



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
EN LAS MUJERES Y NIÑAS SOBRE
LA **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**
EN LAS ILLES BALEARS



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
EN LAS MUJERES Y NIÑAS SOBRE
LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
EN LAS ILLES BALEARS



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

Edición

Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Participación

Este Protocolo ha sido elaborado por el Gobierno de las Illes Balears con la participación de las siguientes direcciones generales:

Dirección General de Salud Pública y Participación
Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears
Dirección General de Planificación y Servicios Sociales
Dirección General de Menores y Familia
Dirección General de Innovación y Comunidad Educativa
Instituto Balear de la Mujer

Coordinadora del Protocolo

Dirección General de Salud Pública y Participación

Autoría

Marian Garcia Baratas, Dirección General de Salud Pública y Participación
M. Carme Vidal Mangas, Dirección General de Salud Pública y Participación
Eugenia Carandell Jager, Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears
Aina Mascaro García, Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears
Susana Ortega Merino, Instituto Balear de la Mujer
M. de Carme Salvá Salleras, Instituto Balear de la Mujer
Carlos Villafáfila Gomila, Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears
María Jesús Vilchez Marín, Médicos del Mundo
Margarita de los Reyes Prohens Salom, Servicio de Inmigración de la Dirección General de Planificación y Servicios Sociales
Caterina Sbert Pizá, Dirección General de Menores y Familia

Revisión

Ayuntamiento de Palma, Área de Igualdad, Juventud y Derechos Cívicos
Dirección General de Innovación y Comunidad Educativa
Asociaciones de Inmigrantes Africanos
Cáritas
Médicos del Mundo
Cruz Roja
Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria (IBAMFIC)
Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC)
Sociedad de Pediatría Balear (SOPEBA)
Asociación de Pediatría de Atención Primaria de las Illes Balears (APapIB)
Asociación Balear de Comadres
Consejo Insular de Mallorca (IMAS)
Consejo Insular de Menorca (Protección de Menores)
Consejo Insular de Eivissa (Protección de Menores)
Consejo Insular de Formentera (Protección de Menores)
Universidad de las Illes Balears
Dirección de Atención Primaria de Mallorca
Dirección de Atención Primaria de Menorca
Dirección de Atención Primaria de Eivissa
Dirección de Atención Primaria de Formentera
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Son Espases
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Son Llàtzer
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Manacor
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Inca
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Mateu Orfila
Servicio de Ginecología y Obstetricia de Can Misses
Colegio Profesional de Diplomados en Trabajo Social
Fiscalía de Menores
Colegio Oficial de Psicología de las Illes Balears
Oficina de Defensa de los Derechos del Menor

Traducción

Juana M. Munar Oliver

Ilustración

Zon Art Urba

Impreso en:

Esment Impremta

DL: PM 1249-2017

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	9
2.	MARCO JURÍDICO.....	11
3.	OBJETIVOS.....	14
4.	DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	15
5.	SITUACIÓN EN LAS ILLES BALEARS.....	22
6.	PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN.....	25
	6.1 FORMACIÓN.....	25
	6.2 COORDINACIÓN.....	25
	6.3 ALGORITMO DE COORDINACIÓN.....	26
	6.4 PARTICIPACIÓN.....	27
7.	ACTUACIONES ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	29
	7.1 CONSIDERACIONES.....	29
	7.2 DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIÓN.....	29
	7.2.1 MUJERES MAYORES DE EDAD. SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA.....	29
	7.2.2 MUJERES MAYORES DE EDAD CON DEPENDENCIA SOCIOECONÓMICA FAMILIAR CON FACTORES DE RIESGO DE MGFF.....	33
	7.2.3 NIÑAS O MENORES DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO O RIESGO INMINENTE DE MGF.....	35
	7.2.4 NIÑAS O MENORES DE EDAD CON MGF PRACTICADA.....	39
8.	ACTUACIONES ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	41
9.	ACTUACIONES DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	41
10.	SOBRE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS.....	41
11.	RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO.....	42
12.	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO Y SU IMPLEMENTACIÓN.....	42
13.	COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	43
14.	ANEXOS.....	44
	1. MODELO HOJA DE COMPROMISO PREVENTIVO DE NO MGF.....	44
	2. MODELO HOJA DE COMPROMISO DE VIAJE (PROTOCOLO NACIONAL).....	46
	3. MODELO DE INFORME DE LESIONES (PROTOCOLO NACIONAL).....	48
	4. CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y HOJAS DE NOTIFICACIÓN (RUMI).....	50
	5. REGISTRO DE MGF EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	51
	6. INTERVENCIÓN DE DESINFIBULACIÓN.....	52
15.	BIBLIOGRAFÍA.....	55

PRÓLOGO

La mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Es una práctica que atenta contra los derechos a la salud, la seguridad, la integridad física, el derecho a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en los que este procedimiento acaba produciendo la muerte.

El Gobierno de las Illes Balears, en su compromiso de fomentar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y luchar contra las violencias machistas, ha elaborado el presente Protocolo con el objeto de contribuir a poner fin a esta práctica nociva, una de las formas más graves de ejercer violencia contra las mujeres, teniendo en cuenta los factores culturales y sociales conducentes a practicar la mutilación genital femenina.

A pesar de que la detección de una mujer con mutilación genital femenina o una niña en riesgo de sufrirla habitualmente se produce en el ámbito sanitario, el tratamiento de dicha problemática debe plantearse desde un punto de vista interdisciplinario, coordinado y en red con la participación de diferentes profesionales y de diferentes niveles, como servicios sociales, mediación intercultural, educación social, justicia, organismos de igualdad, policía y asociaciones civiles.

Por ello, el Protocolo se ha elaborado conjuntamente con la Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears, la Dirección General de Planificación y Servicios Sociales, la Dirección General de Menores y Familia, la Dirección General de Innovación y Comunidad Educativa y el Instituto Balear de la Mujer.

Es mi deseo dar las gracias a todas y todos los profesionales que han colaborado en su redacción.

Maria Ramos Monserrat
Directora general de Salud Pública y Participación

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace miles de años, millones de mujeres y niñas africanas sufren y aceptan la práctica de la mutilación genital femenina (MGF) como un proceso de socialización que les otorga identidad étnica y de género. Es transmitida y practicada por madres y abuelas a sus hijas y nietas en un entorno social entre religioso, ritual, mágico, ancestral y hermético. Está custodiada como un secreto íntimo y sagrado que ha pervivido durante siglos.

La MGF es considerada por los que la practican como una muestra de respeto a la tradición y sus personas mayores además de una exigencia para la integración y preservación de la cohesión social.

Por otra parte, la MGF es una vulneración de los derechos humanos, una violencia de género y un desamparo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas que la sufren, reconocida por organismos internacionales, africanos, europeos y españoles.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen más de 125 millones de mujeres y niñas en la actualidad que han sido objeto de MGF en los 29 países de África y Oriente Medio, donde se concentra dicha práctica.

Con la nueva agenda mundial para 2030 “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible” y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), aprobados por los estados miembros de las Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015, se fija la forma en la que las mujeres se ven afectadas por cada uno de los 17 ODS propuestos y cómo las mujeres y niñas pueden convertirse en actrices fundamentales para conseguirlos, incluyendo un objetivo independiente para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y niñas (ODS 5).

Precisamente, la finalidad del objetivo de desarrollo sostenible 5 consiste en eliminar las prácticas perjudiciales y nocivas, tales como el matrimonio infantil, precoz y forzado, así como la mutilación genital femenina (MGF). Y es posible su alcance mediante reformas jurídicas y políticas y medidas de protección, la movilización comunitaria y el compromiso de los líderes religiosos y comunitarios, así como el de las personas afectadas.

Cabe señalar que en agosto de 2016 el **Parlamento de la Unión Africana avaló la prohibición de la mutilación genital femenina en todo el continente**. Por otra parte, varios países africanos han elaborado medidas legislativas propias para erradicar esta práctica.

El impulso para eliminar el MGF es cada vez mayor, tanto en los países de origen como en los países en los que reside la población en riesgo. Según el último informe de Unicef, el número de niñas/adolescentes africanas de familias donde se practica la MGF ha disminuido. El cambio iniciado arraiga y progresa.

En las últimas décadas, España se ha convertido en destino de los movimientos migratorios. Esta población migrante ha implicado nuevas culturas, diferentes formas de vida, realidades diversas, nuevas oportunidades y distintos retos.

La MGF es una práctica tradicional desconocida en nuestro entorno hasta hace poco, sobre todo en su abordaje integral. Se han producido dilemas profesionales, estigmatización de las mujeres que la sufren, rechazo de la cultura y costumbres de la población africana y ha fortalecido el etnocentrismo.

Según el último informe de la Fundación Wassu-UAB del año 2015, en España hay casi 17.000 niñas menores de 15 años, hijas de familias procedentes de países africanos en los que se realiza la MGF.

En las Illes Balears existen cerca de 900 niñas y jóvenes menores de 19 años cuyas familias provienen de países en los que se practica la mutilación.

El 7 de abril de 2016 el Parlamento de las Islas Balears instó por unanimidad al Gobierno de las Illes Balears a impulsar de forma consensuada con los sectores implicados un protocolo autonómico de actuación para la prevención de la MGF.

Desde el respeto a la diversidad cultural, pero con firmeza ante esta vulneración de los derechos que sufren las mujeres y niñas, la Dirección General de Salud Pública y Participación de las Illes Balears impulsa y coordina este Protocolo con el sistema sanitario, educativo y social, así como con la colaboración del tejido asociativo u otros que tienen relación con dicha problemática.

El objetivo del presente Protocolo autonómico es sumarse a la lucha de la población africana, de los organismos internacionales, europeos, nacionales y autonómicos para erradicar la MGF en las Illes Balears y en los países de procedencia a través de la prevención y actuación, proponiendo actuaciones integrales desde el conocimiento y el respeto a la diversidad cultural.

Este Protocolo se engloba dentro del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista de las Illes Balears y está amparado por la Ley de igualdad de mujeres y hombres de las Illes Balears. Dentro de ese contexto, con las diferencias y similitudes que implica este tipo de violencia de género, se apoyará a las mujeres con MGF y a sus familias, acompañándolas en el proceso de cambio, favoreciendo el apoderamiento para conseguir que los derechos sexuales y reproductivos sean una realidad.

2. MARCO JURÍDICO

2.1 Marco internacional

La mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las niñas y mujeres, que refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada. Dado que la mutilación genital femenina casi siempre se practica en menores, constituye también una violación de los derechos de las niñas.

A nivel internacional, europeo y nacional son muchas las normas y resoluciones que tratan sobre la violencia contra la mujer, los niños, y específicamente en contra de la mutilación genital femenina, como una violación de los derechos humanos básicos y, por lo tanto, de obligado cumplimiento y de aplicación penal.

Dentro del marco internacional cabe destacar la labor que ha realizado la ONU y otros organismos internacionales como la OMS, UNICEF, CSW y CEDAW. Es preciso destacar la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño (documento vinculante) y la Estrategia mundial para impedir que el personal sanitario practique mutilaciones sexuales femeninas, publicada por la OMS en colaboración con UNFPA, UNICEF y otros asociados el año 2010.

En mayo de 2014 se celebró la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, que impulsó la adopción de la Resolución A67/22, afrontó el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y niñas, que aborda el papel del Sistema de Salud para hacer frente a esta cuestión. En el proyecto de resolución se considera la MGF como una de las formas de violencia a estudiar desde el punto de vista del sistema sanitario, aportando cifras, analizando las causas de dicha práctica y el contexto normativo, y destacando asimismo la importancia del desarrollo de la base empírica y la acción transversal y multisectorial en este ámbito.

Asimismo, España ha ratificado varios convenios internacionales que condenan la mutilación genital femenina (MGF), tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CCT), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDI), el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH) y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02). También ha firmado, *ad referendum*, el Convenio sobre la Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica del Consejo de Europa (CETS nº. 210).

2.2 Marco europeo

El Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo también han llevado a cabo iniciativas jurídicas contra la MGF dejando claro que es una violación de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra las mujeres no justificable por respeto a tradiciones culturales o religiosas.

Han sido diversos los documentos y resoluciones en los que se insta a los estados miembros a que elaboren legislación específica y adopten medidas adecuadas para poner fin a la mutilación genital femenina, entre los que cabe destacar en el año 2007 la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, cuyo artículo 3 proclama que toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.

Además, el Convenio de Estambul del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia hacia la mujer y la violencia doméstica, del año 2011, supone el primer instrumento de carácter vinculante en la región europea. En su artículo 38 obliga a los estados miembros firmantes a adoptar medidas legislativas o de otro tipo, necesarias para tipificar de delito cuando se cometan de forma intencionada:

a) La escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer.

- b) El hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el apartado a o de proporcionarle los medios para este fin.
- c) El hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el apartado a o de proporcionarle los medios para ese fin.

Por el Tratado de Lisboa de la Unión Europea, el Área de Libertad, Seguridad y Justicia pasa a ser competente en la cooperación intergubernamental y el artículo 82 establece las bases para desarrollar la Directiva sobre los derechos de las víctimas, aprobada recientemente.

La asamblea parlamentaria del Consejo de Europa aprobó dos documentos importantes: un informe de 3 de mayo que pidió la prohibición de las MGF al considerarlas un trato inhumano y degradante en el sentido del artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, y la Resolución 1247/2001, de 22 de mayo, por la que se solicitó a los estados miembros que promulgaran una legislación específica que prohíba la mutilación genital, declarándola una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal de las víctimas.

2.3 Marco nacional

Siguiendo los criterios de la Unión Europea, la legislación española adoptó varias medidas legales específicas relacionadas con la mutilación genital femenina:

1. La Ley orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de las personas extranjeras, modificó el artículo 149 del Código Penal. Se tipifica el delito de mutilación genital o ablación.

Dado que la mutilación genital femenina es un delito tipificado en el Código Penal, debe tenerse cuenta lo dispuesto en el artículo 262 de la Ley de enjuiciamiento criminal:

Los que en razón de sus cargos, profesiones u oficios tengan noticia de algún delito público están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, tribunal competente, el juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o funcionario de policía más próximo al lugar si se trata de un delito flagrante.

Asimismo, el artículo 355 de dicha Ley menciona de forma explícita la obligación de los profesionales de la medicina en este sentido:

Si el hecho criminal que motiva la formación de una causa cualquiera consiste en lesiones, el personal facultativo que asiste a la persona herida estará obligado a informar de su estado.

2. La Ley orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley orgánica 6/1985, de 1 de julio del poder judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, en su exposición de motivos, lo plasma de la manera siguiente:

La mutilación genital femenina constituye un atentado grave contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes se considerará un trato "inhumano y degradante" incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

3. La Ley orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley orgánica 6/1985, de 1 de julio, del poder judicial, relativa a la justicia universal, establece:

Igualmente, es competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por las personas españolas o extranjeras fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas:

j) Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre y cuando:

1. el procedimiento se dirija contra una persona española
2. el procedimiento se dirija contra una extranjera que reside habitualmente en España
3. el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo, se encuentre en España

4. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, introduce como principio rector de la actuación administrativa la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la producida en su entorno familiar, de género, el tráfico de seres humanos y la mutilación genital femenina, entre otros. Conforme a ello, los poderes públicos ejercerán actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil.

El artículo 1 de esta Ley modifica la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil. Concretamente, la nueva redacción que se da al artículo 11.2, relativo a los principios rectores de los poderes públicos en relación con los menores, establece lo siguiente:

i) La protección contra toda forma de violencia, incluidos el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la que se realiza a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluidos el acoso escolar, el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso.

En el año 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina, cuyo objetivo fundamental es constituirse en herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica, cuando por su contexto familiar estén en una situación de vulnerabilidad especial.

2.4 Marco autonómico

En nuestra comunidad autónoma, el capítulo I del título V de la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres, incluye la mutilación genital femenina como forma de violencia machista.

Artículo 65

[...]

4. A los efectos de esta Ley, se considera violencia machista:

[...]

g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o niña.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Prevenir y actuar en las Illes Balears contra la práctica de la MGF desde los ámbitos sanitario, educativo y social

Objetivos específicos

- Establecer un marco de coordinación de los sistemas sanitario, educativo y social para la prevención y actuación en la MGF.
- Sensibilizar, formar y capacitar a los profesionales del sistema social, sanitario y educativo para la prevención, atención y seguimiento de la MGF.
- Diseñar la metodología de intervención para la prevención y actuación en los casos de MGF o riesgo de sufrirla.
- Promover espacios de comunicación con los agentes sociales implicados.
- Determinar mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones previstas en el Protocolo.

Este Protocolo va dirigido a los profesionales de diferentes ámbitos de intervención: sistema de servicios sociales, sistema sanitario, sistema educativo, asociaciones y ONG de las Illes Balears que trabajan para la erradicación de la MGF en mujeres y niñas.

“Una teoría sin práctica está vacía y de la misma forma una práctica sin teoría es ciega” Kwame Nkrumah (líder y filósofo africano)

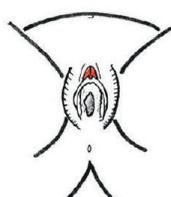
4. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital femenina, según la última clasificación de la OMS, comprende todos los procedimientos consistentes en la ablación parcial o total de los órganos genitales externos o cualquier daño en los genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.

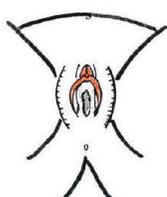
Tipos de mutilación genital femenina:

Se clasifica en cuatro tipos principales:

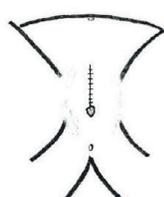
- **Tipo I o clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
 - Tipo I a: resección del prepucio.
 - Tipo I b: resección del clítoris y del prepucio.
- **Tipo II o escisión:** resección de los labios menores con resección parcial o total del clítoris o sin, y con o sin escisión de los labios mayores.
 - Tipo II a: resección de los labios menores.
 - Tipo II b: resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
 - Tipo II c: resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.
- **Tipo III o infibulación:** estrechamiento de la apertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y recolocación de los labios menores y/o mayores, con escisión o sin del clítoris.
 - Tipo III a: resección y recolocación de los labios menores.
 - Tipo III b: resección y recolocación de los labios mayores.
- **Tipo IV:** amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los otros procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, como la perforación, incisión, raspadura o cauterización de la zona genital. Se incluye la cirugía estética de rejuvenecimiento vaginal, decoloración de genitales, reconstrucción de himen y pírsines, todo ello aceptado y promovido en muchos lugares del mundo.



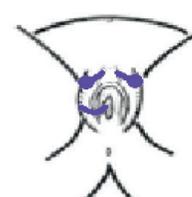
Tipo I



Tipo II



Tipo III



Tipo IV

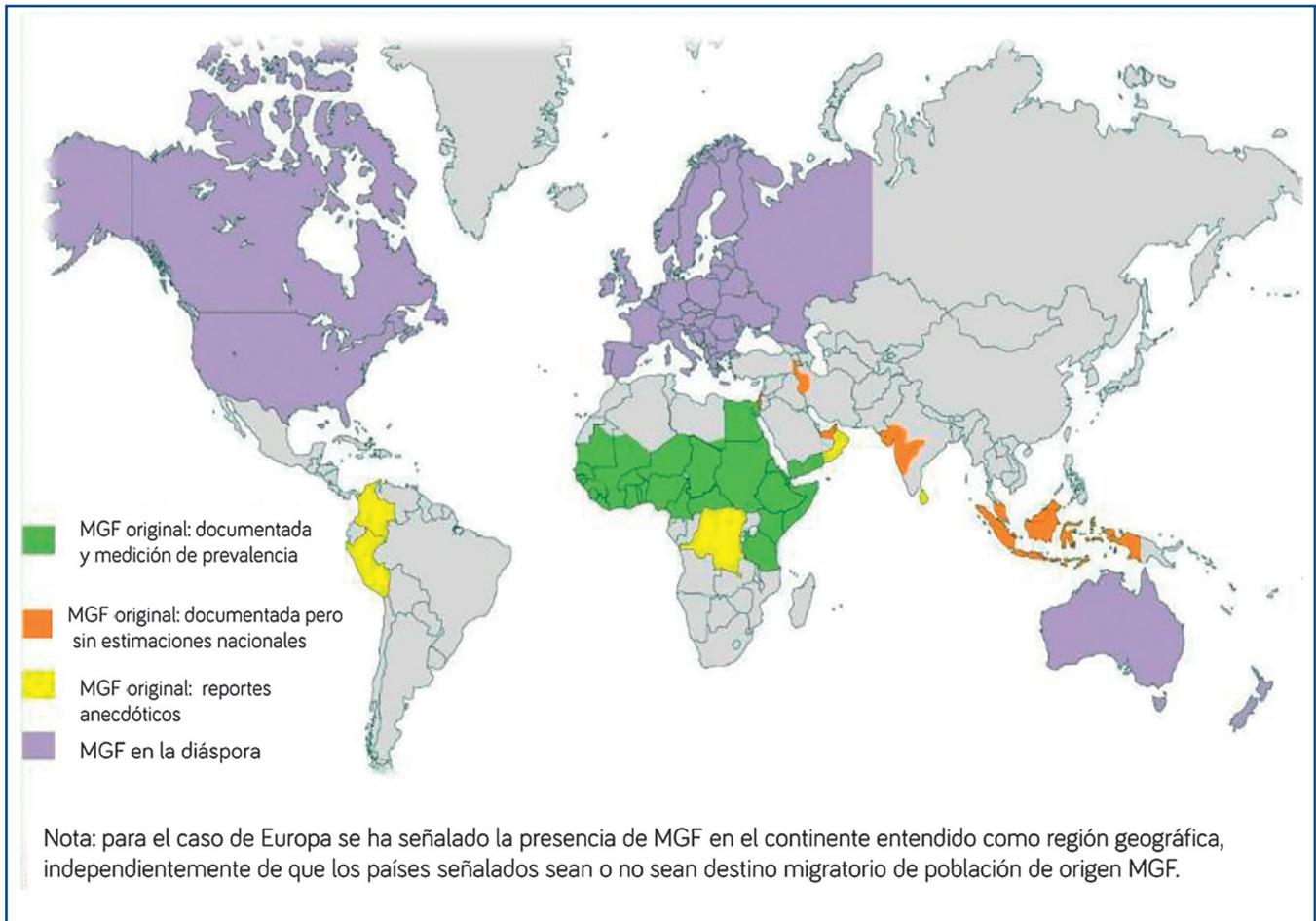
Los tipos I y II representan cerca del 90 % de los casos y predominan en los países de África Sub-sahariana occidental.

La mutilación tipo III representa el 10 % de los casos y predomina en África Oriental, principalmente en Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía. En Yibuti, Eritrea, Níger, Senegal y Somalia afecta a una de cada cinco niñas y es conocida como la circuncisión faraónica, consistente en el corte y cosido de los genitales.

La tipo IV se practica en muchos países del mundo en los que las mujeres son consumidoras de cirugía estética. Se publicita para conseguir unos cánones de belleza propios de niñas púberes. En 2015 el 5 % de las intervenciones estéticas en España fueron de cirugía íntima o ginecoestética, y su consumo aumenta. Este tipo de MGF se abordará desde otros espacios.

4.3 Distribución geográfica de la mutilación genital femenina

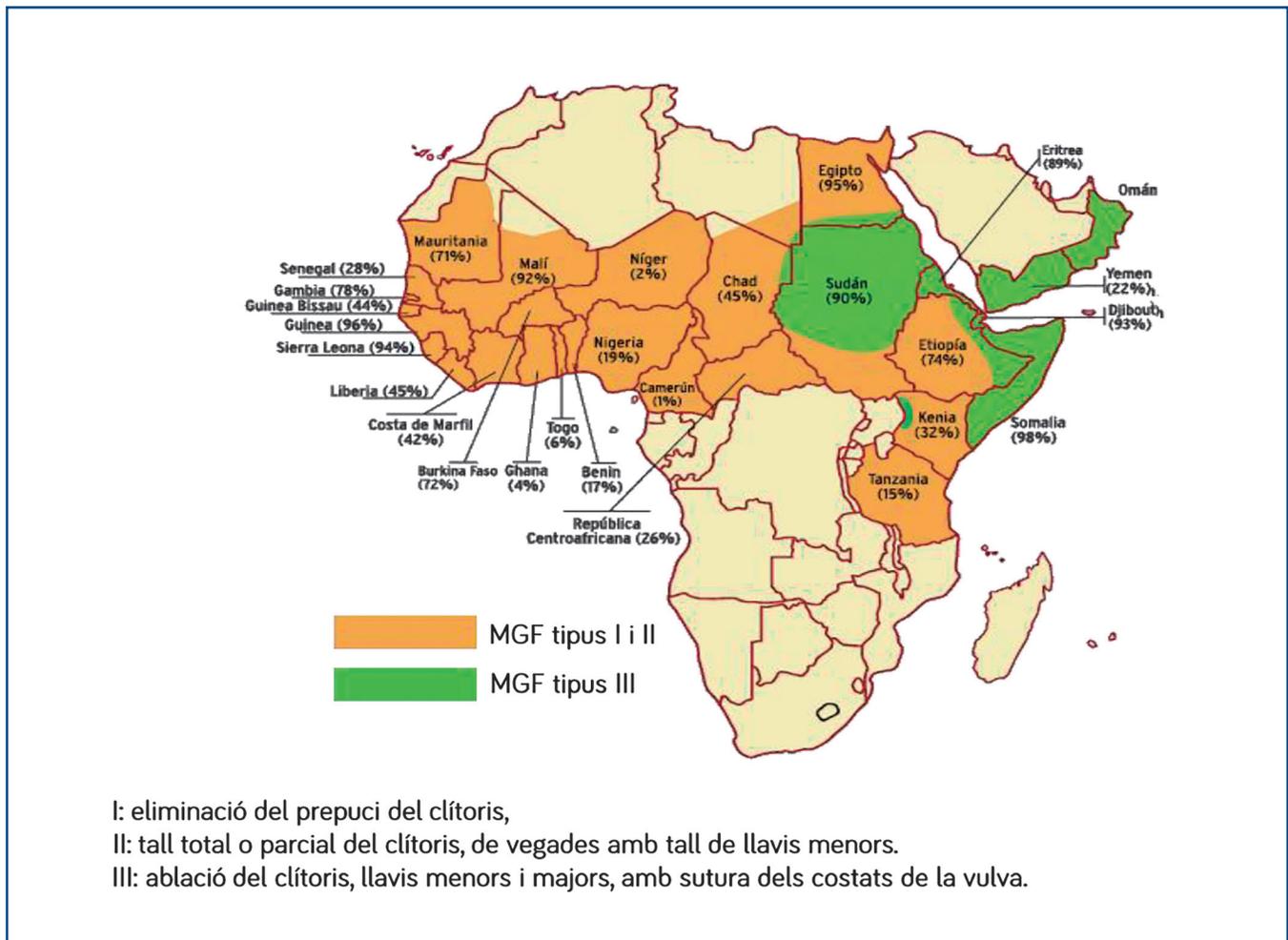
El origen de la MGF es incierto aunque se considera que empezó en el norte de África hace miles de años. Va mucho más allá de países y religiones. Es practicada por personas musulmanas, cristianas, tradicionalistas y múltiples etnias sin ningún vínculo religioso.



Fuente: elaborado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). (Adaptación)

En el mapa se representa la extensión que abarca la MGF en el mundo por la diáspora, además de los países de África y Oriente Medio donde se practica ancestralmente.

La prevalencia e incidencia de la MGF es mayor en el continente africano.



En todo caso, el tipo de mutilación, la edad en la que se practica y la forma como se realiza varía de un país a otro, de una etnia a otra, e incluso dentro de una misma etnia de una familia a otra, y también cambia en función de si se efectúa en una zona urbana o rural.

4.4 Prevalencia por países según etnia y zona geográfica donde se realiza la MGF

La tabla siguiente especifica las etnias y/o zonas geográficas donde se realizan los diferentes tipos de MGF. Esta información nos permitirá poder identificar mejor a las niñas y mujeres en riesgo de sufrir el MGF.

PREVALENCIA PARA PAÍSES SEGÚN ETNIA Y ZONA GEOGRÁFICA		
País	Prevalencia estimada	Zona geográfica / etnia / religión
Benín	16,8 % (2001)	Principalmente en el norte. Etnias que la practican: bariba, peul (fulani), boko, baatonau, wama y nago.
Burkina Faso	72,5 % (2005)	La mayoría de los grupos religiosos y étnicos.
República Centrafricana	1,4 % (2004)	En áreas del norte, este y suroeste.
Chad	44,9 % (2004)	Elevada prevalencia en las etnias banda y mandinga.
Costa de Marfil	41,7 % (2005)	Prevalencia en grupos animistas y musulmanes: malinké, foula, bambara y dioula. También en algunos miembros de los pueblos Senuofo, Tagwana, Djimini, Lobi, Birifor, Koulango, Dan, Yacouba, Toura y Gouro.
República Democrática del Congo	5 %	Grupos étnicos del norte.
Yibuti	93,1 % (2006)	Las etnias àfar e issa practican el tipo III, en cambio la yemení realiza el tipo II.
Egipto	95,8 % (2005)	Practicado por personas cristianas coptas y musulmanas de la mayoría de grupos étnicos.
Eritrea	88,7 % (2002)	Todos los grupos étnicos y religiosos la practican.
Etiopía	74,3 % (2005)	Tipo I: las etnias amhara, tigrinya y musulmana jeberti de la región Tigré. Tipo II: las etnias gurage, algunas personas de la tigrinya, oromo y shankila. Tipo III: las etnias àfar, somalí y harare. Tipo IV: en Gojam. No practican la MGF las etnias bengua de Wellga, azezo, dorze, bonke, shama y algunos grupos en Godole, Konso y Gojam.
Gambia	78,3 % (2005)	Tipo II: mandinga, hausa, jola y sarahuli. Tipo III: fula y bambaras. No la practican: wolofs, akus, serenas y manjangos.
Ghana	3,8 % (2005)	Sobre todo en zonas del norte.
Guinea	95,8 % (2005)	Peul, malinké, soussou, guerrees, coge y nalou practican los tipos I, II o III.
Guinea Bissau	44,5 % (2005)	Fula, mandinga y peul.
Kenya	32,2 % (2003)	Practicada por 30 de los 40 grupos étnicos de Kenia. No realizan MGF la etnia luos del oeste ni la luhya. Entre la etnia Kisii la prevalencia es del 97 % y entre la masai, del 89 %.
Liberia	45 % (2007)	Mandé, gola y kisii No la realizan las etnias kru, grebo o krahn, las personas americoliberianas ni las musulmanas mandinga.

Mali	91,6 % (2001)	La mayoría de los grupos practican alguna forma de MGF. No es practicada por las poblaciones Songhai, Tuaregs ni Moor. La prevalencia es muy baja en el norte: Tombuctú i Gao (9,3 %).
Mauritania	71,3% (2001)	Pulaar, 93 %; sonike, 78 %; moors, 69 %, wolof, 12 %.
Níger	2,2 % (2006)	Más prevalente en las áreas de Tillaberi y Dorso, a lo largo del río Níger y entre las comunidades árabes de la región de Diffa.
Nigeria	19 % (2003)	Practicada por casi todos los grupos étnicos y religiones. La práctica oscila entre un 90 % en Benue y Ondo y un 0- 1% en Yobe. No la realiza la etnia fulani.
Senegal	28,2 % (2005)	No la practican las etnias wolof ni la serere, etnias mayoritarias del país.
Sierra Leona	94 % (2005)	Todos los grupos étnicos y religiosos, excepto la etnia krio.
Somalia	97,9 % (2005)	La mayoría de grupos étnicos. En el 80 % de casos se realiza el tipo III.
Sudán (norte)	90 % (2000)	87 % en zonas urbanas; 91 % en zonas rurales. Sobre todo el tipo III.
Tanzania	17,9 % (1996)	Oscila entre 2,9 % en la etnia mtwara y el 81,4 % en la arusha.
Togo	5,8 % (2005)	Oscila entre un 12 % entre la etnia gourma y un 85-98 % entre los cotocoli, tchamba, mossi, yanga y peul. Dos de los grupos mayoritarios (adja-exw y akposso-akepbou) no la practican.
Uganda	0,6 % (2006)	
Yemen	23 % (1997)	Sobre todo en la costa.

Información cedida por Médicos del Mundo

4.5 Consecuencias para la salud

Cabe tener en cuenta si la mutilación se realiza en el medio urbano, donde se extiende la práctica medicalizada, o en el medio rural, donde las condiciones de asepsia están ausentes y los instrumentos son precarios, con lo que las complicaciones y consecuencias suelen ser más graves.

A corto plazo

- dolor intenso, choque
- hemorragias, choque hipovolémico
- infecciones, septicemia, tétanos
- lesión de órganos y estructuras de la zona como la uretra, la vagina, el perineo y/o el recto
- fracturas por inmovilidad forzada

A medio plazo

- anemias severas
- infecciones genitourinarias recurrentes, VIH u otros
- mala cicatrización

A largo plazo

- problemas ginecológicos: hematocolpos, dismenorrea, retención menstrual, infecciones vaginales recurrentes
- problemas sexuales: dispareunia, falta de deseo, anorgasmia, vaginismo y otros
- problemas reproductivos: infertilidad, más morbimortalidad fetal
- problemas obstétricos: fístulas, más número de cesáreas y episiotomía, otros
- problemas urinarios: incontinencia y retención de orina, infecciones recurrentes
- estrés postraumático, miedo, depresión, terror nocturno, flashbacks del momento de la mutilación
- sentimiento de culpa de madres mutiladas

Por complicaciones

- muerte a corto, medio y largo plazo (choque hipovolémico, infección VIH, complicaciones obstétricas...).

Existen pocos estudios sobre los efectos psicológicos de la MGF pero los testigos de muchas mujeres y niñas refieren dispareunia, falta de deseo, anorgasmia y ansiedad ante las relaciones sexuales.

4.6 Razones por las que se practica la mutilación genital femenina

Es realmente importante que los profesionales sepan las razones que sustentan la realización de la MGF para desmontar mitos y creencias erróneas. Es conveniente establecer siempre una escucha activa y muy especialmente cuando se trata de razones de respeto a sus mayores, valores, tradición, aceptación social o costumbres ligadas a su comunidad de origen. Cabe señalar que los derechos a la vida, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas son universales e inalienables, y están protegidos.

Según la etnia a la que se pertenece, tiene diferentes justificaciones. La inclusión social o pertenencia al grupo y que sea imprescindible para concertar un matrimonio son razones compartidas por todo el mundo. En cada caso es preciso conocer las razones individuales que transmite cada mujer o familia para poder abordarla con conocimiento y entendimiento.

Razones sociales

- ritual de paso de niña a mujer
- pertenencia al grupo
- respeto a las personas mayores y tradiciones
- rol de la mujer dentro de la comunidad
- forma parte de la buena educación para las niñas
- aumento de la docilidad
- preparación para el matrimonio y la vida adulta
- no exclusión de la comunidad

Razones religiosas

- mandato religioso (no es un precepto islámico)
- purificación
- circuncisión igual a la de los hombres

Razones mágicas

- el demonio está en el clítoris
- el clítoris daña al hombre
- el clítoris puede crecer como un pene
- puede matar a los recién nacidos y recién nacidas en el parto
- evita que rompan cosas en la casa

Razones higiénicas y estéticas

- los genitales femeninos son sucios
- estética genital
- los genitales femeninos son impuros

Razones sexuales

- asegurar la virginidad hasta el matrimonio
- garantizar la fidelidad
- incrementar la feminidad
- controlar el deseo sexual
- más placer para el hombre

Razones reproductivas

- aumenta la fertilidad
- favorece la salud de las recién nacidas y recién nacidos
- evita la muerte de los recién nacidos y recién nacidas
- favorece el parto

Si a una mujer no le han realizado la MGF es rechazada por su propia familia y comunidad. No puede participar en la vida social. No será aceptada para casarse y formar una familia. Se considera que no respeta los designios, necesidades y decisiones de su comunidad, que renuncia a sus antepasados. Se la excluye del grupo de pertenencia y referencia de su vida. Las personas mayores son las que tienen capacidad y potestad en la toma de decisiones, y la familia y la comunidad tienen que respetarlas y obedecer.

5. SITUACIÓN EN LAS ILLES BALEARS

La llegada masiva de personas migradas de países lejanos empieza a finales de los años 90. Cambia la estructura homogénea que teníamos en las Illes Balears de personas residentes españolas y europeas. La diversidad de culturas, razas, idiomas y religiones han aflorado en nuestra comunidad. Aparecen nuevos retos para la promoción, prevención y atención a la salud de las nuevas personas residentes.

En el año 2014 la ONG Médicos del Mundo elaboró un diagnóstico de MGF en Mallorca, donde se identifica a la población susceptible de sufrir mutilación o en riesgo de sufrirla. Asimismo, describe la necesidad de conocimientos en los y las profesionales sanitarios, la disposición de la población africana afectada de tratar el tema y el interés político de abordarlo, además de la necesidad de elaborar un protocolo autonómico para prevenir la MGF que puntualice el enfoque integral y que defina las actuaciones y actores implicados.

5.1 Población sub-saharai

Población de hombres y mujeres africanos de países donde se practica MGF el año 2015 en las Illes Balears.

Año 2015	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Ibiza y Formentera
Hombres	6.197	5.659	208	330
Mujeres	2.804	2.608	76	120
Total	9.001	8.267	284	450
Porcentaje	100 %	91,84 %	3,15 %	4,99 %

Fuente: Instituto de Estadística de las Illes Balears (IBESTAT)

Población de niñas y jóvenes africanas de países donde se practica MGF en las Illes Balears.

Año 2015	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Ibiza y Formentera
Niñas <14 anys	798	757	15	26
Jóvenes de 14 a 19 años	101	96	3	2
Total	899	853	18	28

Fuente: Instituto de Estadística de las Illes Balears (IBESTAT)

Hay variabilidad entre los datos poblacionales de padrón recogidos por el Instituto de Estadística de las Illes Balears y los datos del Servicio de Salud. Para estar incluidas en los datos del padrón es preciso estar empadronadas en los ayuntamientos y renovar los trámites. Para tener tarjeta sanitaria, las embarazadas y menores no necesitan estar empadronadas e incluso pueden estar de alta sanitaria en más de una comunidad autónoma o centro de salud.

5.2 Población sub-saharai por centro de salud y tarjeta sanitaria

Para focalizar las zonas o barrios con más tasa de migración de países donde se practica la MGF se han utilizado las zonas básicas de salud tomando como fuente de información la base de datos de tarjeta sanitaria del Servicio de Salud.

Tabla de población sub-saharai por tarjeta sanitaria y centro de salud de todas las Illes Balears, dispuestos por el número de mujeres de mayor a menor. También indica el porcentaje que representa la población de origen sub-saharai e indica la población de niñas y jóvenes menores de 19 años, puesto que la prevención tiene que incidir especialmente en esta población.

Total población sub-saharai por centro de salud y tarjeta sanitaria

Centro de salud	Población CS	Población subsahariana	% población subsahariana	Mujeres subsaharianas	Hombres subsaharianos	Tramo Mujeres <=14 años	Tramo Mujeres 15-19 años
total	1.073.904	11.298	1,05 %	3.732	7.566	1.064	108
SON GOTLEU	21.779	2.172	9,97 %	803	1.369	218	16
PERE GARAU	25.189	744	2,95 %	266	478	88	3
INCA	41.862	729	1,74 %	226	503	89	1
POLÍGON LLEVANT	19.062	498	2,61 %	187	311	53	7
CAMP REDÓ	28.535	335	1,17 %	132	203	36	6
PLATJA DE PALMA	19.746	674	3,41 %	127	547	34	8
ARQUITECTE BENNÀSSAR	31.141	349	1,12 %	122	227	32	6
RAFAL NOU	19.413	253	1,30 %	121	132	40	2
TRENCADORS	21.160	473	2,24 %	116	357	27	2
LLEVANT	19.730	291	1,47 %	109	182	32	5
ESCOLA GRADUADA	23.643	280	1,18 %	108	172	39	3
SON RUTLAN	13.944	261	1,87 %	103	158	28	4
MARINES	18.384	247	1,34 %	92	155	25	5
SON CLADERA	9.734	205	2,11 %	89	116	28	0
SON PISÀ	23.510	620	2,64 %	87	533	28	3
ESCORXADOR	30.269	218	0,72 %	87	131	24	4
SAFRÀ	18.528	219	1,18 %	75	144	24	1
SON SERRA	27.267	156	0,57 %	70	86	27	3
SANTANYÍ	12.059	137	1,14 %	59	78	17	2
CANAL SALAT	26.289	177	0,67 %	58	119	18	1
ES VIVER	22.045	186	0,84 %	52	134	14	7
TORRENT DE SANT MIQUEL	17.256	192	1,11 %	50	142	16	0
NA BURGESA	24.471	178	0,73 %	46	132	10	0
SERRA NORD	13.010	92	0,71 %	38	54	12	3
CAPDEPERA	11.485	134	1,17 %	37	97	7	1
SANT ANTONI DE PORTMANY	23.319	147	0,63%	36	111	8	1
DALT SANT JOAN	24.703	84	0,34 %	34	50	11	1
VALLDARGENT	15.802	125	0,79 %	32	93	8	0
POLLENÇA	16.090	73	0,45 %	29	44	7	1
PORTO CRISTO	10.262	69	0,67 %	28	41	8	2
SANTA EULÀRIA DES RIU	27.856	93	0,33 %	28	65	6	2

COLL D'EN RABASSA	20.813	89	0,43 %	25	64	5	1
SA TORRE	30.663	49	0,16 %	23	26	4	1
CASA DEL MAR	22.214	55	0,25 %	22	33	1	0
SANT JOSEP DE SA TALAIA	10.777	79	0,73 %	21	58	5	1
SANT AGUSTÍ	16.171	70	0,43 %	21	49	3	0
PONENT	10.560	33	0,31 %	15	18	4	0
SANTA CATALINA	18.353	41	0,22 %	14	27	3	1
PONT D'INCA	20.275	40	0,20 %	14	26	3	0
VERGE DEL TORO	16.104	43	0,27 %	14	29	1	0
SANTA PONÇA	22.566	51	0,23 %	12	39	7	1
FELANITX	17.805	25	0,14 %	12	13	3	0
SON FERRIOL	13.712	36	0,26 %	11	25	3	0
ES PLA	9.879	21	0,21 %	11	10	2	0
SES ROQUES LLISES	16.033	25	0,16 %	11	14	2	1
ES BANYER	11.969	42	0,35 %	11	31	1	0
NUREDDUNA	7.685	18	0,23 %	6	12	1	0
VILA	19.804	26	0,13 %	6	20	0	0
ES RAIGUER	18.997	17	0,09 %	6	11	0	0
FERRERIES	5.788	14	0,24 %	5	9	1	1
MIGJORN	18.386	15	0,08 %	5	10	0	0
EIXAMPLE	18.650	32	0,17 %	5	27	0	1
XALOC	13.995	15	0,11 %	5	10	0	0
FORMENTERA	9.262	16	0,17 %	3	13	1	0
SANT JORDI DE SES SALINES	9.909	12	0,12 %	3	9	0	0
ÀREA DE MALLORCA		12		3	9	0	0
SANTA MARIA DEL CAMÍ	15.109	4	0,03%	1	3	0	0
TRAMUNTANA	7.559	3	0,04%	0	3	0	0
MUNTANYA	13.323	4	0,03%	0	4	0	0
Total	1.073.904	11.298	1,05%	3.732	7.566	1.064	108

Fuente: Servicio de Salud, octubre de 2016

6. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN

La formación, coordinación y participación son los pilares que deben sustentar el Protocolo de prevención y actuación con las mujeres y niñas con riesgo de MGF.

6.1 Formación

La formación de todos los profesionales que participan en el abordaje de la MGF desde las diferentes entidades es un requisito necesario e importante para conseguir los objetivos de prevención y atención. La falta de conocimiento de una sola persona puede invalidar aquello que se ha conseguido. El etnocentrismo suele invadir las intervenciones y puede ser la causa de la poca adherencia de la población al programa.

Por lo tanto, es precisa la formación antes de la implementación del Protocolo.

La formación debe incluir los siguientes aspectos:

1. Basarse en la antropología, cultura, costumbres, comunicación y empatía. Si tratamos la MGF desde nuestra cultura será difícil crear el clima de confianza y cordialidad necesario para su abordaje conjuntamente con la población afectada.
2. Incluir información sobre los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, conferencias y declaraciones de los organismos internacionales que abordan la MGF y la violencia de género, así como el marco jurídico estatal y autonómico.
3. Incorporar las repercusiones que tiene para la salud física, psicológica, emocional, sexual y reproductiva.
4. Contener información sobre los recursos y servicios disponibles para atender a las mujeres y niñas que han sufrido una mutilación.
5. Introducir técnicas de intervención individual y comunitaria.
6. Englobar las estrategias para la prevención de la MGF.
7. Formar sobre la detección, notificación y actuación ante el maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

6.2 Coordinación

El trabajo en red entre las diferentes administraciones, con otros colectivos profesionales y organizaciones es esencial para el abordaje multidisciplinar y holístico en el que la suma se multiplica en eficacia. Los servicios de salud, educación, sociales e inmigración tienen que conocer y manejar el Protocolo, los circuitos de derivación, los recursos y potenciar la comunicación con el resto de entidades.

La identificación de una familia, mujer o niña que sufre mutilación genital femenina o tiene riesgo de ello puede detectarse desde diferentes escenarios.

Sistema sanitario: suele ser la puerta de entrada y el primer contacto con una mujer que sufre MGF. Después de iniciar una relación de empatía y confianza con la mujer se averiguará si tiene hijas o niñas en cuyo caso se contactará con pediatría, así como con los centros educativos y servicios sociales del centro de salud o del municipio.

Sistema educativo: la escolarización de las niñas favorece la comunicación y la relación con el profesorado. Saber el país y la etnia de origen permite identificar un posible caso. El diálogo y la confianza con la familia y las alumnas ayudarán a saber si existen factores de riesgo o riesgo inminente. Si se detecta un riesgo, se

comunicará al centro de salud de referencia a través de los servicios de orientación para asegurar que se realicen las actuaciones adecuadas.

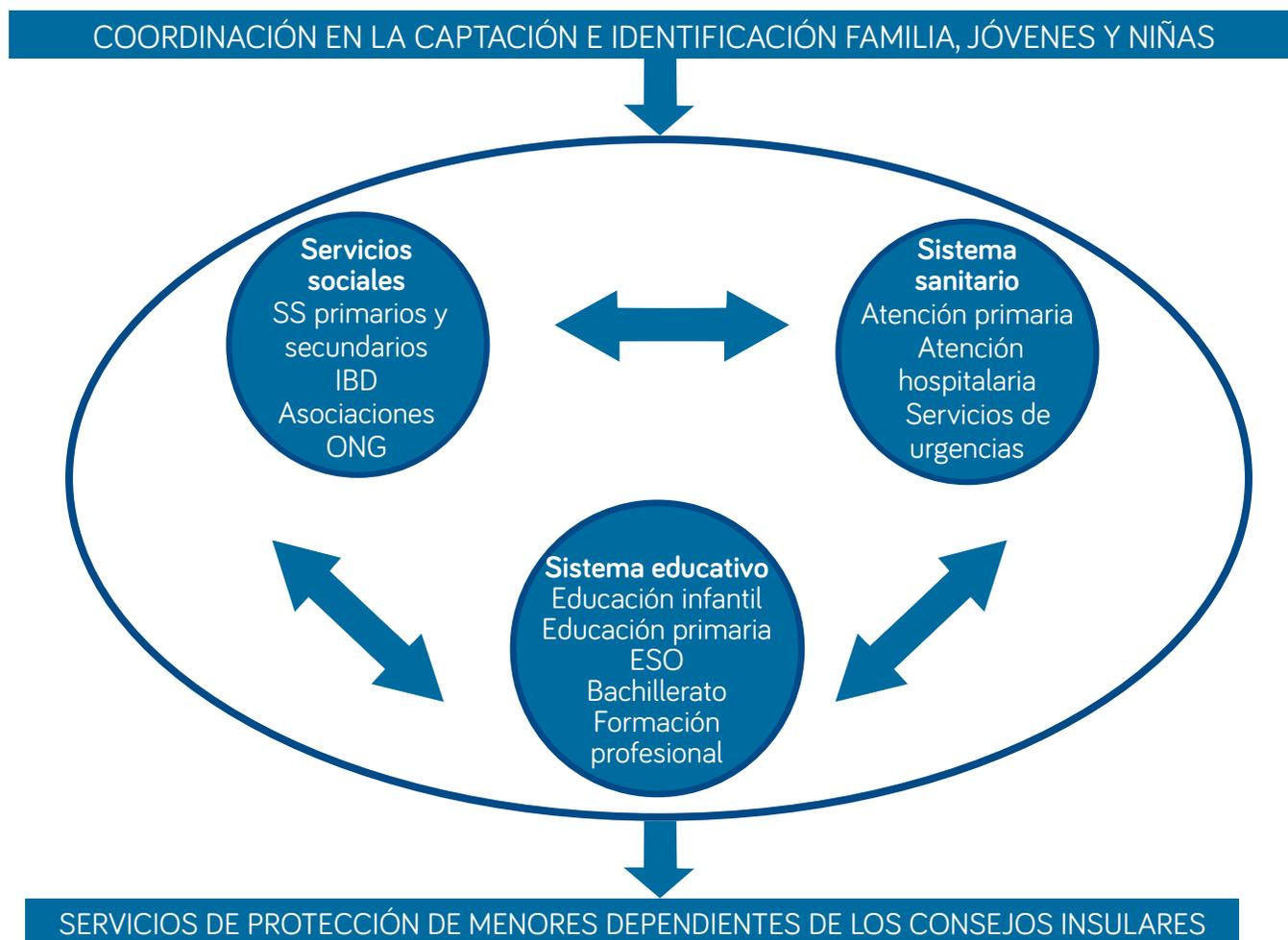
Servicios sociales: las y los profesionales de los servicios sociales primarios o especializados también pueden ser el primer contacto con las mujeres o niñas que sufren o tienen riesgo de sufrir MGF. Saber el país, la etnia, la comunicación y la confianza aportará la información necesaria. Hay que ponerse en contacto con el centro de salud para informar al o a la profesional de medicina o pediatría para la prevención, intervención y registro.

Servicios de inmigración: el Servicio de Inmigración de la Dirección General de Planificación y Servicios Sociales, los centros de información y orientación para personas inmigrantes (OFIM) y el Área de Igualdad, Juventud y Derechos Cívicos del Ayuntamiento de Palma son servicios donde pueden detectarse casos, y así poder realizar un abordaje multidisciplinar.

El personal responsable de la mediación cultural es una figura muy importante para establecer comunicación y coordinación entre las diferentes administraciones.

Es preciso prever la posibilidad que otras entidades también puedan detectar y notificar el riesgo o la práctica de MGF en menores, tales como los servicios de inmigración, ONG, etc. Deben facilitarse los canales de comunicación a través de los servicios sociales. Por otra parte, hay que promocionar y difundir este Protocolo a todas las asociaciones, organizaciones y entidades interesadas en el tema, con los teléfonos o direcciones de contacto.

6.3 Algoritmo de coordinación



Ante una MGF en niñas menores o ante un riesgo inminente se informará a protección de menores a través del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)

Detectar significa reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil. Es un paso importante para poder intervenir y proporcionar ayuda a la niña y a su familia. Cuanto antes se detecte la situación de riesgo o maltrato, mejores serán los resultados de la intervención que posteriormente se realice.

Cualquier persona, y especialmente la que por su profesión o función tenga conocimiento de que existe una posible situación de maltrato, tiene la obligación de prestar auxilio inmediato y comunicárselo a la autoridad o agentes más próximos.

Ante la sospecha o evidencia de que algún menor se encuentra en situación de maltrato se notificará el caso al Registro Unificado de Maltrato Infantil en las Illes Balears (RUMI). Una vez cumplimentada la hoja de notificación, se remitirá a la entidad competente conforme a la urgencia o gravedad de la situación:

a) Maltrato leve y/o moderado: si la situación no se considera urgente porque existen indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que pueden abordarse en el entorno sociofamiliar del menor, dicha situación se notificará a través del RUMI (los servicios sociales de atención primaria lo recibirán de manera automática).

b) Maltrato grave o urgente: si el maltrato observado pone a la niña o adolescente en una situación que aconseja emprender acciones protectoras de forma inmediata o bien realizar un estudio urgente de la situación, se notificará a través del RUMI (los servicios de protección de menores lo recibirán automáticamente).

Para la identificación y detección de posibles situaciones de riesgo, así como para la gradación en leve, moderado o urgente, se estará a lo establecido en la Guía para la detección y notificación del maltrato infantil (pág. 38-51).

El sistema de protección de menores dispone del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) donde existen cuatro tipos de hojas de notificación para cada ámbito de actuación:

- notificación desde los servicios sociales
- notificación desde el ámbito sanitario
- notificación desde el ámbito educativo
- notificación desde el ámbito policial

6.4 Participación

La implicación y participación activa de las mujeres y hombres de etnias o países en los que se practica MGF es imprescindible para el éxito de su prevención tanto aquí como en sus comunidades de origen.

Es conveniente impulsar la participación de la comunidad sub-saharai para diseñar estrategias de intervención y trazar líneas de actuaciones en la población. La implicación y colaboración de la población afectada en la revisión y seguimiento del Protocolo son fundamentales para erradicar la práctica de la mutilación genital femenina.

Es preciso promover, identificar y captar dentro de las asociaciones sub-saharais que las personas que asumen el liderazgo estén motivadas y deseen colaborar en el desarrollo del Protocolo.

Es necesario formar a las personas que puedan liderar las actuaciones comunitarias. Es conveniente que las personas que lideren las intervenciones en la comunidad africana tengan conocimientos de los derechos humanos, de los derechos sexuales y reproductivos, las desigualdades de género, la violación de los derechos

humanos, la violencia de género y que conozcan las recomendaciones, normas y leyes de los países africanos y las organizaciones internacionales africanas que también luchan por eliminar dicha práctica. Se informará del marco legal de nuestro país.

Contar con una figura mediadora africana facilitaría la intervención comunitaria para la prevención de la MGF aquí y en sus países de origen.

7. ACTUACIONES ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Los servicios de salud y los servicios sociales y educativos, por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la intervención. Los profesionales sanitarios de atención primaria ocupan un lugar clave en la detección, intervención y prevención de la MGF.

Las actuaciones de los diferentes profesionales se realizarán desde la individualización y con una perspectiva integral, multidisciplinar e interdisciplinar, con el fin de favorecer una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de los cuidados a la persona con mutilación genital y a la familia. Asimismo, se tendrán en cuenta otros profesionales del sector sanitario implicados, como el personal de admisión y citas.

7.1 Consideraciones en el abordaje de la mujer con sospecha de MGF

La mujer africana con riesgo de sufrir una mutilación genital que demanda atención sanitaria tiene que ser tratada y atendida de forma integral sin focalizar la intervención en el hecho de la MGF. Son mujeres de especial vulnerabilidad con amplias necesidades. Quizás la menor de sus necesidades oídas es la MGF. La lucha por erradicar la MGF aquí y en sus países de origen pasa por tener al y a la profesional como una persona aliada de salud en el sentido más amplio. El enfoque del abordaje tiene que ser un proceso de individualización, sopesando los factores económicos, culturales, sociales, de vida, etc. de cada mujer y su entorno familiar. Es importante conocer todos estos factores para realizar una aproximación a su realidad y actuar en consecuencia. Evitar el etnocentrismo, la asimetría de poder y los prejuicios culturales es preciso para ganarse la confianza y el respeto de las personas.

Asimismo, suele ser la mujer que acude a los servicios sanitarios la que decide y escoge al o a la profesional que le inspira confianza y empatía para compartir detalles de su vida.

Desde cualquier consulta sanitaria a la que acuda una mujer sub-saharai con MGF o con riesgo de sufrirla, se la citará a una consulta programada para abordar el tema con el tiempo necesario para empezar a hacer una aproximación a su realidad. Estas visitas programadas permitirán explorar las necesidades sentidas, la información de sus derechos, la sensibilización en la vulneración de sus derechos, las opciones terapéuticas y la existencia de violencia de género.

7.2 Diferentes tipos de intervención

- Mujeres mayores de edad. Sospecha o confirmación de MGF practicada.
- Mujeres mayores de edad con dependencia socioeconómica familiar con factores de riesgo de MGF.
- Niñas o menores de edad con factores de riesgo o riesgo inminente de MGF.
- Niñas o menores de edad con MGF practicada.

7.2.1 Mujer mayor de edad. Sospecha o confirmación de MGF practicada

La mujer africana suele acudir con poca frecuencia a los servicios de salud. En general, utiliza las unidades de atención a la mujer durante el embarazo y planificación familiar. Por otra parte, acude a los servicios de urgencias cuando lo necesita o a la consulta de medicina de familia en menor medida. Desde cualquier tipo de consulta y una vez resuelta la demanda, si estamos ante una mujer con riesgo de sufrir mutilación, se derivará y/o citará a una consulta programada para elaborar una historia completa con un enfoque biopsicosocial. La oferta tiene que ser una primera cita programada a la que pueden seguir otras consultas dependiendo de si existe MGF o no, o riesgo de MGF u otros problemas a tratar. Se valorará en el primer contacto si es una oportunidad para iniciar el abordaje de la MGF. No obstante, la propuesta tiene que ser derivar a una cita programada o bien esperar a próximas citas para favorecer el espacio de comunicación.

Consulta programada en Atención Primaria

Cada profesional abordará principalmente las áreas de su competencia y aprovechar después la relación de confianza para derivar a los otros recursos que sean oportunos.

Información que se recogerá en las consultas programadas:

- País y etnia de origen, recorrido de viaje hasta llegar a nuestro país, adaptación al medio, nivel de estudios, su situación laboral y la de su familia, redes sociales, conocimiento del idioma.
- Antecedentes familiares: número de hermanos y hermanas, poligamia en la familia, problemas de salud, costumbre de “corte” en las mujeres de la familia.
- Antecedentes personales: número de hijos e hijas, si en su país existe poligamia, pedir si su marido tiene otras esposas, antecedentes de salud, especificar los antecedentes ginecológico-obstétricos, incluida la MGF (preguntar si ha sido cortada), el estado psíquico y emocional.
- Si existe MGF, se recogerá información, si es posible, sobre cuándo, cómo, dónde y quién se la practicó y su vivencia de ese hecho.
- Indagar su posicionamiento y el de su familia respecto a la MGF.

Actividades a realizar:

- Identificar y detallar los problemas detectados y ofrecer información o derivar como sea conveniente.
- Evitar hacer comentarios despectivos sobre las costumbres y la cultura africana o específicamente de la MGF.
- Recoger los problemas de salud detectados e informar.
- Proponer posibles soluciones o recursos para paliar los problemas de salud o sociales detectados.
- Informar de la posibilidad de reconstrucción genital si lo precisa y/o la solicita. En su caso, derivar al servicio de ginecología.
- Si existe MGF, indicar que algunos problemas de salud pueden estar relacionados con la mutilación. Proponer actuaciones para paliar el daño.
- Informar de que hay movimientos internacionales, nacionales y locales que velan por los derechos de las niñas para que se abandone la práctica, que se considera una vulneración de los derechos de las mujeres y niñas y, finalmente, que en nuestro país tiene graves consecuencias legales si se practica la MGF a una niña.
- Ofrecer el servicio de asistencia psicológica del Instituto Balear de la Mujer o de las oficinas de atención a víctimas del delito.
- Informar de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos.
- Referir que la lucha para erradicar la MGF está en África y aquí.
- Si tiene hijas, informarla de que en este país la práctica de la MGF es un delito y, por lo tanto, tiene unas consecuencias legales. Contactar con pediatría y ofrecerle junto con su marido la firma del compromiso de no MGF.
- Proponer actividades comunitarias en su entorno.

- Retomar y ratificar los aspectos más significativos de la consulta.
- Proporcionar refuerzo positivo en cada consulta.
- Acordar próximas consultas.
- Registro.

Exploración genital de la mujer con mutilación genital femenina

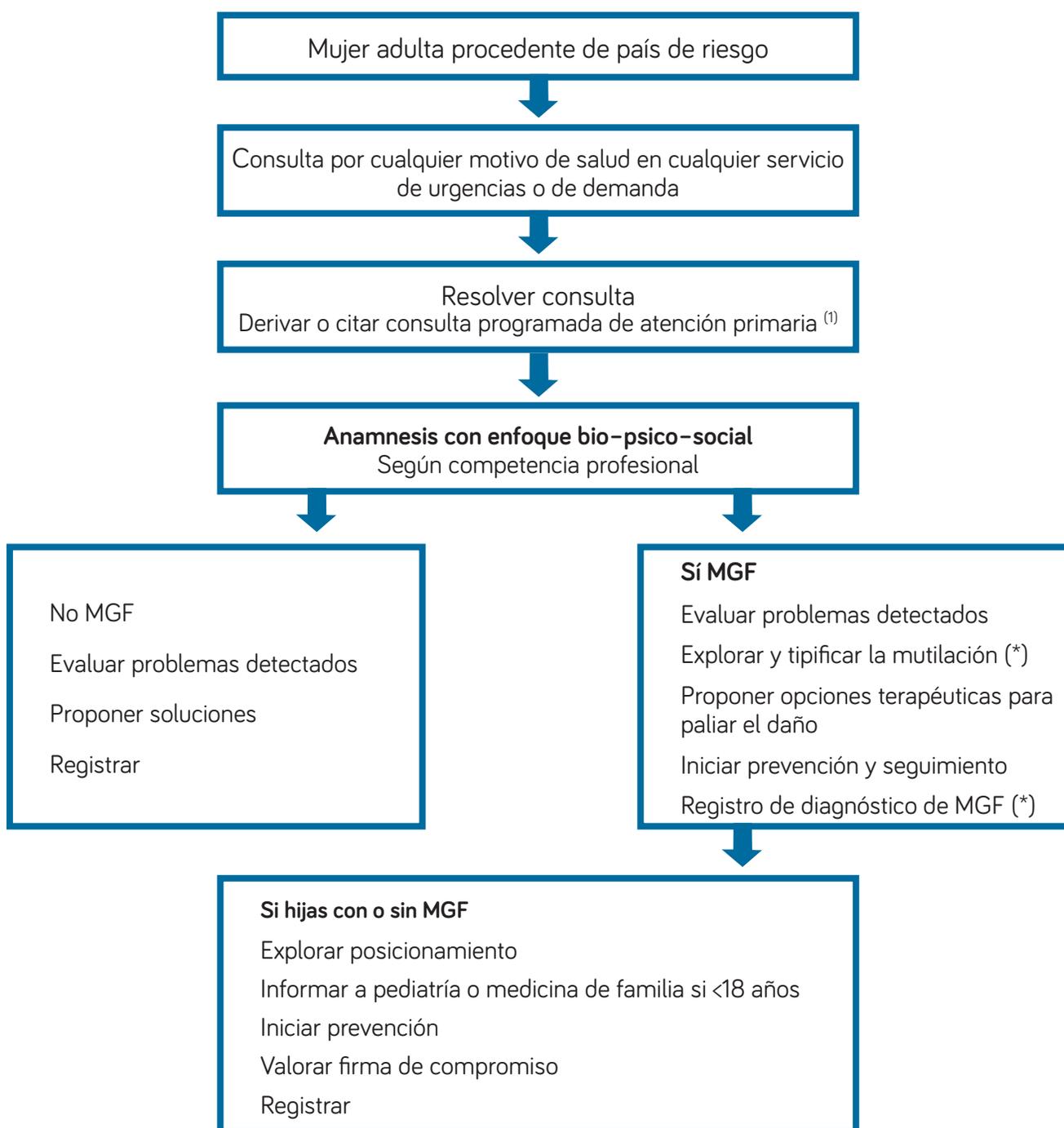
- En la exploración genital de la mujer con mutilación hay que poner mucho cuidado y delicadeza. Las mujeres suelen tener temor y resistencia a la manipulación de sus genitales. Cabe recordar que los genitales son la zona corporal más primaria y que graban profundamente en la memoria todos los daños que hayan recibido.
- Antes de iniciar la exploración y revisión de los genitales es preciso pedir permiso a la mujer e informarle de la utilidad del reconocimiento.
- Debe buscarse la mutilación tipo I y tipo II con atención porque pueden pasar desapercibidas.
- Escuchar activamente; el respeto y la confidencialidad son imprescindibles para tener la confianza necesaria para abordar la MGF.
- Recoger información sobre su propia mutilación y el posicionamiento familiar y comunitario en su país de origen y aquí.
- Explicarle que determinados problemas de salud tienen relación con la práctica de la MGF.
- Explorar las posibles secuelas físicas, psicológicas y sexuales 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.

Mujer embarazada con mutilación genital femenina

- El embarazo es una oportunidad para abordar la mutilación. Para la mujer africana el embarazo es un prestigio y la salud de sus hijos e hijas, primordial. Es un momento muy receptivo para sensibilizar y prevenir sobre la MGF en caso de estar gestando a una niña.
- En la mujer gestante con MGF es preciso evaluar y registrar el tipo y si puede comprometer el parto derivarla al servicio de ginecología.
- Es necesario que antes del parto se diagnostiquen los riesgos derivados de la mutilación. Hay que evaluar 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.
- Siempre hay que informarle de las actividades que se realizarán. Solicitar permiso a la mujer antes de la exploración y explicarle la utilidad.
- En caso de mutilación tipo III derivarla al servicio de ginecología para la valoración y actuación previa al parto. Se recomienda deshacer la infibulación durante el segundo trimestre de embarazo, entre las 20 y 28 semanas. De no ser posible, se resolverá la infibulación durante el parto. La descripción de la técnica de desinfibulación aparece en el anexo 6 (protocolo nacional).
- Si la mujer con MGF no tiene controles gestacionales y el hospital es el primer contacto con la embarazada, también debe registrarse y comunicar a atención primaria a través del informe de alta y derivarla a una consulta programada.
- Si la embarazada está gestando a una niña conviene reforzar la prevención y comunicar al servicio de pediatría de atención primaria.

- El parto o postparto no es el mejor momento para abordar la MGF; no obstante, ante la posibilidad de perder contacto con la mujer es preciso recoger toda la información posible y realizar la prevención, especialmente si ha tenido una niña. En el informe de alta de la madre se especificará la MGF. Por otra parte, en el informe de alta de la niña y/o en su cartilla de salud tendrá que constar en los antecedentes familiares la MGF de la madre.

Detección, atención y registro de mujeres con riesgo de MGF



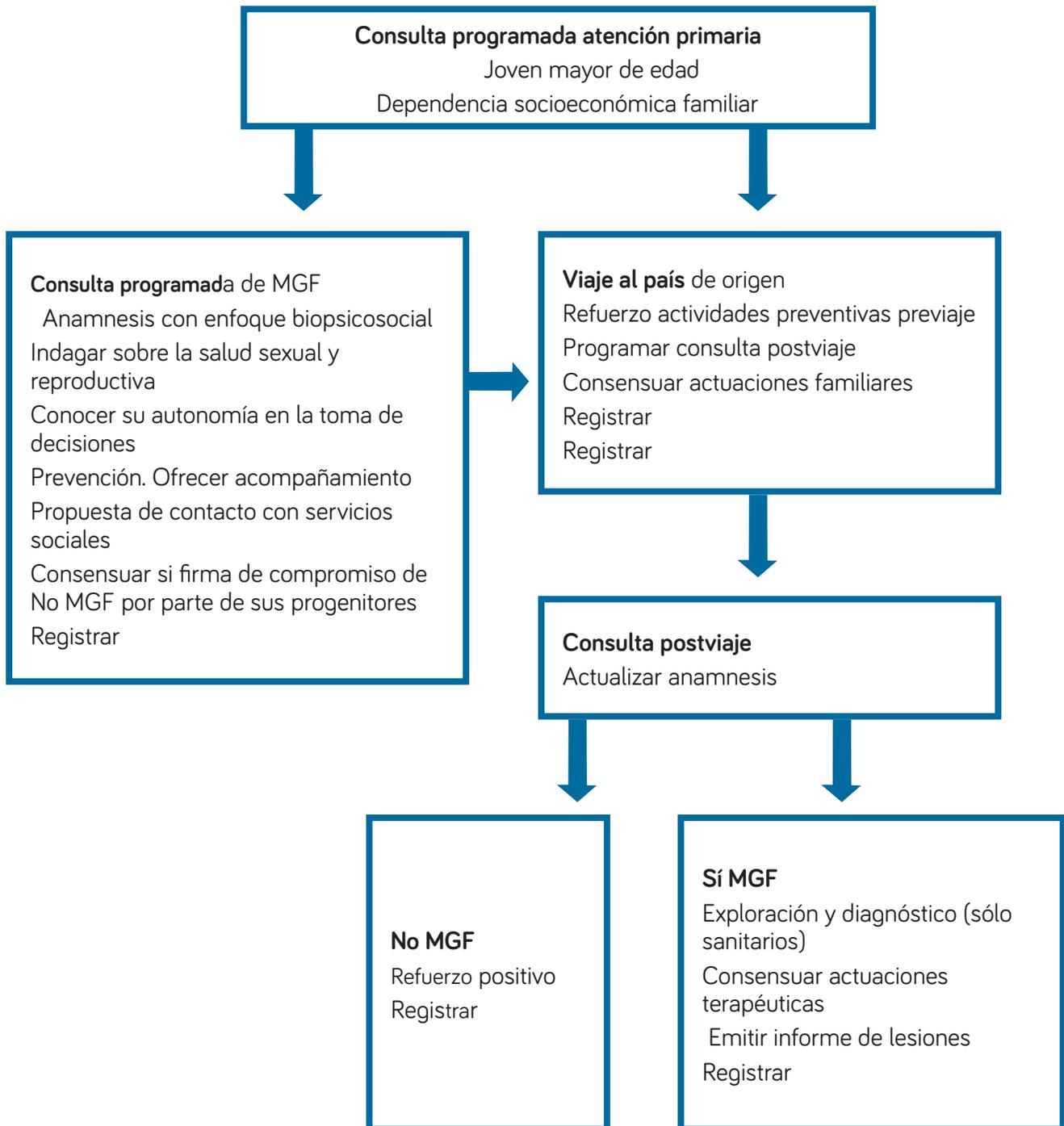
*Estas actividades sólo puede realizarlas personal sanitario.

⁽¹⁾ La consulta programada se realizará en atención primaria. Cada centro de salud dispondrá cómo y quién la realiza. Puede atenderla el o el profesional de mediación cultural, trabajo social, enfermería, medicina o matrona. Los servicios de admisión y cita previa necesitan información y formación sobre este Protocolo. El número de consultas programadas serán las que acuerden la mujer y el/la profesional.

7.2.2. Mujer mayor de edad con dependencia socioeconómica familiar con factores de riesgo de MGF

- 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.
- Las actividades que se realizarán son una esmerada anamnesis y exploración, investigar su posicionamiento sobre la MGF y el de su entorno, abordar la salud sexual y reproductiva, indagar si tiene presión familiar para aceptar la MGF, saber cuál es su nivel de autonomía en la toma de decisiones, ofrecerle acompañamiento y apoyo para abordar conflictos familiares en su caso, realizar prevención y sensibilización de la MGF y dar respuesta a todas las preguntas que pueda tener. Es muy importante no realizar juicios de valor respecto a la familia, país de origen, costumbres, cultura, etc.
- Proponer la firma de compromiso por parte de los progenitores de no practicar la MGF con el fin de concienciar a la familia. Al ser mayor de edad la joven tiene autonomía legal y social en nuestro país.
- Si hay un viaje inminente al país de origen, reforzar la prevención y sensibilización. Ofrecer el apoyo y orientación de los servicios sociales y/o asociaciones de inmigrantes de su país que estén sensibilizadas con la MGF.
- Actividades postviaje: realizar una consulta programada. Actualizar la anamnesis. En caso de no presentar MGF, reforzarla positivamente. Si se ha practicado una MGF, exploración, evaluación del daño, consenso de actuaciones terapéuticas y realización de informe de lesiones. Registrar.

Mujer mayor de edad con dependencia socioeconómica familiar con factores de riesgo de MGF



7.2.3 Niñas o menores de edad con factores de riesgo de MGF o riesgo inminente

- La población de niñas con factores de riesgo debe ser un objetivo primordial en la prevención de la MGF. Las personas que trabajan con niñas en el ámbito de la salud, la educación y bienestar social tienen responsabilidades profesionales y legales respecto a las niñas con factores de riesgo, riesgo inminente o mutilación practicada.

Factores de riesgo de sufrir MGF

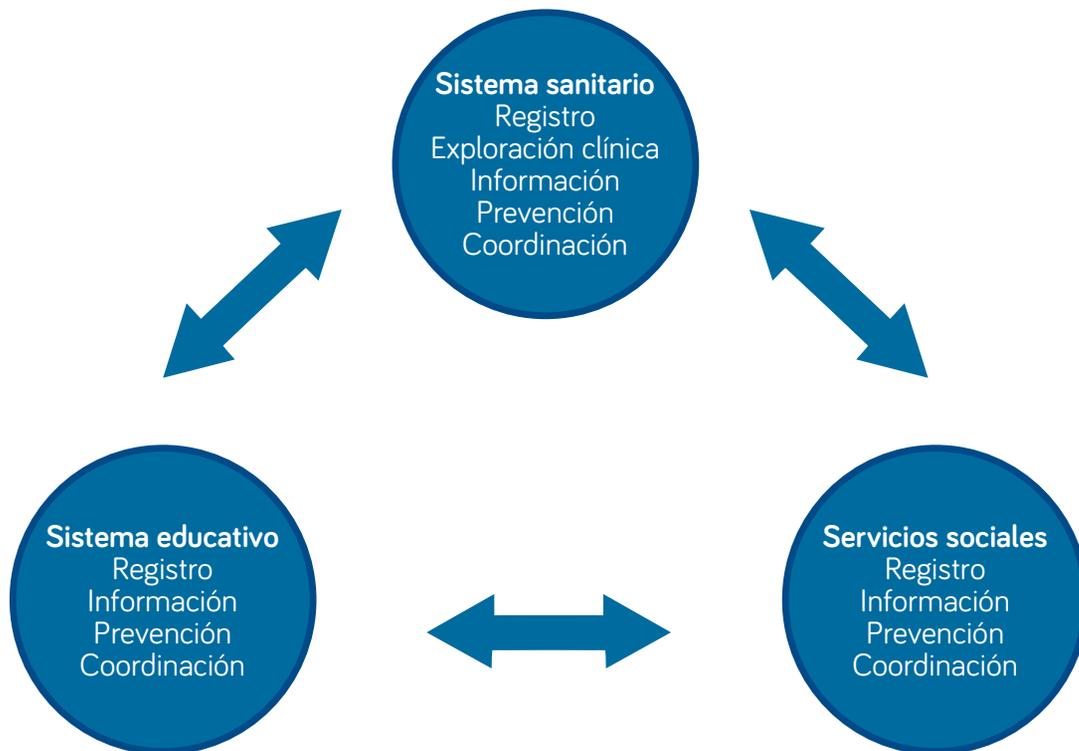
- Pertenecer a un país o etnia que la práctica.
- Tener a la madre, estar bajo la tutela o cuidado de una mujer o ser familia de mujeres con MGF practicada.
- Tener antecedentes previos de MGF en la familia.
- Concertar un matrimonio con un hombre en cuya familia se practica la MGF.
- Proximidad de un viaje al país de origen.
- Posicionamiento del padre y/o de la madre a favor de la MGF.

- Tal y como dispone la Convención sobre los Derechos del Niño, cabe recordar que el nuevo sistema de protección a la infancia y la adolescencia recoge los criterios que establece la Observación general nº. 14 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas cuando otorga a la persona menor de edad que se considere y se tenga en cuenta de forma primordial su interés superior en todas las medidas o decisiones que le afecten, tanto en la esfera pública como privada.
- Siempre que sea posible, se realizará la intervención de prevención desde la etapa de gestación y cría (consulta programada de MGF). Asimismo, se realizará la atención y coordinación con todos los servicios sanitarios y sociales. Desde que las escolaricen, también habrá comunicación y coordinación con los centros educativos.
- En todo momento, hay que tener informados a las madres y padres de las actuaciones y recomendaciones a seguir, incluida la comunicación a servicios sociales y protección de menores, si la situación lo requiere.
- Indagar el posicionamiento de la madre y del padre de la familia sobre la MGF.
- Informar a los padres y madres en las consultas programadas sobre:
 - Las consecuencias para la salud que pueden derivar de la MGF.
 - Las consideraciones éticas universalmente admitidas por los organismos internacionales, incluyendo el Parlamento africano.
 - Los recursos comunitarios para la prevención.
 - Las consecuencias legales y penales en nuestro país.
- Se propondrá la firma de compromiso de no MGF en la consulta programada de MGF (no ligado a la proximidad de un viaje) como prevención y toma de conciencia del padre y la madre de proteger a sus hijas de la práctica de MGF. Es muy útil en un viaje futuro o imprevisto o en otras circunstancias difíciles de prever.

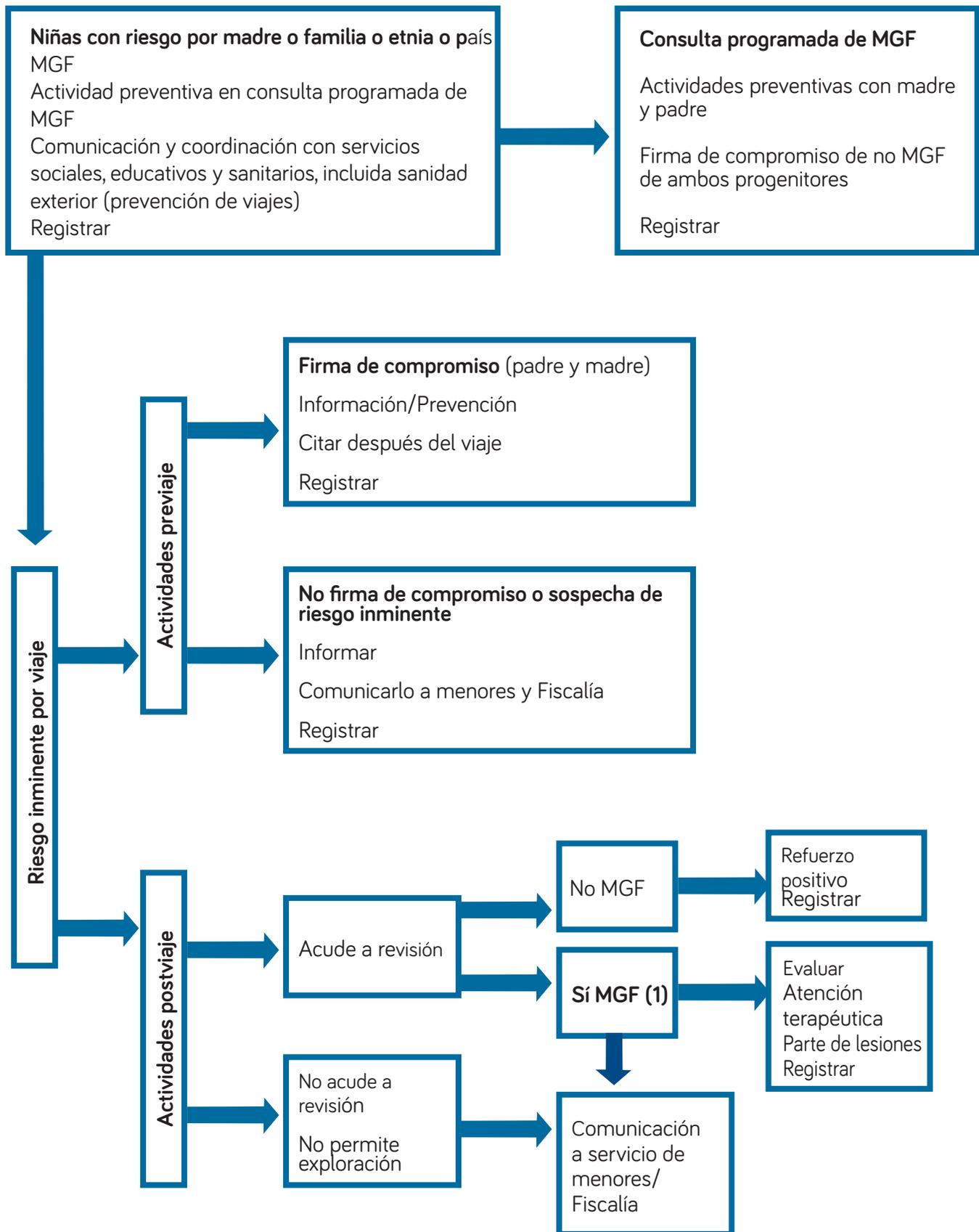
- Se considera riesgo inminente cuando las niñas viajan al país de origen. En caso de que se tenga constancia de que una familia con factores de riesgo prepara un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad específica previaje con el fin de prevenir la práctica de MGF. Se citará a la niña en el servicio de pediatría de atención primaria acompañada de ambos progenitores. Además de realizarle una exploración física, se explicarán las consecuencias físicas, psicológicas y legales en caso de practicar la MGF a la menor. Además, se entregará el compromiso de viaje y se asegurará de que la madre y el padre lo firman.
- Siempre es preferible que la firma del compromiso se haga fuera del contexto de un viaje, ya que se evitan las prisas o errores de última hora.
- En caso de que se valore (detecte/identifique) que existe algún otro factor de riesgo añadido al propio viaje, se notificará a protección de menores.
- Otros factores de riesgo añadidos pueden ser los siguientes:
 - Saber el posicionamiento del padre y de la madre a favor de la MGF.
 - No acudir uno de los progenitores a firmar el compromiso de viaje.
 - Tener antecedentes previos de MGF en la familia después de ser residentes en España.
 - Faltar a controles previos de la niña o niñas en el centro de salud.
 - No asistir reiteradamente a las citas previas.
 - Tener información del centro escolar de temor y/o tristeza de la niña ante el viaje.
- El personal sanitario notificará a protección de menores y/o Fiscalía de Menores a través del RUMI, quienes pondrán en marcha la adopción de las medidas cautelares que consideren.
- También se tendrá en cuenta que las niñas cambian de pediatría a medicina de familia a los 14 años. Los y las profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria tienen que abordar el tema con la joven. Conviene establecer un clima de confianza y seguridad con ella.
- El trabajo en red es clave (sanidad, educación y servicios sociales de atención primaria o municipales).
- En todo caso, se programará una visita médica de la niña/joven menor de edad al regresar del viaje.
- Asegurarse de que la madre y el padre han comprendido la información de prevención y de consecuencias legales.
- La firma del compromiso es una herramienta muy útil para que la familia de origen no presione para practicar la MGF.
- Contactar y coordinar con sanidad exterior la posible captación de niñas en riesgo o riesgo inminente.

Coordinación en la prevención de niñas o menores de edad con factores de riesgo

- Sexo femenino y que la familia sea originaria de un país o etnia en el que es admitida la práctica de la MGF.
- Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido mutilación.



Prevención en niñas o menores de edad con factores de riesgo



7.2.4 Niña menor de edad con MGF practicada

Mutilación practicada antes de ser residente en nuestro país

La MGF que se haya realizado antes de que las niñas residan en nuestro país o comunidad no está penalizada. No obstante, el personal sanitario rellenará el correspondiente informe de lesiones.

El o el profesional de pediatría o medicina de familia concertará una cita programada anteriormente descrita. Una vez confirmada la práctica de la MGF, se valorarán las consecuencias en la salud y se informará de los servicios disponibles para paliarlas. Por otra parte, se elaborará el informe de lesiones (RUMI) para poner el hecho en conocimiento de protección de menores. (Algoritmo 1)

Mutilación practicada después de ser residente en nuestro país

La MGF practicada en una niña constituye un problema de salud pública con repercusiones jurídicas tanto para las personas adultas que la practicaron como para las personas que la permitieron y también para el personal sanitario, que denunciará el delito con el correspondiente informe de lesiones (RUMI).

Cuando existan indicadores de sospecha que a una niña se le ha practicado una MGF, tales como síntomas y signos asociados a las consecuencias de esta práctica (dificultad para sentarse, tristeza...), si existe incumplimiento reiterado de las consultas programadas en pediatría o enfermería de pediatría o no acude a la consulta programada después del viaje al país de origen, es preciso confirmar si se ha practicado o no la MGF. Esta confirmación sólo puede realizarla el personal sanitario con una exploración genital.

Si no acude a la cita después de un viaje, hay que coordinarse primero con el trabajador o trabajadora social para que contacte con la familia. Si una vez contactada la familia no acuden a la consulta, se informará a protección de menores y/o Fiscalía. Si no se consigue contactar con la familia, también se informará a protección de menores.

Una vez confirmada la práctica de MGF, se valorarán las consecuencias en la salud informando de los servicios disponibles para paliarlas. Por otra parte, se elaborará el informe de lesiones para poner el hecho en conocimiento de protección de menores y Fiscalía.

Sobre la firma del compromiso de no MGF

- La firma del compromiso es una herramienta muy útil para que la familia de origen no presione a la madre y/o padre para practicar la MGF a su hija.
- Al margen de los posibles viajes, la firma de un **compromiso de no MGF** es una oportunidad para que los progenitores tomen conciencia de la significación de la prevención y el compromiso.
- Es necesario e imprescindible que la madre y el padre o tutores o personas que ejerzan la tutela o representación legal firmen el compromiso de viaje por el que se responsabilizan de no dejar que se practique la MGF a la niña o niñas.
- Disponer de hojas de compromiso de viaje en inglés y francés —que son idiomas oficiales en África subsahariana— facilita el entendimiento y la comunicación.
- La falta de colaboración o no acudir a la consulta el padre y la madre o la negativa a firmar el compromiso por parte de alguno de los progenitores son motivos para contactar con los servicios sociales e informar a protección de menores y Fiscalía (RUMI).
- Conviene asegurarse de que la madre y el padre entienden y aceptan el compromiso de no MGF antes de firmarlo.
- La aceptación y la firma del compromiso tiene que ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.

- La firma de un compromiso preventivo no tiene que ser el primer objetivo a conseguir de los progenitores.
- Se recomienda que sea el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña o joven quien presente el compromiso.
- Se realizarán dos copias del escrito de compromiso: una para la familia y la otra se archivará con la historia clínica de la niña.
- Existen modelos de firma de compromiso en los anexos 1 y 2.

8. ACTUACIONES DESDE SERVICIOS SOCIALES

Trabajo social y mediación cultural

- Coordinación y comunicación entre los diferentes ámbitos de actuación: educación, sanidad, servicios sociales y protección de menores.
- Coordinación y comunicación con los diferentes ámbitos de la sanidad: atención primaria y atención hospitalaria.
- Detección, notificación y solicitud de consulta programada de MGF.
- La figura mediadora. Poder contar específicamente con una mediadora cultural sub-saharai sería el profesional idóneo para las intervenciones comunitarias: acompañar, apoyar, informar, formar y atender las necesidades que puedan solicitar a los líderes africanos en las intervenciones comunitarias.
- Ofrecer el servicio de asistencia psicológica del Instituto Balear de la Mujer o de las oficinas de atención a víctimas del delito.

9. ACTUACIONES DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

- Si alguien del personal del centro educativo (docente, auxiliar, técnico, educador) detecta a alguna niña con riesgo de MGF o con sospecha, informará a la tutora o tutor para que el servicio de orientación del centro educativo adopte las medidas oportunas.
- Coordinación y comunicación a través del trabajador o trabajadora social con el centro sanitario de pertenencia de la niña con riesgo de MGF.
- Si les consta información de un viaje inminente a su país de origen, es urgente el contacto con personal de trabajo social o el centro de salud.

10. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS DE PREVENCIÓN

- Propiciar encuentros y espacios con las asociaciones o grupos comunitarios de personas africanas para visibilizar el problema de la MGF y su sensibilización.
- Potenciar dentro de los grupos que los líderes comunitarios y/o religiosos diseñen, programen y dirijan las actuaciones de sensibilización y prevención.
- Impulsar actividades de formación en las mujeres sub-saharais (con o sin MGF) en derechos humanos y derechos de salud sexual y reproductiva.
- Incluir a los hombres en las actividades individuales y comunitarias porque son clave para la prevención y erradicación de la MGF.
- Potenciar la intervención de mediadores y mediadoras culturales para impulsar el apoderamiento de la población africana, especialmente en las mujeres que sufren MGF.
- Programar y regularizar las intervenciones comunitarias desde los servicios sociales y/o mediación cultural en la población sub-saharai para informar de los derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos y sensibilización de MGF.

11. RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

Es necesario dotar de presupuesto el Protocolo para poder garantizar su implementación, seguimiento y evaluación.

- Formación profesional en sanidad, educación y trabajadores sociales.
- Material de difusión en papel y en línea.
- Desarrollo de una página de información para profesionales.
- Creación de una página de información comunitaria.
- Intervención comunitaria y formación de líderes.
- Mediadora cultural sub-saharai.

12. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO Y SU IMPLEMENTACIÓN

1) Cobertura del programa formativo

Número de profesionales con formación acreditada en el abordaje de MGF / total de profesionales x 100.

Fuente: servicios de docencia de las gerencias. Datos desagregados por categoría profesional: personal facultativo, enfermería, trabajo social y admisión y sexo.

2) Detección y registro de MGF

Número de mujeres y niñas con registro de códigos diagnósticos CIE-9 y CIE-10 de MGF en e-siap (y/o CMBD) / número de mujeres y niñas originarias de los países y regiones de riesgo x 100.

Fuentes: diagnósticos CIE-9 / CIE-10 en e-siap y CMBD desde el 1 de enero a 31 de diciembre de este año.

Número de mujeres y niñas originarias de los países y regiones de riesgo según consulta en TSI a 1 de enero de este año.

Resultados desagregados por franjas de edad: mayor de edad y menores.

3) Intervención comunitaria y formación de líderes

Número de intervenciones comunitarias en las asociaciones o colectivos: al menos 3 al año.

Número de personas formadas como líderes para las intervenciones en su comunidad o colectivos: al menos 2 al año.

Fuente: registro de los servicios de trabajo social y mediación cultural.

13. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- El personal técnico que en representación de las diferentes direcciones generales han participado en la elaboración de este Protocolo conformarán la comisión de seguimiento y evaluación velando por su implementación, desarrollo y evolución.
- Se reunirá como mínimo una vez al año y recogerá todas las incidencias o dificultades u oportunidades de los diferentes servicios que intervienen en la implementación del Protocolo.
- Se realizará un registro y seguimiento de todos los casos de MGF en los que haya intervenido la Fiscalía.

Para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, quedándome copia.

[rúbrica pare/mare/tutor-a]

[rúbrica representante legal]

El sanitario /La sanitaria que lleva a la menor:

- Se compromete a apoyar a la niña, realizarle las revisiones periódicas dentro del programa del niño sano y acompañarla en beneficio de su salud.

....., d de

El/ La pediatra

El médico/La médica

Si piensan viajar, recuerden que es importante contactar con sanidad exterior para actualizar las vacunas y con su centro de salud para la revisión e indicaciones.

Anexo 2

Modelo de compromiso de no MGF durante un viaje al país de origen (protocolo nacional)

Desde el centro de salud:.....

CERTIFICO que, hasta el momento, en los exámenes de salud que se han realizado a la niña cuyos datos se consignan a continuación no se ha detectado ninguna alteración en la integridad de sus genitales.

Nombre y apellidos de la niña	Fecha de nacimiento	País al que viaja

Por ello, informo a los familiares/responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos sociosanitarios que representa la mutilación genital femenina.
- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención se considera un delito de lesiones conforme al artículo 149.2 del Código Penal, aunque se haya practicado fuera del territorio nacional, 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 (los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener con ellos a su hija, por lo que la correspondiente entidad pública de protección de menores podría asumir la tutela, con lo que la niña podría ser acogida por una familia o ingresar en un centro de protección de menores).
- El compromiso de que, al regresar del viaje, la niña acuda a la consulta pediátrica/médica de su centro de salud para que le realicen 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 recomendado los profesionales de la salud desde los servicios sanitarios.

Por todo ello,

- Declaro que el profesional sanitario responsable de la salud de la niña me ha informado sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina anteriormente especificados.
- Considero que he entendido el propósito, alcance y consecuencias legales de estas explicaciones.
- Me comprometo a cuidar de la salud de la menor de la que soy responsable y evitar la mutilación genital, así como acudir a revisión al regresar del viaje.

Para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, quedándome copia.

....., d de 20.....

[Rúbrica madre/padre/ tutor-a o responsable de la niña]

[rúbrica profesional sanitario]

Datos de filiación del padre

- Nombre y apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento: Edad:
- País de 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 (nº y edades):

Nombre y apellidos	Edad

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia

- Centro sanitario:
- Datos del / de la profesional emisor: nombre, apellidos y CNP

Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Esta hoja puede servir de modelo para la notificación a la entidad pública de protección de menores en el caso de que se constate que la niña ha sido sometida al MGF (además de elaborar el correspondiente informe de lesiones que se envía al juzgado).

Esta hoja de notificación también se cumplimentará en caso de que a la vuelta del viaje se sospeche el hecho pero el padre o la madre se nieguen a dejar que la niña pase la correspondiente revisión médica.

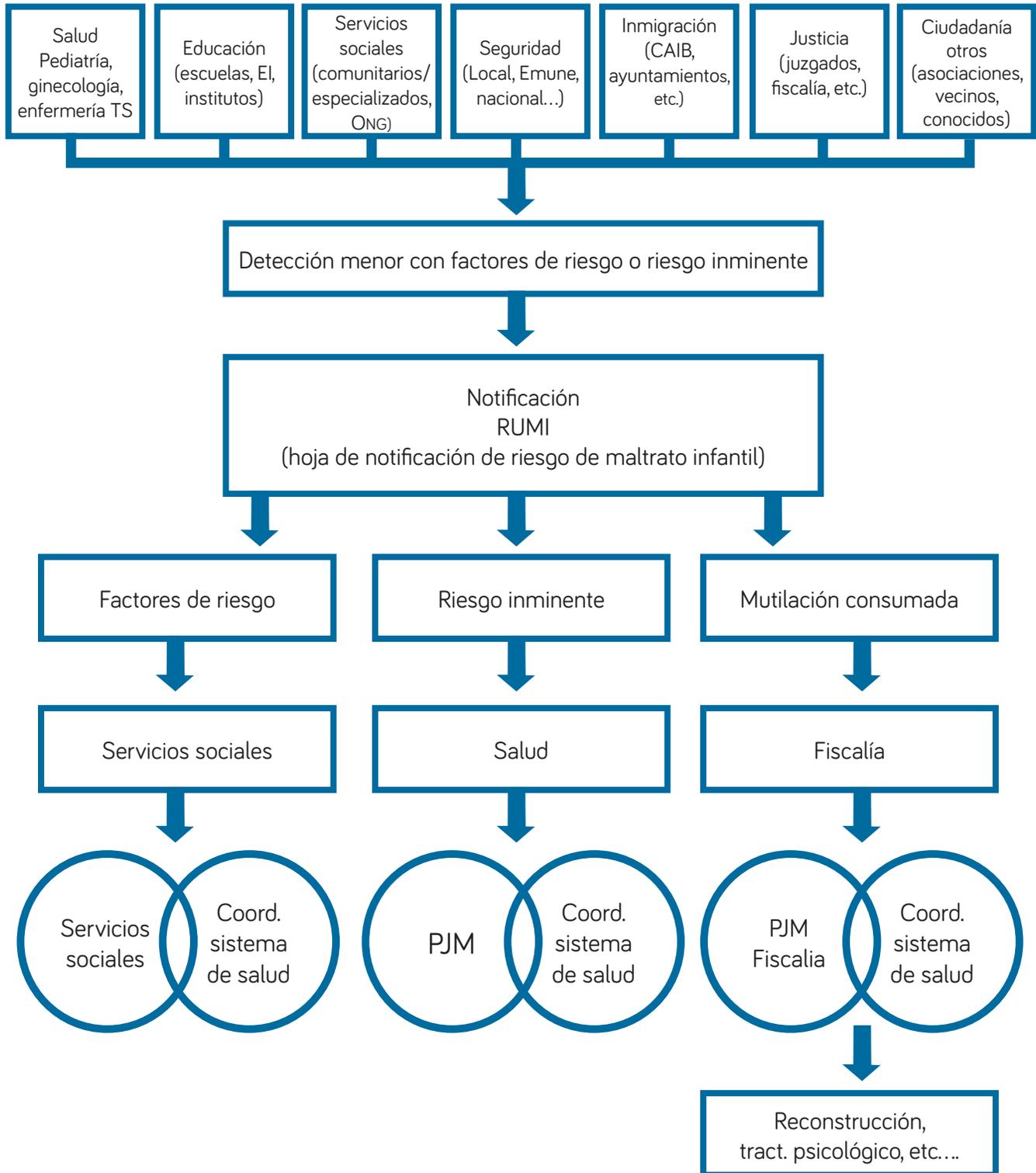
A continuación se facilita el modelo estandarizado de esta hoja.

Precisamente en el apartado 16 se incluyen la mutilación, la ablación quirúrgica del clítoris, que, según consta en la hoja, se especificará en el apartado “Otros síntomas o comentarios”.

Contenido en el documento: Maltrato infantil. Detección, notificación y registro de casos del Observatorio de Infancia. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consulta: mayo 2014] [En línea] <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

Anexo 4

Circuito de notificación de maltrato infantil



En la siguiente dirección están las hojas de notificación según el ámbito desde el que se cumplimenten (servicios sociales, sanidad o educación) RUMI

<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST1685ZI104865&id=104865>

Anexo 5

Registro en la historia clínica

En el catálogo de diagnósticos de CIE-9 aparece como:

mutilación genital femenina

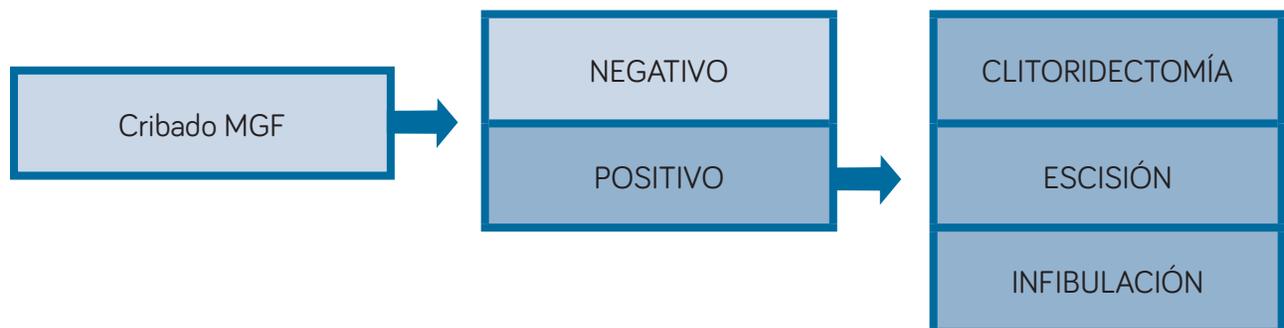
mutilación genital femenina I

mutilación genital femenina II

mutilación genital femenina III

mutilación genital femenina IV

En el caso de una mujer embarazada aparece en el protocolo de seguimiento del embarazo como



Clitoridectomía equivale a mutilación tipo I

Escisión equivale a mutilación tipo II

Infibulación equivale a mutilación tipo III

Anexo 6

Técnica de la desinfibulación (protocolo nacional)

Antes de realizarse, es preciso tener en cuenta todo lo que se ha indicado antes para cualquier tipo de cirugía reparadora, así como recibir a la mujer de forma cálida y recordarle los beneficios derivados de la intervención. La intervención se puede realizar con anestesia local pero en muchos casos, sobre todo cuando se realiza antes de la gestación, la mujer puede no tolerarlo porque le desencadena recuerdos dolorosos, por lo que puede llegar a necesitar anestesia general.

Si se realiza la desinfibulación durante el parto, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la epidural.

Después de hacer un esmerado lavado de los genitales con antiséptico (no se utilizarán antisépticos yodados en mujeres embarazadas), se explorará con cuidado y suavemente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión y la zona en la que se infiltrará en caso de utilizar anestesia local (figura 1).

Se infiltrará anestesia local con una aguja fina a 45° , e inyectar pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz de la infibulación en forma de abanico (figura 2).

Posteriormente, se infiltrará anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal y utilizando una aguja IM con una inclinación de 45° .

Para la incisión, se insertará el dedo índice (o el índice y el medio) de la mano izquierda a través del introito vaginal en dirección al pubis. Se utilizarán unas tijeras para cortar a lo largo de la línea media, sobre la cicatriz, hasta que la uretra sea visible.

Grafico: Técnica de la desinfibulación

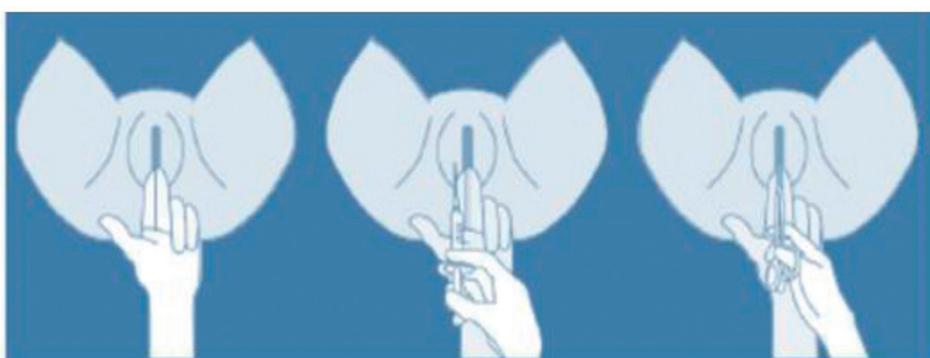


Figura 1:
Explorar con un dedo
bajo la cicatriz.

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

Figura 3:
Cortar a lo largo de la
línea media.

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

Se extremará el cuidado en esta zona a causa de la hipersensibilidad del clítoris a estímulos.

No se debe cortar más allá de la exposición de la uretra porque esta zona es muy hemorrágica.

Posteriormente, se suturarán ambos lados de la infibulación de forma separada. Deben utilizarse suturas finas y atraumáticas de tipo absorbible.

La cirugía reparadora o la desinfibulación no se ha realizado antes del parto

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

Se le explicará detalladamente la necesidad de la intervención, la técnica, así como las consecuencias positivas que tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y la propia salud de la mujer.

Después de estas explicaciones, se debe obtener el consentimiento informado. Es muy importante atender adecuadamente a las necesidades de analgesia durante el proceso del parto, así como limitar el número de exploraciones para no provocar dolor.

En la primera fase del parto, el manejo tiene que ser el habitual. Se tienen que planificar adecuadamente, con los profesionales implicados, los pasos y actuaciones necesarias para realizar la desinfibulación.

Debe explicarse que NO se realizará la infibulación después del parto.

La técnica de la desinfibulación se realizará cuanto antes mejor, una vez detectado el problema, después del ingreso hospitalario de la gestante.

En el caso de que nos encontremos en la fase de expulsivo, es recomendable hacer la incisión durante una contracción.

En el caso de que la parturienta no tenga analgesia epidural, se valorará la infiltración con anestésico local después de la evaluación del tejido cicatrizal. El bloqueo de pudendos puede suplir posteriormente la analgesia.

Durante el expulsivo, debe realizarse la episiotomía anterior.

La episiotomía media lateral se realizará sólo cuando sea preciso.

En asistencia al parto a mujeres que hayan sufrido mutilaciones genitales de los tipos I y II, se valorará la elasticidad de los tejidos planteando la episiotomía media lateral sólo en los casos necesarios, NO de forma sistemática.

Después del parto, se suturará la episiotomía anterior y se dejará el clítoris (o los restos) cubierto con piel. Se suturarán ambos lados de la infibulación de forma separada, así como los posibles esguinces que se hayan podido producir durante el expulsivo, con suturas finas y atraumáticas de tipo absorbible.

Asimismo, se insistirá en el apoyo emocional y psicológico a estas mujeres y cubrir las necesidades analgésicas.

Es sabido que la morbilidad fetal —asfixia perinatal y traumas obstétricos— aumenta en las mujeres sometidas a MGF, por lo que el control del bienestar fetal tiene que ser riguroso.

Además, en los casos en los que el expulsivo se prolongue a causa de las condiciones específicas del perineo y/o por las intervenciones necesarias, es preciso disponer de los medios necesarios para que esta situación no afecte a la salud del feto.

15. BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF), 2015.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. La mutilación genital femenina en España, 2014.

GOBIERNO DE ARAGÓN. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, 2016.

GOBIERNO DE NAVARRA. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, 2013

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL Y CIUDADANÍA. SECRETARÍA PARA LA INMIGRACIÓN. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, 2007.

MÉDICOS DEL MUNDO. Diagnóstico sobre mutilación genital femenina en Mallorca, 2014.

CONFEDERACIÓN NACIONAL MUJERES EN IGUALDAD. Manual de prevención de la mutilación genital femenina. Buenas prácticas, 2014.

UNIÓN DE ASOCIACIONES FAMILIARES (UNAF). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención, 2013.

KAPLAN, A.; LÓPEZ, A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012 Antropología Aplicada 2. Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, 2013.

GOBIERNO DE LAS ILLES BALEARS. DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIA, BIENESTAR SOCIAL Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN ESPECIAL. Protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Illes Balears, 2009.

Páginas web:

FUNDACIÓN WASSU-UAB. <<http://www.mgf.uab.cat/esp/mgf.html>>

AMNISTÍA INTERNACIONAL

<[https://www.es.amnesty.org/buscador/?q=MGF&tx_solr\[sort\]=relevance+desc](https://www.es.amnesty.org/buscador/?q=MGF&tx_solr[sort]=relevance+desc)>



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ