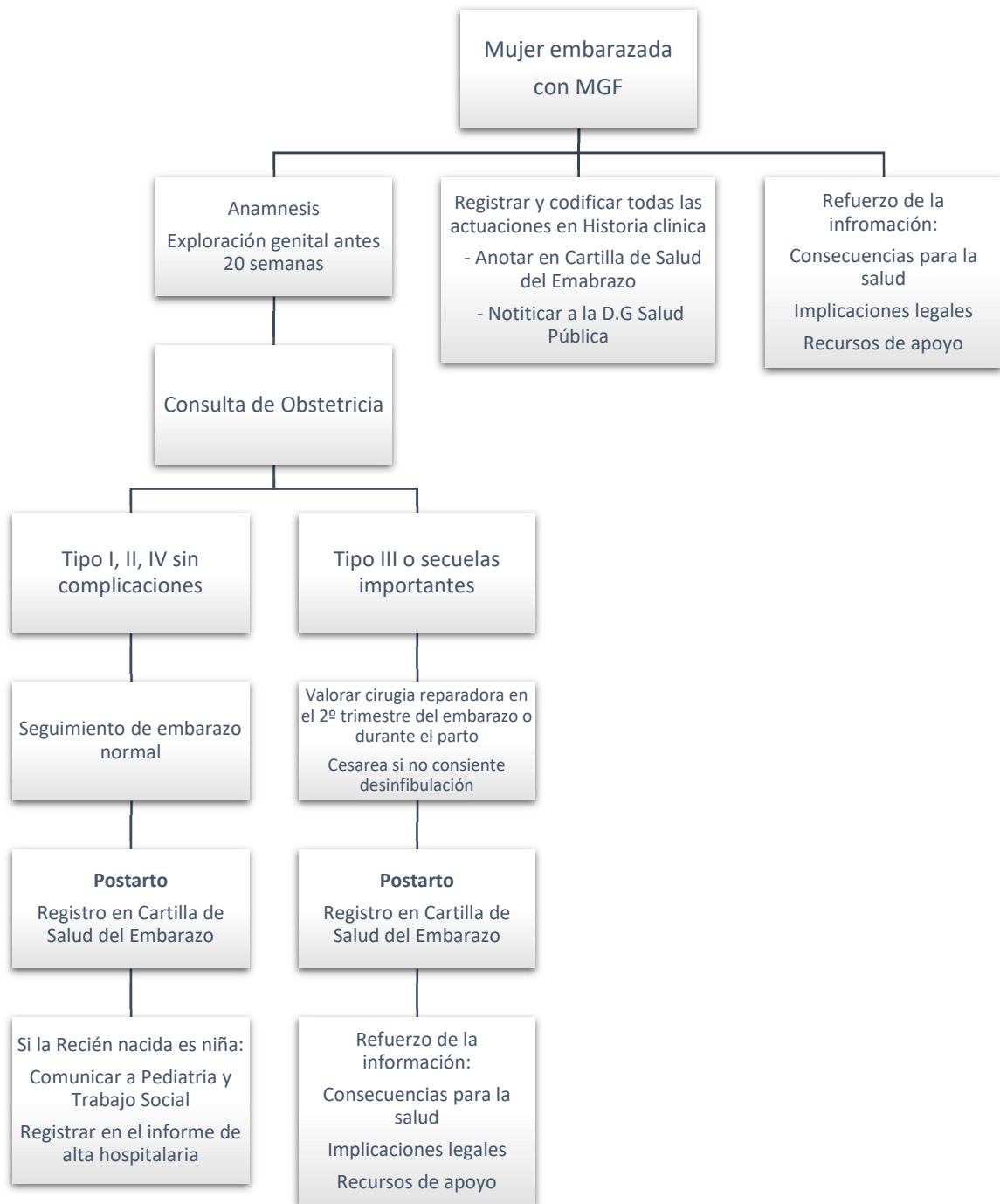
Algoritmo 1: Medidas preventivas en menores de 18 años o mayores con dependencia socioeconómica familiar



Algoritmo 2: Medidas preventivas en la mujer adulta



Algoritmo 3: Medidas preventivas en la mujer embarazada



ANEXO I

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE LA MGF

Centro sanitario

Datos de la menor:

Apellidos y nombre:	Nº TS:	Edad:
Fecha de nacimiento:		
Dirección:		
Localidad		

Datos de la Persona responsable de la menor:

Apellidos y nombre:	NIE/NIF/pasaporte:
Vinculación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/a Legal	

Declaración del personal sanitario:

Que en los exámenes de salud realizados a la niña hasta este momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales
--

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

- La Mutilación Genital Femenina es reconocida a nivel internacional como una práctica que viola los Derechos Humanos y conlleva riesgos socio-sanitarios y psicológicos importantes.
- En España 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, Mali, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital femenina se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guardia 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 la tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

- El compromiso de qué, 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 desde los servicios sanitarios.

De conformidad a lo anterior:

DECLARO haber recibido información por el personal sanitario responsable de la salud de la niña, sobre 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 de la niña de la que 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 copia.

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

Firma : Madre/Padre/ Responsable de la niña	Firma : Personal Sanitario
---	----------------------------

ANEXO II

HOJA DE NOTIFICACIÓN AL JUZGADO O FISCALÍA DE MENORES DE CASOS DE RIESGO O PRACTICA DE MGF EN NIÑA/MENOR

Datos de la niña/menor:	
Nombre y Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	País/Etnia
Dirección:	
Datos de filiación de la madre, padre o tutor/a legal	
Nombre y Apellidos	
País de origen	
Dirección:	
Datos del o la profesional que informa	
Nombre y Apellidos	
Centro Sanitario:	Profesión:

La/el profesional arriba identificado informa: Que con fecha....., he detectado:

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

Firma del/la profesional

ANEXO III

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE MUJERES/NIÑAS CON MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Datos de la mujer/niña:	
Nombre y Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	País/Etnia
Dirección:	
En caso de menores datos de filiación de la madre, padre o tutor/a legal	
Nombre y Apellidos	
País de origen	
Dirección:	
Datos del o la profesional que informa	
Nombre y Apellidos:	
Centro Sanitario:	Profesión:


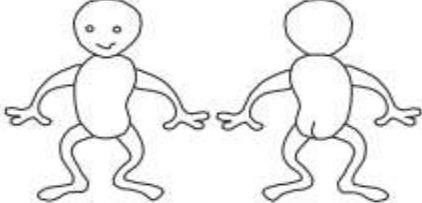
La/el profesional arriba identificado informa: Que con fecha....., he detectado:

Mujer o niña con Mutilación Genital Femenina

- 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 escisión de labios menores
- N90.813- EMGF Tipo III Infibulación
- N90.818-EMGF Tipo IV Otras mutilaciones genitales femeninas

ANEXO IV

NOTIFICACIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE NIÑAS EN SITUACIÓN DE RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

 GOBIERNO de CANTABRIA		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 <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/>	
MALTRATO FÍSICO					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Magulladuras o moratones ¹ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quemaduras ² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas óseas ³ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heridas ⁴ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones viscerales ⁵ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mordeduras humanas ⁶ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intoxicación forzada ⁷ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome del niño zarandeado ⁸		Señale la localización de los síntomas			
NEGLIGENCIA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escasa higiene ⁹ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de supervisión ¹⁰ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansancio o apatía permanente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No va a la escuela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sido abandonado		Otros síntomas o comentarios:	
MALTRATO EMOCIONAL		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maltrato emocional ¹³ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵			
ABUSO SEXUAL		<input type="checkbox"/> Sin contacto físico <input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ <input 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 zonal genital <input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal <input type="checkbox"/> Cerviz 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"/> Apertura anal patológica ¹⁸ Configuración del himen ¹⁹ <input type="text"/>			
IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)					
Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="checkbox"/> SÍ			
Apellidos <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>			
Domicilio <input type="text"/>		Localidad <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>			
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input 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 type="text"/>					
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Centro:		Servicio / Consulta:			
Nombre:		Área sanitaria <input 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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

MARCO NORMATIVO

MARCO GENERAL INTERNACIONAL

Principales declaraciones y resoluciones

- Declaración conjunta WHO/UNICEF/UNFPA (1997)- La eliminación de la mutilación genital femenina.
- Una declaración interinstitucional de OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO (2008).

Asamblea General de la ONU

- 67/146 de 20 de diciembre de 2012. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. También acordó pedir que “el 6 de febrero fuera declarado el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina”.
- 69/150, de 18 de diciembre de 2014. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.

Informes Secretario General

- Erradicación de la mutilación genital femenina. Informe del Secretario General, 52º período de sesiones Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 25 de febrero a 7 de marzo de 2008.
- Erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Informe del Secretario General. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) - 56º período de sesiones, 29 de febrero a 9 de marzo de 2012. (E/CN.6/2012/8).
- Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Informe del Secretario General. 2014. Asamblea General. 69 período de sesiones.

Estudio Alto Comisionado para los Derechos Humanos

- Estudio temático sobre el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas y discapacidad. Informe de la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, 30 de marzo de 2012 (A/HRC/20/5).

Unión Africana

- Protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África, “Protocolo de Maputo” de 11 de julio de 2003.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- Resolución WHA61.16 sobre mutilación genital femenina, aprobada por la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, del 24 de mayo de 2008.
- Estrategia mundial para eliminar las distintas formas de mutilación genital femenina practicadas por los dispensadores de atención de salud (2010).

CONSEJO DE EUROPA

- Council of Europe Parliamentary Assembly. Resolution 1247 (2001) Female genital mutilation (22 May 2001)
- Convenio de Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica, “Convenio de Estambul” de 11 de mayo de 2011 (CETS 210). Ratificado por España en fecha 11 de abril de 2014 y publicado en el BOE en fecha 6 de junio de 2014.

UNION EUROPEA

- Sólo nueve países de la Unión Europea, incluida España, poseen una legislación específica para la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido) a fecha 11 de abril de 2014 y publicado en el BOE en fecha 6 de junio de 2014.

DIRECCIONES DE INTERÉS

Gobierno de Cantabria

- **Dirección General de Salud Pública: Notificación de casos de MGF**
 - Federico Vial, nº 13 Santander
 - Teléfono: 942 207382
- **Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.**
 - C/Vargas, nº 57 7ª Planta Santander
 - Teléfono: 942 202700
- **Subdirección de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia**
 - Calle Canalejas, nº 42 Santander
 - Teléfono 942 200 010
- **Centro Integral de Asistencia e Información a las Mujeres**
 - Pasaje de Peña, nº 2 4ª Planta Santander
 - Teléfono: 942 214 141

Guardia Civil

- **Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME)**
 - Teléfono: 942 321 400 (extensión 2320)

Policía Nacional

- **Unidad de Atención Familia y Mujer (UFAM)**
 - Teléfono Santander 942 361 080/81 y 091 (24 h)
 - Teléfono Torrelavega: 942 808 623/ 638 841 763 (24 h)

Juzgado de Guardia

- **Complejo Judicial las Salesas.**
 - Avenida Pedro San Martín s/n Santander
 - Teléfono: 942 357002
 - Fax: 942 357003

Fiscalía de Menores

- C/ Alta, 18 Santander
- Teléfono: 942 248 112

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **Acción en Red Save a Girl Save a Generation.** Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina. Manual para la intervención social con un enfoque intercultural y de género. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio1.pdf>
- **European Institute for Gender Equality (EIGE).** *Current situation of genital mutilation in Spain.* Luxembourg: EIGE.2013. Disponible en: <http://eige.europa.eu>
- **European Institute for Gender Equality (EIGE).** Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Step-by-step guide 2nd Edition.2018. Disponible: <http://eige.europa.eu>
- **García de Herreros Madueño, T., Garabato González, S., Martínez Blanco, M.L. (coords.) y Grupo de Trabajo (2017).** Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.2017
- **Generalitat de Cataluña.** Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaria para la Inmigración. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. 2007 http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
- **Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública.** Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunitat Valenciana. 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/151311/6735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf
- **Gobierno de Aragón.** Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Febrero 2016. Disponible en: <http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ARAG on2016.pdf>
- **Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.** Hablando de infancia...Mutilación Genital Femenina. 2006
- **Gobierno de Navarra.** Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. 2013
- **Gobierno Vasco. Osakidetza.** Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.2016. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf
- **Govern Illes Balears. Consejería de Salud.** Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la mutilación genital femenina en las Illes Balears. 2017. Disponible en: [file:///C:/Users/smm0897/Downloads/Protocol%20MGF%20Illes%20Balears%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/smm0897/Downloads/Protocol%20MGF%20Illes%20Balears%20(2).pdf)
- **Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.** Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha. 2017. Disponible en: https://escueladesalud.castillalamancha.es/sites/escueladesalud.castillalamancha.es/files/protocolo_prevencion_mgf-mutilacion_genital_femenina_clm.pdf
- **Junta de Andalucía.** Mutilación genital femenina manual para profesionales en Andalucía. Fundación Wassu UAB.2017. Disponible en: https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualAndalucia2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- **Junta de Extremadura.** Protocolo para la prevención e intervención en Mutilación Genital Femenina en Extremadura. 2015. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ProtocoloMGFExtremadura2015.pdf>

- **Kaplan Marcusán A y López Gay A.** Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Universitat Autònoma de Barcelona.Fundación Wassu-UAB. 2017. <https://www.uab.cat/web/transferecia-de-conocimiento/mutilacion-genital-femenina-mgf-1345799901785.html>
- **Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Bedoya Muriel ME, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J y Bolívar Ribas N.** Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Aten Primaria.* 2006;38(2):122-6
- **Kaplan, A., Merino, M., y Franch, M.** *Construyendo un mapa de las mutilaciones genitales femeninas en España.* Barcelona: IDIL.2002
- **Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.** *La mutilación genital femenina en España.2015* Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4857_d_MGF_definitivo.pdf
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF).2015. Disponible en: https://www.msccs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- **Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria.** Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia. Disponible en: https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2461
- **UNAF (Unión Nacional de Asociaciones Familiares).** Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. Madrid: UNAF.2013
- **United Nations Children’s Fund.** Female Genital Mutilation. October2019 Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
- **Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Wassu.** Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. 2017
- **Velasco, C.** Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas. *Matronas Profesión* 1(2), 10-18.
- **World Health Organisation. WHO** guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf;jsessionid=61115CFB878E8F0AC107FA676067DFEB2?sequence=1