

2. Actuaciones según los puntos de detección e intervención

EQUIPO DE GINECOLOGÍA/OBSTETRICIA

Para la mayoría de los y las ginecólogas y matronas la MGF es una realidad desconocida en nuestra comunidad. De hecho, muchos profesionales no han visto ningún caso y si lo han visto no han podido reconocerlo. Este hecho contrasta con los datos que disponemos de población africana procedente de países donde se practica la MGF, que reflejan un aumento exponencial en los últimos años en el País Vasco.

CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Para responder a la pregunta de por qué no se diagnostica, debemos preguntarnos antes si es posible ver lo que no se busca, y es ahí donde encontraremos la respuesta. La mujer con MGF no suele acudir a la consulta o a la urgencia de ginecología por este motivo. Habitualmente consultan por motivos similares a otras mujeres: metrorragia, dolor abdominal, prurito vaginal, retraso menstrual... En ocasiones acude a su matrona dentro del programa de cribado del cáncer de cérvix.

En el primer contacto en consulta se priorizará el establecimiento de una relación de confianza que permita conocer su historia personal (país de origen, etnia, tiempo de permanencia...) y normalizar las preguntas sobre MGF como parte de su salud sexual y reproductiva. Así mismo, se indagará sobre las manifestaciones clínicas relacionadas con la MGF: dismenorrea, dispareunia, cistitis y vaginitis de repetición... Todo esto se deberá realizar previamente a la exploración ginecológica, lo que facilitará la misma y la continuidad de las visitas³⁰.

La relación médico-paciente creada con las consultas ginecológicas sucesivas facilitará la introducción de argumentos en contra de la MGF.

Al explorar a la paciente se realizará una minuciosa valoración de los genitales externos, comprobando la integridad del prepucio, del clítoris, así como de los labios menores y mayores. De esta manera diagnosticaremos el tipo de MGF practicada a la paciente (ver anexo 1).

En la mayoría de las ocasiones encontraremos una MGF tipo I y II, ya que son las más comunes, constituyendo entre el 80-85% de los casos. La MGF tipo III es menos frecuente, 15-20% de los casos, y se realiza en los países del cuerno de África. Es excepcional encontrarnos este tipo de mutilación en nuestra consulta por su baja prevalencia y por

³⁰ Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

el origen de la población africana inmigrada en nuestro territorio. No obstante, si nos encontramos un caso de MGF tipo III debemos saber que nos resultará imposible realizar una exploración vaginal completa e incluso una ecografía vaginal. Además, debemos de tener en cuenta que si el motivo de la consulta es la anticoncepción, el DIU no va a ser un método de elección. Si en la exploración se objetivara una sinequia o una infibulación se ofrecerá a la mujer cirugía reparadora.

En todos los casos es importante poner el caso en conocimiento del médico o médica de atención primaria de la paciente, para su seguimiento y coordinación de cuidados.

CONSULTA DE OBSTETRICIA (GINECÓLOGO/A Y/O MATRONA)

La consulta de embarazo es, en muchas ocasiones, el primer contacto de la mujer con el ámbito sanitario, por lo que nuestra sensibilización y actuación en este campo puede marcar un antes y un después en la relación de la mujer con las y los profesionales sanitarios.

En la exploración ginecológica del primer trimestre, en torno a las 12 semanas de gestación, se valorará la existencia o no de MGF y el tipo. En caso de que se objetive, se anotará MGF en la cartilla de embarazo y se codificará.

No obstante, no será hasta la semana 24-28 de gestación cuando se aborde el tema en la consulta de la matrona, aprovechando la relación de confianza creada en las consultas previas. Es en este momento cuando se comenzará la sensibilización en esta materia desde la propia consulta, derivando a la mujer a programas sociosanitarios específicos en MGF (si se dispone de ellos) o al trabajador social, si se considera oportuno.

El control de embarazo se realizará como en cualquier otra gestante, según los protocolos vigentes. Se explicará claramente las actuaciones clínicas en cada visita y se tendrá en cuenta la MGF en las exploraciones vía vaginal, ya que puede interferir en su realización.

Es importante que de constatarse una mutilación quede registrada debidamente en la historia clínica de la gestante, de cara al parto:

- MGF tipo I o II, se debe tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto.
- MGF tipo III o infibulación. En estos casos se plantea la desinfibulación.

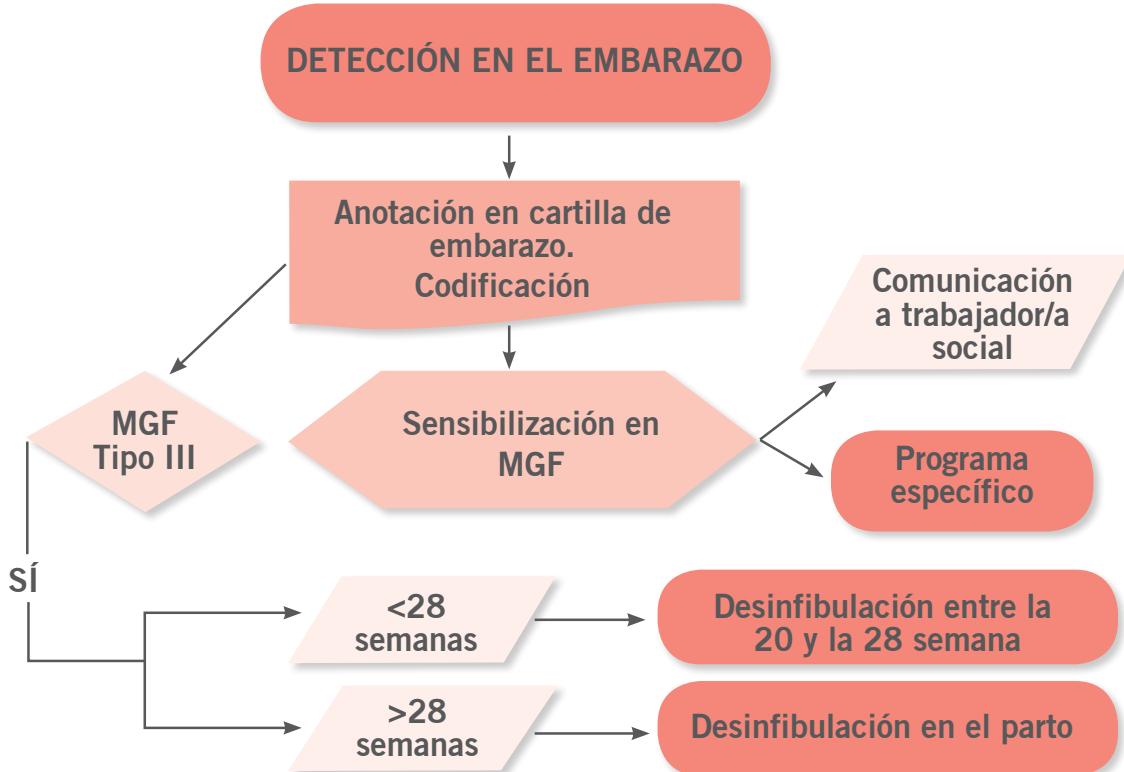
DESINFIBULACIÓN

La desinfibulación es una intervención quirúrgica reparadora que se realiza en una mujer infibulada con la finalidad de permitir las relaciones sexuales o el parto vía vaginal (ver anexo I).

Esta intervención es necesaria en el caso de una MGF tipo III, ya que el parto sin la desinfibulación implicaría un desgarro total del periné con una alta morbilidad materno-fetal. Se informará a la paciente que en ningún caso se realizará una reinfibulación después del parto.

El momento más adecuado para realizar la desinfibulación es entre la semana 20 y 28 de gestación. Si no es posible realizarla durante el embarazo se realizará en el momento del parto³¹. Habitualmente la intervención se realizará bajo analgesia regional (epidural).

Es importante poner el caso en conocimiento del médico o médica de atención primaria de la paciente, para su seguimiento y coordinación de cuidados.



PARTO

Las mujeres mutiladas experimentan con mayor frecuencia problemas durante el parto, especialmente los tipos II y III. Esta afirmación se sustenta fundamentalmente en el estudio WHO³², que compara los resultados obstétricos en mujeres sin MGF (n=7171), MGF I (n=6856), MGF II (n=7771), MGF III (n=6595). En este estudio se objetiva que las mujeres con MGF II y III tienen más riesgo de tener una cesárea, hemorragia postparto, más días de ingreso, así como más riesgo de reanimación de los RN e ingreso en el hospital; que las no MGF. Los riesgos son mayores para el tipo III que el II. Además se objetiva que las mujeres con MGF I, II y III tienen más riesgo de episiotomía y molestias perineales que las no MGF.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática noruega³³ con 44 estudios, que incluye cerca de 3 millones de mujeres de las cuales 70.495 tenían una MGF. En esta revisión concluyen que las mujeres con MGF tienen más riesgo de parto prolongado, parto

31 Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

32 WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Banks E, Meirik O et al.

33 Berg RC, Underland V.

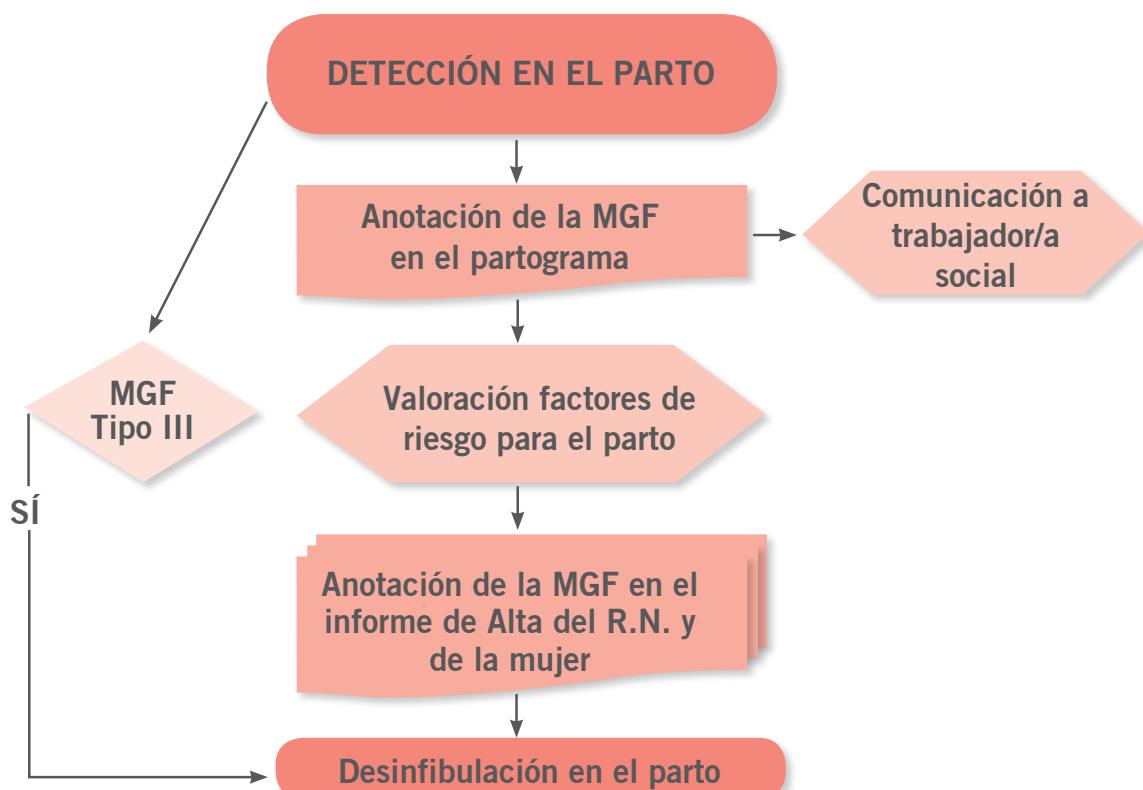
instrumental, desgarros y hemorragia postparto. El riesgo es mayor para el tipo III que para el I o II. No encontraron diferencias significativas en cuanto al riesgo de cesárea o episiotomía, respecto a las mujeres sin MGF.

Aun cuando la extrapolación de estos resultados a nuestro medio ha de hacerse con cautela, debemos tener en cuenta estas posibles complicaciones en la atención al parto de estas mujeres.

Las actuaciones recomendadas en este punto son las siguientes:

- Se anotará en el partograma MGF y se valorarán los factores de riesgo.
- Se reducirán al mínimo necesario las exploraciones vaginales durante la dilatación. En el expulsivo se valorará la elasticidad vulvar, realizando una episiotomía medio lateral siempre que se considere necesario, con la finalidad de evitar desgarros.
- Tras el parto se explicará la cura y cuidado de posible desgarro y/o episiotomía si se hubieran realizado, y se aconsejará no reiniciar relaciones sexuales hasta la completa cicatrización de los mismos.
- Se codificará en el informe de alta de obstetricia el antecedente de MGF de la mujer.

Para la prevención de la MGF en recién nacidas de madres mutiladas, se trabajará con la familia en la sensibilización en esta materia. Para ello es fundamental que el o la pediatra de atención primaria, la matrona así como la/el trabajador social sanitario tengan conocimiento de este antecedente, de manera que se pueda trabajar en la sensibilización en MGF, si previamente no se había trabajado. Es por ello necesario anotar el antecedente de MGF en el informe de alta de la madre y del recién nacido. De esta forma el o la pediatra de la recién nacida podrá visualizar este registro desde la primera visita programada en el centro de salud.



EQUIPO DE PEDIATRÍA (PEDIATRA Y/O ENFERMERA PEDIÁTRICA)

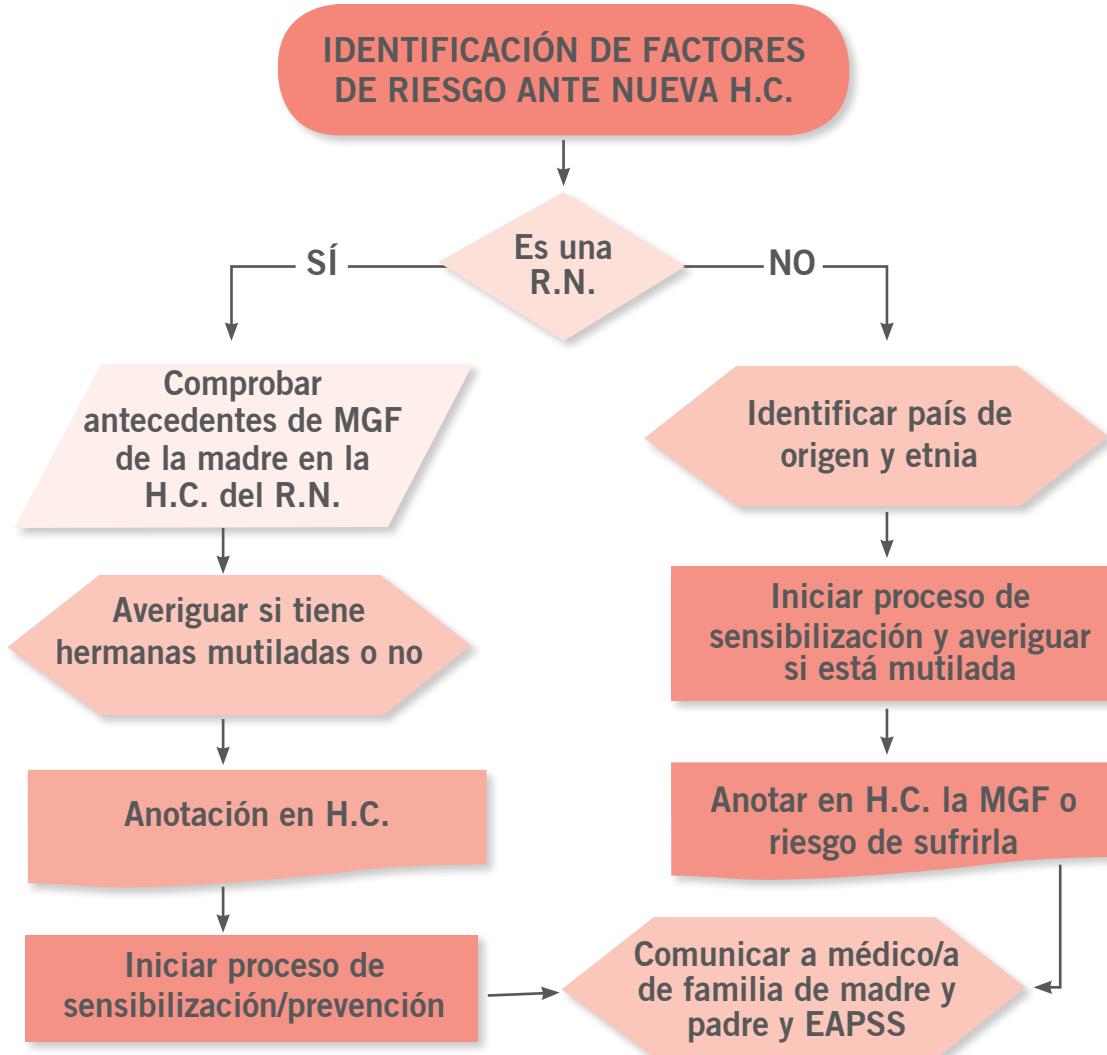
El equipo de pediatría debe formarse en interculturalidad y en este tema con sensibilidad, con ojos africanos además de occidentales (5) y no dejaremos de insistir en la actuación preventiva desde el nacimiento de la niña. Siempre con respeto, firmeza y la colaboración con trabajadores sociales y con colegios e ikastolas.

Esta formación hará más fácil superar los problemas asociados a la consulta de pediatría como el desconocimiento de la importancia y el simbolismo de este acto, la vergüenza para abordar el tema, las dudas profesionales y éticas ante las consecuencias de la intervención o no intervención, la disyuntiva demonización-castigo frente a integración, la escasez de tiempo, la sobrecarga asistencial, el idioma, pocos recursos de asesoramiento profesional etc.

A continuación se detallan las actuaciones preventivas, dependiendo de las situaciones de partida, pero en todas ellas se debe poner en conocimiento y **coordinarse con los /las trabajadores sociales y/o con los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (EAPSS)**

A. ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA MGF EN NIÑAS DE FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO Y A LAS QUE SE LES ABRE HISTORIA CLÍNICA NUEVA

- 1. Contextualización:** identificar los grupos de riesgo según los países donde prevalece esta práctica y la edad de la niña. En este punto es importante valorar/evaluar a las hermanas si también es posible. Para informar con más naturalidad puede ayudar el tener en la consulta un poster con el mapa de prevalencia de la MGF.
- 2. Prevención si es recién nacida:** Comprobar en la nueva Historia Clínica de la recién nacida el antecedente de MGF de la madre y preguntar a la madre si además de ella misma, también tiene “corte” alguna otra hija. El equipo obstétrico en el control del embarazo y/o en el momento del parto, habrá iniciado ya el trabajo de sensibilización tras detectar en la madre el “corte”. En este punto se hace imprescindible la coordinación exquisita entre los ámbitos hospitalarios y de atención primaria, entre los equipos de pediatría y ginecología, para a través del registro en la historia de ambas, mantener esta información con el tratamiento de respeto y confidencialidad que ello requiere.
- 3. Prevención si no es recién nacida:** es muy importante anotar en la historia si vino a Euskadi ya mutilada o no. Aprovechar el Programa de Salud Infantil para explorar los genitales de inmigrantes recién llegadas. Evitar preguntarlo en sucesivas visitas para lo cual es preciso el registro adecuado, como se indica más adelante.
- 4. En ambos casos,** se recomienda continuar con la prevención en las visitas del programa de salud y en las consultas a demanda especialmente del primer año y en cuanto se encuentre el momento adecuado tratando de investigar si tienen idea de realizar el corte a su hija. Para ello se puede utilizar el poster expuesto en el anexo, donde se señalan las consecuencias y se desmitifican creencias en torno a la mutilación. Se recomienda valorar los genitales en cada revisión, pero esto sólo se realizará si el contexto es el adecuado.



5. **Avisar tanto a la madre como al padre**, especialmente en vísperas de su viaje de vacaciones, de las consecuencias legales que eso supondría; en este punto resulta importante la colaboración de los trabajadores sociales.
6. **“Compromiso preventivo”**: si van a viajar en breve, presentar ante madre y padre e invitarles a firmar el documento adjunto (Anexo 4) en el cual se avisa de las consecuencias legales si en cualquier momento se descubriera que la niña ha sido mutilada. Este papel les puede servir además como método disuasorio ante la presión familiar y social en el país de origen. Sin embargo este documento no nos exime de continuar con una rigurosa prevención de la MGF que debe de estar más basada en la convicción que en el miedo. Se recomienda sea realizado por la o el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña ya que goza de la confianza de la familia. Una posibilidad es graparlo junto al documento internacional de vacunas para ellos y al mismo tiempo es importante registrar tal dato en la historia médica de la niña.
7. **En caso de negativa a firmar el “compromiso preventivo”**, se debe contactar antes del viaje con Servicios Sociales de base, y valorar con ellos la notificación al Servicio Especializado de Protección de Menores. También si hay sospechas de posible MGF o si tras el retorno del viaje no acuden a la revisión pediátrica.

8. Aspectos de prevención social: organizar con mediadores culturales, educadores y trabajadores sociales grupos de inter-pares de ambos sexos para tratar estos temas desde las diversas entidades sociales de la zona: centros cívicos, ONGs, parroquias, asociaciones interculturales... En ellas sería fundamental implicar al padre y hacer protagonista a la madre. Aumentar su capacidad de decisión para que sean ellas las que decidan no intervenir a sus hijas y además multipliquen el impacto de esta negativa al llegar a sus países de procedencia. Una recomendación que puede ayudar es proponerles sustituir los rituales de la MGF por fiestas de otro tipo sin mutilación, haciéndoles comprender que las prácticas sociales evolucionan en todas las culturas.

B. ACTUACIONES PREVENTIVAS ANTE LA PRESENCIA DE UNA NIÑA INMIGRANTE QUE YA ACUDE CON MGF

Si hay sospecha o duda por haber encontrado alguna alteración preguntar a la madre directamente (se recomienda hablar de sunna o corte) o aprovechar el Programa de Salud Infantil para explorar sus genitales.

Valorar según el contexto familiar, la posibilidad de ofrecer apoyo psicológico siempre que lo deseen y esto no suponga un estigma o dé más importancia de lo que en esa familia le conceden a la MGF. Si se evidencian sinequias o una infibulación se remitirá al ginecólogo de referencia para valorar cirugía reparadora.

Cuando no se pueda asegurar que la niña ha sido mutilada después de haber emigrado a Euskadi por primera vez, no se deberá, en ningún caso, enviar parte de lesiones al juzgado o fiscalía de menores.

C. ACTUACIONES ANTE MGF PRACTICADA A UNA NIÑA QUE ANTES NO LA TENÍA

Si desde pediatría se detecta la práctica de una MGF reciente a una niña hay dos posibilidades diferentes. La primera es que debido a la movilidad familiar, esa niña no tenga historia en nuestra consulta ni se haya realizado prevención con la familia y la segunda posibilidad es que a pesar de haber actuado preventivamente se haya realizado el corte.

En ambos casos se estudiarán con detalle todos los hechos y circunstancias que rodean al caso (existencia de otras hermanas no mutiladas, situación de embarazo o previsión del mismo de la madre, situación socio-laboral de los padres, etc.) y se valorará la decisión de realizar el correspondiente parte de violencia de género, teniendo siempre en cuenta el bien superior de la menor.

La ley obliga al personal sanitario a realizar el trabajo éticamente adecuado con su paciente y está penado mirar a otro lado, no necesariamente el no dar parte de un supuesto delito. Esto puede suponer en algunos casos un dilema ético que el equipo pediátrico, conjuntamente con los agentes sociales implicados, no sean capaces de resolver, en cuyo caso lo recomendable es trasladar la consulta al Comité de Ética Asistencial (CEA) de su referencia.

EQUIPO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MÉDICO/A DE FAMILIA Y/O ENFERMERA Y/O MATRONA)

Las características de accesibilidad y longitudinalidad que definen la atención sanitaria desde la Medicina de Familia, hacen posible que las consultas de Atención Primaria sean un espacio muy favorable para prevenir, detectar y atender a las mujeres y a las niñas mutiladas y por ende a toda su familia contribuyendo de esta manera a erradicar esta práctica.

DETECCIÓN EN CONSULTA

Aunque el primer contacto de estas mujeres con el sistema sanitario se produce casi siempre por temas no relacionados con la MGF, en ocasiones sí que pueden acudir a la consulta por secuelas de la MGF como infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras.

La durabilidad en el tiempo de la atención a las personas y sus familias en el nivel de la Atención Primaria, hace que no sea indispensable hablar del tema en la primera consulta, sino que sea posible esperar a futuros encuentros cuando se haya creado ya una relación de confianza que posibilite abordar cuestiones como la MGF, así como sus complicaciones y secuelas.

Aunque ya se ha dicho en las recomendaciones de carácter general, en el ámbito de la consulta de Medicina Familiar es donde tiene todo el sentido establecer una relación clínica basada en el respeto a la persona y que asegure a la mujer la confidencialidad y la intimidad. Cabe insistir en la “**no estigmatización**” de estas mujeres y de sus familias, promoviendo actitudes “de rescate” del padre y de la madre de la niña o mujer mutilada, porque tomaron la decisión de realizar la práctica por la importancia que le dan al bienestar de la niña en concordancia con las normas de su etnia y evitando así que se produjese el rechazo de la misma en el círculo más cercano de su comunidad.

Lo más idóneo para abordar la cuestión de la MGF será de manera oportunista, cuando las mujeres y hombres procedentes de estos países o etnias, acudan a consulta a demanda por temas que puedan tener relación o que por diversos motivos se genere un clima de confianza propicio para hablar de esta cuestión.

Pero igualmente será un momento idóneo el aprovechar las diferentes consultas que se realizan de cara a garantizar la aplicación de los Planes de Salud de Osakidetza, actualmente tanto el Plan de Salud de la Mujer, como el Programa de Prevención de Cáncer de Cervix pero también durante las consultas efectuadas por cuestiones de planificación familiar, consultas durante el embarazo, consultas de índole ginecológica y/o de cuestiones relativas a la esfera sexual de estas mujeres.

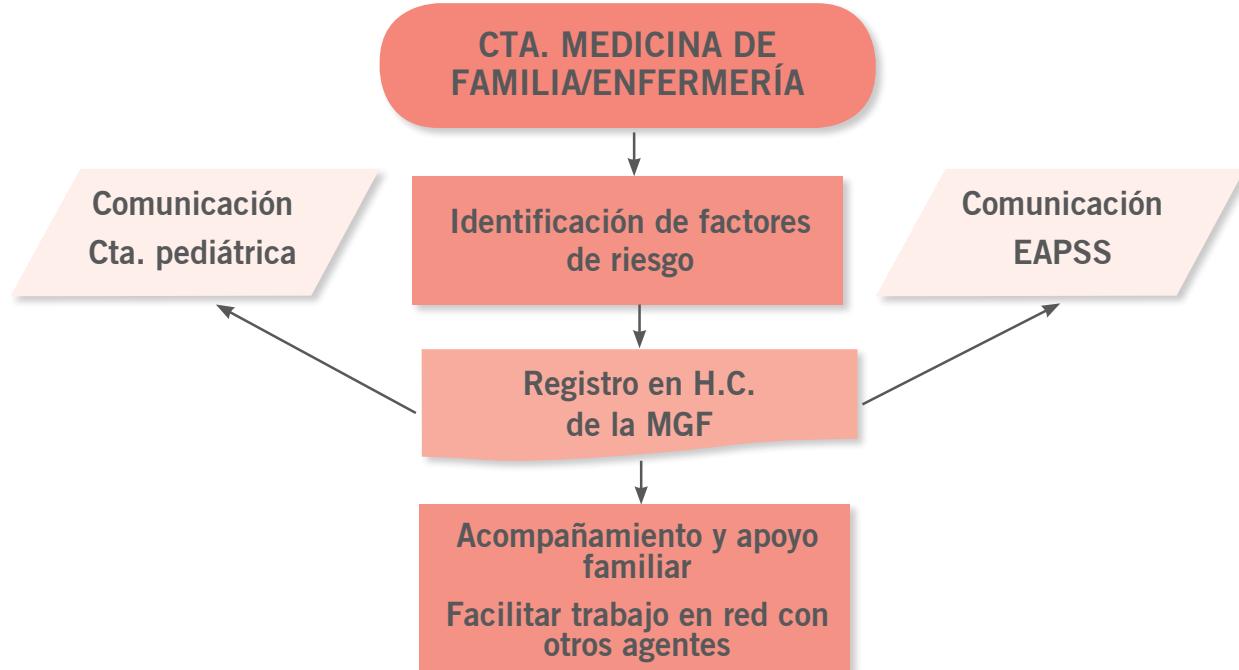
En las consultas referidas, y ante una mujer de nacionalidad y/o etnia de riesgo y/o con síntomas o signos que nos hagan sospechar, se procedería a preguntar y a explorar a la mujer, si fuera necesario.

La pregunta acerca la mutilación se realizaría con términos como “sunna” o “corte” (términos desprovistos de connotaciones y que son comprensibles por ellas) y ante la respuesta afirmativa de la mujer se procedería a:

- Registrar y codificar en la historia clínica de Osabide, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, la actuación y la prevención realizada y los cuidados que se precisen.
- Si la mujer tiene hijas menores de edad, o niñas menores a su cargo, se debe poner en conocimiento de la o el pediatra asignada a esa niña.

Por todo ello, tras la confirmación de una MGF de una mujer que presente las características citadas anteriormente en la consulta, debería iniciarse el abordaje educativo y preventivo de nuevas situaciones que incluya también a su pareja, elaborando estrategias en colaboración con otros recursos y servicios de la zona, proporcionando información acerca de recursos de apoyo (ámbito educativo y organizaciones locales comunitarias), sobre la legislación vigente y sobre las consecuencias del incumplimiento de la misma si se practica la MGF a alguna niña de su familia, tanto dentro del territorio de nuestro país como en un viaje al país de origen de los progenitores.

En Osakidetza, el personal médico y de enfermería de Medicina de Familia al atender a la población desde los 14 años, también deberían proceder a identificar o detectar precozmente y prevenir de la MGF en la población que está en mayor riesgo y que es más vulnerable, como ocurre con las niñas/jóvenes menores de 18 años de familias donde hay otras mujeres (madre, hermanas, tíos, primas, etc.) a las que se ha practicado la MGF.



En definitiva, el papel de los y las profesionales de la Medicina de Familia ante la MGF será el desempeñar un rol facilitador que active un poderoso trabajo en red con otros agentes implicados y que además desempeñe también un labor de acompañamiento y apoyo a la familia en todo este proceso preventivo.

EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y SERVICIOS SOCIALES

En la labor preventiva de la MGF, cobra especial relevancia la participación de los y las trabajadoras sociales de las diferentes Organizaciones Sanitarias de Osakidetza, así como la de profesionales de los Servicios Sociales. El trabajo directo con personas, familias y comunidad en general, ofrece la oportunidad y un espacio privilegiado y facilitador de dinámicas de comunicación y coordinación.

En este sentido los y las Trabajadoras Sociales “Sanitarias”, como profesionales de referencia para el conjunto de profesionales sanitarios en todos los niveles de atención (primaria, especializada y hospitalaria), constituyen el enlace idóneo para establecer la coordinación entre los diferentes sistemas interviniéntes.

Desde los servicios sociales se presta una atención continuada en el tiempo, lo que permite generar una relación de vinculación y confianza con la familia que a su vez posibilita un abordaje paulatino, facilitando la prevención y detección de casos de riesgo inminente.

Sin embargo, para poder incidir eficazmente en la prevención de la MGF, se debe partir de una sensibilización, formación y capacitación de profesionales de los diferentes ámbitos, incluidos los y las trabajadoras sociales, que estén en relación directa con comunidades, mujeres y niñas originarias de países de la denominada franja MGF.

Para poder detectar correctamente los factores de riesgo en una menor o para conocer cuando una mujer que se está atendiendo en el despacho puede que tenga practicada MGF, es necesario contar previamente con conocimientos y elementos conceptuales que posibiliten una aproximación cultural, desde una mirada antropológica y con perspectiva de género, a la MGF.

Previo a definir los momentos y características de la intervención desde el Trabajo Social, se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

- El **principio rector** que guiará toda nuestra intervención es el interés superior de la menor en riesgo. Todas las acciones que se definan y lleven a cabo, en coordinación con el resto de profesionales, serán valoradas desde la perspectiva del beneficio supremo para la niña.
- Con las familias originarias de países donde se sigue practicando la MGF, los y las profesionales debemos crear un clima de confianza, desde el respeto, evitando actitudes de juicio o culpabilización, y, abordar el tema de la MGF con naturalidad pero a la vez expresando con firmeza lo que la MGF supone en cuanto a violación de los Derechos Humanos y un peligro para la salud de las niñas y mujeres.
- Las familias que optan por la práctica de la MGF a sus hijas, por lo general, son madres y padres que quieren a sus hijas. Las familias que practican o promueven esta práctica lo hacen en la convicción y creencia de que es lo mejor para sus hijas. La intervención preventiva se centrará en proporcionar argumentos disuasorios. (Ver apartado “¿Desde cuándo y por qué se practica?” de la presente Guía).

- Un aspecto muy importante a tener en cuenta es la frecuente situación de precariedad socioeconómica en la que se encuentran muchas de las mujeres con MGF y sus familias, en ocasiones con serias dificultades para cubrir las necesidades más básicas. La intervención desde el Trabajo Social también debe abordar las orientaciones o acciones oportunas al respecto. En sus circunstancias, la MGF no la contemplan como problema ni entra dentro de sus prioridades.

Con respecto a la **tipología de la intervención**, se pueden distinguir:

- Las acciones individuales y directas con familia (niña, madre, padre) o con la comunidad.
- Las acciones en coordinación con otros profesionales, el trabajo en red.

ACTUACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La intervención en la prevención de la MGF desde el trabajo social estará determinada por el momento y el ámbito de procedencia en la detección de los factores de riesgo.

1. Detección en consulta de obstetricia/matrona o en Unidad de Partos Hospitalaria de mujer con MGF, embarazada y que da a luz una niña.

Si en la consulta de obstetricia/matrona se detecta una mujer con MGF practicada y en el desarrollo de la actividad preventiva, en ausencia de programas específicos en su ámbito territorial y se considera oportuno, se coordinará con el o la profesional de trabajo social de referencia.

En el ámbito hospitalario, tras comunicación al trabajador o trabajadora social del hospital donde se prevé el parto de una niña, hija de madre con antecedentes de MGF, se atenderá a lo establecido en los protocolos específicos de cada OSI, si los hubiese.

En cualquier caso y ante la no existencia de dichos protocolos, se realizarán entrevistas con la madre y si es posible con el padre de la nasciturus o recién nacida. Se averiguará si existen barreras idiomáticas que dificulten la comunicación y en caso de ser necesario se contarán con los recursos técnicos disponibles (sistemas de traducción).

En este primer contacto, es muy importante presentarnos y tranquilizar a la madre (y padre) ante nuestra presencia, preguntándole si era conocedora que íbamos a contactar con ella y los motivos. En el caso de que lo desconozca, se le informará adecuadamente y con naturalidad de la finalidad preventiva de nuestra intervención. Al referirnos a la MGF lo haremos utilizando los términos “corte” (“cortada”) o “sunna”.

A lo largo de la entrevista, que será abierta y procurando un ambiente distendido, se irán recogiendo datos socio-biográficos de la familia, incidiendo sobre **posibles factores de riesgo para MGF**: país de origen de la madre y el padre; grupo étnico al que pertenecen; idiomas en los que se expresan habitualmente; existencia de otras hijas e hijos con ellos o en país de origen y edad de las mismas y si MGF practicada; situación administrativa;

tiempo en el Estado Español o en Europa; situación laboral y económica; vivienda y convivencia; intención o previsión de viajes a país de origen; actitud ante la práctica de la MGF.

Con los datos obtenidos se realizará una primera valoración del riesgo que guiará **los siguientes pasos de la intervención:**

- Se aprovechará la entrevista para iniciar el trabajo de sensibilización con la familia, informando sobre las consecuencias perjudiciales de la MGF para la salud de las menores y sobre los aspectos legales vigentes.
- Asimismo, se atenderán las necesidades ante posibles dificultades sociales del núcleo familiar, proporcionando las oportunas orientaciones y realizando las derivaciones pertinentes.
- Se registrará la intervención en la historia de la mujer y en la de la menor para que pueda ser tenida en cuenta lo actuado en el hospital por los y las profesionales sanitarias (de pediatría y trabajo social) de Atención Primaria. Desde Atención Primaria, en coordinación con los servicios sociales se continuará con el proceso preventivo.
- En el caso, presumiblemente excepcional, de que se valore situación de alto riesgo inminente tras el parto, según el caso, se procederá a comunicarlo directamente a los Servicios Sociales Comunitarios y/o al Servicio Especializado con competencia en la Protección de Menores.

2. Detección en consulta de obstetricia/matrona o en Unidad de Partos Hospitalaria de mujer con MGF embarazada y que da a luz una niño.

Se indagará sobre la existencia de otras hijas e hijos a su cargo o en país de origen, edad de las mismas y si MGF practicada. En caso de que tenga alguna hija previa en edad de riesgo para MGF, se procederá igual que en el punto anterior.

Si no hay hijas previas, igualmente se recomienda realizar sensibilización sobre MGF (ante posibles embarazos futuros) y valoración sobre su situación social.

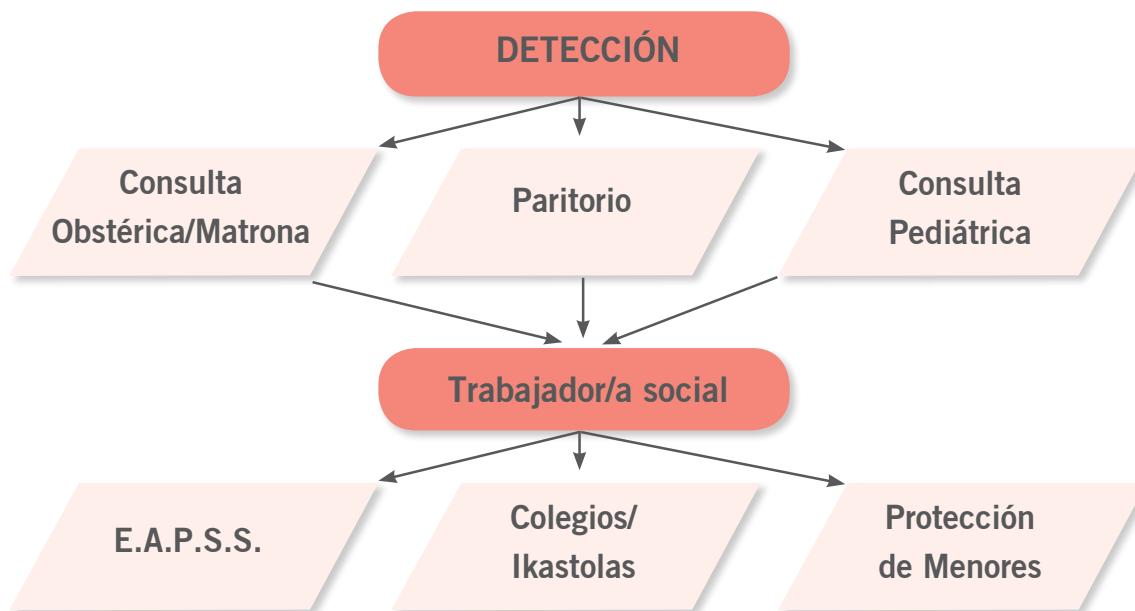
3. Detección en consulta de pediatría de niña con factores de riesgo para MGF.

A nivel de Atención Primaria, el abordaje en la prevención de la MGF exige la coordinación entre los diferentes ámbitos: sanitario, social y posiblemente educativo. Lo que se propone en esta Guía es que la definición de la intervención y las consiguientes acciones a desarrollar se valoren en los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (en adelante EAPSS) allí donde ya estén constituidos o se puedan constituir.

En los EAPSS, equipos a desarrollar en todas las OSIs y Municipios a propuesta del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, se prevé la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales fundamentalmente de los ámbitos sanitario y social. En el caso de la prevención de la MGF, los componentes de dicho equipo serían profesionales de pediatría, médico/a y enfermera de Atención

Primaria, Trabajador/a Social de Atención Primaria si hubiese, enfermería pediátrica y obstétrica, TS del Servicio Social de Base correspondiente...

En ausencia de EAPSS, desde pediatría se realizaría el trabajo preventivo correspondiente a su ámbito de actuación, y en caso de considerarlo necesario se coordinaría con las o los trabajadores sociales de Atención Primaria y/o del Servicio Social de Base de ámbito municipal que corresponda, acordando el seguimiento y las acciones a realizar por cada profesional.



PREVENCIÓN A NIVEL COMUNITARIO

Como último punto, pero no por ello menos importante, se señalan actividades de prevención general o comunitaria a desarrollar desde los Servicios Sociales y las Áreas de Igualdad/Inmigración/Cooperación de los entes locales:

Promover e impulsar la creación, en colaboración con entidades sociales, asociaciones/ONGs, módulos psicosociales, mediadores interculturales... de talleres específicos en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, violencia contra las mujeres, relaciones saludables... en los que se trabaje el empoderamiento de las mujeres originarias de países con prevalencia en la práctica de MGF, la información sobre las graves consecuencias de la MGF para la salud de las niñas, y sobre aspectos legales y legislación vigente.

Formación de agentes de salud y mediadoras interculturales entre la propia comunidad de los propios países donde se sigue practicando la MGF.

Las actividades de prevención de la MGF a nivel comunitario, ofrecen un magnífico soporte complementario y necesario, implementando las realizadas en los diferentes ámbitos ya descritos, por lo que nuevamente es imprescindible establecer espacios de comunicación y coordinación ágiles y con la garantía del respeto a la obligada confidencialidad para con las personas atendidas.

Las experiencias realizadas hasta la fecha avalan el modelo propuesto.