



La salud  
es de todos

Minsalud

# Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia

## Dirección de Promoción y Prevención

Marzo de 2020



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



La salud  
es de todos

Minsalud



La salud  
es de todos

Minsalud

FERNANDO RUIZ GOMEZ  
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL  
Secretario General

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA  
Viceministra de Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA  
Directora de Promoción y Prevención (E.)

RICARDO LUQUE NUÑEZ  
Coordinador Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales  
Y Derechos Reproductivos



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



La salud  
es de todos

Minsalud

Este documento se elaboró con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA-Colombia

**AÍDA VERÓNICA SIMÁN**

Representante

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -  
Colombia

**MARTHA LUCÍA RUBIO**

Representante auxiliar

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -  
Colombia

### **Equipo Técnico UNFPA - Colombia**

*Elaboración*

Javier Guillermo Díaz Amaya  
Consultor

*Apoyo técnico y revisión*

Mónica Galeano Velasco

### **Equipo técnico Ministerio de Salud y Protección Social**

Ricardo Luque Núñez

Gloria del Pilar Cardona Gómez

María Margarita Bernal

*Revisión y diseño*

María Cristina Muñoz Alaje



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



La salud  
es de todos

Minsalud

Imprenta Nacional de Colombia  
Primera Edición: Marzo 2020  
© Ministerio de Salud y Protección Social  
Carrera 13 No. 32 76  
PBX: (57-1) 330 50 00  
FAX: (57-1) 330 50 50

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS.



La salud es de todos

Minsalud

## Contenido

.....	1
 <b>La salud es de todos</b> <b>Minsalud</b>	1
1. INTRODUCCION.....	8
2. ALCANCE.....	12
2.1. Objetivo del documento.....	12
2.2. Destinatarios/as del documento.....	12
2.3. Principios del documento.....	12
2.4. Descripción del documento.....	13
3. ANTECEDENTES.....	15
4. METODOLOGÍA.....	18
5. MARCO CONCEPTUAL.....	20
5.1. Definición y generalidades.....	20
5.2. Distribución geográfica de la práctica.....	21
5.3. ¿Por qué se practica la MGF?.....	25
5.4. Tipos de mutilación genital femenina.....	27
5.5. Consecuencias de la MGF para la salud inmediata, a corto y a largo plazo.....	34
5.6. Impacto de la MGF en el ejercicio de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres adultas.....	36
5.7. Contribución del sector salud para la prevención de la práctica y la atención integral de las víctimas.....	37
6. ABORDAJE Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	39
6.1. Enfoques para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF.....	40
6.1.1. <i>Derechos</i> .....	40
6.1.2. <i>Género</i> .....	40
6.1.3. <i>Interculturalidad</i> .....	40



La salud  
es de todos

Minsalud

6.1.4.	<i>Acción sin daño</i> .....	41
6.1.5.	<i>Curso de vida</i> .....	41
6.2.	Orientaciones para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF .....	42
6.3.	Promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género .....	42
6.4.	Gestión del riesgo en salud .....	45
6.4.1.	<i>Acciones individuales de la gestión del riesgo en salud</i> .....	46
6.5.	Gestión de la salud pública .....	89
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	94
8.	ANEXOS: .....	99



La salud  
es de todos

Minsalud

## 1. INTRODUCCION

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica tradicional nociva que incluye la resección u otras lesiones de los genitales externos femeninos por motivos no médicos; afecta a las niñas, las adolescentes y a las mujeres adultas en todo el mundo (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW] y Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2014), y se considera una grave violación de sus derechos humanos y una forma de discriminación basada en el sexo, el género, la edad, entre otros aspectos (Khosla *et al.*, 2017, p. 3).

De acuerdo con el CEDAW y el CRC (2014), las prácticas nocivas son acciones y formas de conducta persistentes fundamentadas en la discriminación por razón del sexo, el género y la edad, entre otras causales, además de formas múltiples o interrelacionadas de discriminación, que a menudo conllevan violencia y causan sufrimientos o daños físicos o psíquicos. Asimismo, tales prácticas repercuten negativamente en la dignidad, la integridad y el desarrollo físico, psicosocial y moral de la persona afectada, así como en su participación, su salud, su educación y su situación económica y social (p. 7).

En este sentido, se destaca que la MGF no tiene ningún beneficio conocido para la salud; al contrario, es perjudicial para las niñas y las mujeres de muchas formas. Primero y, ante todo, es dolorosa y traumática. Adicionalmente, la remoción o el daño del tejido genital normal interfieren con el funcionamiento natural del cuerpo y provoca consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud de la mujer. Por ejemplo, las y los bebés nacidos de madres a las que se les ha realizado la MGF tienen una tasa de mortalidad neonatal más alta en comparación con aquellos nacidos de madres a las que no se les ha realizado la práctica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008, p.1).

La MGF se realiza casi siempre en menores de edad y, por lo tanto, también es una violación a los derechos de las niñas. La práctica viola los derechos sexuales y reproductivos, los derechos a la salud, a la seguridad, a la integridad física de la persona, el derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida, puesto que el procedimiento potencialmente puede llevar a la muerte (OMS, 2008, p. 1); además, por conexidad, la vulneración del derecho a la protección de la salud, amenaza también el derecho a la vida. En este sentido, la MGF ha sido descrita como una forma grave de violación de los derechos humanos, de violencia contra las mujeres y las niñas, así como una práctica nociva y un problema de salud con impacto en todo el curso de la vida de la persona (Khosla *et al.*, 2017, p.5).

De acuerdo con la Convención de Belém do Pará, la violencia contra las mujeres, como un tipo de violencia basada en género, comprende cualquier acción o conducta basada en su género que



La salud  
es de todos

Minsalud

cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (MSPS, 2012, p. 22). De esta forma, se entiende que la MGF es una forma de violencia basada en género, ya que la práctica de mutilar los genitales de una persona se realiza específicamente en niñas, adolescentes o mujeres adultas (no se realiza en hombres), y se hace con el objeto de alterar su cuerpo, partiendo del supuesto que los hombres tienen el poder para exigirlo, o que las mujeres lo necesitan. Además, como se profundizará más adelante, siempre produce daño y puede llevar a consecuencias inmediatas o de corto o largo plazo, que afectan la sexualidad de la niña, la adolescente o la mujer, y el ejercicio de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos.

Asimismo, cabe recordar que la violencia basada en género incluye “toda acción de violencia asociada a un ejercicio del poder fundamentado en relaciones asimétricas y desiguales entre los roles y estereotipos asociados a lo masculino y a lo femenino en una sociedad” (MSPS, 2012, p. 22). Por ello, toda acción o práctica que aprovecha esa relación asimétrica de poder para someter, dominar, arriesgar o alterar el cuerpo de las mujeres es considerada una forma de este tipo de violencia.

Por su parte, según el *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual* (2012), la violencia sexual se define de este modo:

Cualquier contacto, acto, insinuación o amenaza que degrade o dañe el cuerpo y la sexualidad de una niña, niño, adolescente, hombre o mujer y que atenta contra su libertad, dignidad, formación e integridad sexual; concepto que obviamente abarca cualquier daño o intento de daño físico, psicológico o emocional. (p. 20)

En este sentido, la MGF se considera también una forma de violencia sexual. Al respecto, debe tenerse en cuenta que si bien en el Código Penal colombiano no se tipifica la MGF como un delito sexual de forma específica, sí existe un importante soporte político, normativo y jurídico que protege a las niñas, las adolescentes y a las mujeres de la realización de prácticas de este tipo. Adicionalmente, el artículo 104B del mismo Código Penal (Ley 599 de 2000) contempla explícitamente la mutilación genital como un agravante en los casos de feminicidio.

Para poder avanzar en la garantía y en el respeto de los derechos humanos, debe reconocerse que los derechos sexuales y los derechos reproductivos “*son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales*” (MSPS, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014, p. 16).

Ante esta situación, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018) refieren que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la comunidad internacional han venido denunciando la realización de la MGF desde 1952 (p. 8). Y, con el paso de los años ha crecido el interés de las agencias de la ONU, de distintos



La salud  
es de todos

Minsalud

gobiernos del mundo y de organizaciones no gubernamentales (ONG) para contribuir a la erradicación de esta práctica.

De hecho, como una estrategia de trabajo sinérgico, en el 2008 se creó el Programa Conjunto sobre la Ablación/Mutilación Genital Femenina entre UNFPA y UNICEF, el mayor programa mundial para acelerar la eliminación de dicha práctica y prestar servicios de atención para paliar sus consecuencias. Este programa funciona a escala comunitaria, nacional, regional e internacional y pretende concienciar sobre el daño causado por la MGF, así como empoderar a las comunidades, las mujeres y las niñas para que decidan abandonar la práctica (UNFPA, 2014)<sup>1</sup>.

En general, existe un acuerdo universal para la erradicación de la MGF, ratificado por la Asamblea General de la ONU con la adopción unánime de la Resolución 67/146 del 20 de diciembre de 2012, sobre la *“Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”* (ONU, 2012). Asimismo, en los últimos años se ha venido promoviendo un trabajo articulado y direccionado desde todas las agencias de la ONU para contribuir a su erradicación.

Por otro lado, ha habido un número creciente de compromisos públicos de los países para poner fin a la MGF, al igual que declaraciones de distintas comunidades para abandonarla, lo que genera esperanza para su erradicación total. Todos estos acontecimientos han sido reconocidos como un esfuerzo valioso que debe ser respaldado. Incluso se incorporó el objetivo de eliminar las prácticas nocivas que afectan la salud física y mental de las niñas que han sufrido MGF, al igual que otras prácticas nocivas (como el matrimonio infantil, precoz y forzado) para el año 2030, en el Objetivo 5: *“Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas”*, específicamente en la Meta 5.3, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016-2030 (UNFPA-UNICEF, 2018, p. 4).

Por el momento algunos autores han señalado que el abordaje de la MGF se ha enfocado principalmente en la prevención, prestando menor atención al tratamiento de las complicaciones de salud asociadas, al cuidado de las víctimas y a la participación de profesionales de la salud como actores clave que pueden contribuir al abandono de la práctica (Khosla *et al.*, 2017, p. 1).

En este sentido, cabe recordar que la Asamblea General de la ONU, por medio de la Resolución 67/146 de 2012, hizo un llamado a los Estados para proteger y apoyar a las mujeres y las niñas que hayan sido víctimas de MGF y a las que corran el riesgo de serlo, con servicios de atención y apoyo social y psicológico, y a adoptar medidas para mejorar su salud, incluida su salud sexual y reproductiva, con el fin de prestar asistencia a las mujeres y las niñas que sean objeto de esa práctica (p. 4).

Para brindar atención de calidad en los servicios de salud a las niñas, las adolescentes y a las mujeres que han sido sometidas a MGF, los y las profesionales deben tener conocimiento técnico

<sup>1</sup> Puede consultarse en este enlace: <https://www.unfpa.org/es/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>



La salud  
es de todos

Minsalud

sobre cómo reconocer y manejar las complicaciones de la MGF, incluyendo la atención adecuada, la comunicación y cómo asesorar en los temas relacionados, lo que es fundamental para enfatizar el papel de los trabajadores de la salud como cuidadores de las niñas y las mujeres a las que se les ha realizado la práctica (OMS, 2016, p.9).

Como parte de este compromiso, teniendo en cuenta que se ha descrito la existencia de la MGF en el territorio colombiano desde el 2007, específicamente en la comunidad Embera, el país requiere fortalecer la atención integral en salud para las niñas y mujeres víctimas, a través de orientaciones precisas dirigidas al personal de salud sobre el abordaje adecuado de los casos. Asimismo, se deben continuar los esfuerzos realizados hasta el momento para la erradicación de la práctica en el país.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos (2014) ha planteado dos acciones para la promoción, protección, atención y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la atención primaria en salud, a saber: la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género; y la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos (p. 61).

En específico frente al tema de la MGF, la Política menciona:

Del mismo modo, se deben prever acciones de disuasión para superar prácticas lesivas y atentatorias de los derechos humanos, como la mutilación genital de las mujeres, la violencia sexual, explotación sexual comercial, trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual y todas las otras formas de violencias basadas en género. (p. 63)

Frente a la MGF, Colombia tiene como aliado al UNFPA para encontrar los caminos que permitan avanzar en la erradicación de esta práctica. En este marco, se implementó el Proyecto Embera Wera, con el objetivo de transformar la práctica de la MGF desde la comunidad, lo que ha permitido, mediante la reflexión propia desde sus mujeres, encontrar una alternativa que sustituya su significado y que no ponga en riesgo la vida y la salud de las niñas (UNFPA, 2011, p. 11).

Con el objetivo de fortalecer la atención integral en salud de las niñas, las adolescentes y las mujeres que han sido víctimas de MGF en Colombia y en el marco de las acciones planteadas en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se presenta este documento elaborado con el apoyo de UNFPA como una herramienta para avanzar en el cumplimiento de los compromisos adquiridos a nivel internacional frente a la erradicación de esta práctica, como está establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, esta vez frente al trabajo específico de las y los profesionales de la salud.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 2. ALCANCE

### 2.1. Objetivo del documento

Definir las orientaciones y los lineamientos técnicos para el abordaje y la atención integral en salud de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de mutilación genital femenina por parte del personal de salud del país.

### 2.2. Destinatarios/as del documento

Este documento está dirigido principalmente al talento humano en salud involucrado tanto en la prevención de las violencias de género como en la atención de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de cualquier forma de MGF, o que se encuentren en riesgo de sufrir la práctica.

Este talento humano en salud puede incluir profesionales de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS del área de medicina en servicio social obligatorio, medicina general, medicina familiar, medicina de urgencias, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, urología, enfermería, psiquiatría, psicología y trabajo social.

Puede ser útil, además, para profesionales de salud pública, epidemiología y personal administrativo de las Direcciones Territoriales de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, así profesionales de otras disciplinas que trabajen con niñas, adolescentes, mujeres o comunidades en las que se presente la MGF.

### 2.3. Principios del documento

Este documento tiene por principios fundamentales los siguientes:

- a) Las niñas y mujeres con mutilación genital femenina (MGF) han sufrido una práctica nociva y violenta, por lo que necesitan atención de la salud con respeto y calidad.
- b) Todos los actores (a nivel comunitario, nacional, regional e internacional) deben iniciar o continuar acciones dirigidas a la prevención primaria de la MGF.
- c) La medicalización de la MGF (la realización de la MGF por parte de profesionales de la salud) es inaceptable ya que viola la ética profesional; además 1) la MGF es una práctica perjudicial,



- 2) la medicalización perpetúa la MGF y 3) los riesgos del procedimiento superan cualquier beneficio percibido. Las personas profesionales de la salud en particular deben desempeñar un papel clave en la prevención de la MGF (OMS, 2018, p. 13).
- d) Las orientaciones aquí descritas corresponden específicamente a la práctica de la MGF por razones tradicionales (culturales y/o sociales), lo que debe ser abordado desde un enfoque de interculturalidad, como se describirá más adelante.
- e) El abordaje y la atención integral en salud frente a la MGF debe tener en cuenta los enfoques de derechos, de género, de interculturalidad, de curso de vida y de acción sin daño.

#### 2.4. Descripción del documento

**Este documento está compuesto por siete capítulos.** El primero presenta un acercamiento inicial a la realización de la MGF y su comprensión como práctica tradicional nociva que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las niñas y las mujeres que la sufren. En este acápite se presentan también los objetivos del documento, sus principios, y se define la población destinataria de las orientaciones.

El segundo capítulo profundiza en el significado de la práctica, la descripción sobre los principios jurídicos, normas y leyes que protegen a las niñas y mujeres de la realización de la práctica, y los esfuerzos realizados para la erradicación de la MGF tanto a nivel internacional como nacional.

El tercer capítulo relata los aspectos metodológicos desarrollados en la construcción del documento sobre orientaciones para el abordaje y la atención integral en salud de las niñas y mujeres víctimas de MGF, así como los resultados del proceso de búsqueda de información y los hallazgos del proceso investigativo.

En el cuarto capítulo se presenta el marco conceptual sobre la MGF, incluyendo la definición y aspectos generales, la distribución geográfica de la práctica, la descripción sobre las motivaciones para su realización, la clasificación de los distintos tipos de MGF, apoyados a su vez con distintas imágenes. Se describen también las consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo de la práctica, su impacto en el ejercicio de los derechos humanos de las niñas, adolescentes y víctimas, y las posibilidades de contribución de los trabajadores de la salud para su erradicación, así como para brindar la atención integral en salud a las víctimas.

En el quinto capítulo se despliegan los aspectos fundamentales para garantizar la atención integral en salud a las niñas, adolescentes y mujeres a quienes se les ha practicado la MGF, partiendo de entregar recomendaciones para prestar atención con sensibilidad cultural, propiciar una efectiva comunicación con las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas, facilitar la detección de la MGF, su diagnóstico y clasificación, así como la detección y el manejo de las consecuencias de esta,



La salud  
es de todos

Minsalud

incluyendo la notificación y las posibilidades de actuación intersectorial. Se aborda además la prevención de la práctica.

Posteriormente, se presenta el listado de las referencias bibliográficas empleadas en la construcción del documento y los anexos para reforzar la comprensión del tema.



La salud  
es de todos

Minsalud

### 3. ANTECEDENTES

La MGF es una práctica tradicional nociva, una forma de violencia basada en género, una forma de discriminación basada en sexo y género, y un tipo de violencia sexual, que tiene una gran repercusión en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas. En el ámbito mundial existe un compromiso genuino por erradicar esta práctica, lo cual se refleja en el trabajo desarrollado por agencias de las Naciones Unidas y gobiernos. Para este trabajo de erradicación se considera fundamental trabajar tanto en su prevención como en la atención en salud de las víctimas.

En el 2012 la Asamblea General de la ONU aprobó por primera vez una resolución que condena la mutilación genital femenina y pidió a los Estados miembros que prohibieran y castigaran esta práctica. Sin embargo, también instó a los Estados a lo siguiente:

A adoptar un enfoque amplio y sistemático, que tenga en cuenta las diferencias culturales y la perspectiva social y se base en los derechos humanos y los principios de igualdad entre los géneros, al impartir educación y capacitación a las familias, los dirigentes de las comunidades locales y los miembros de todas las profesiones que guarden relación con la protección y el empoderamiento de las mujeres y las niñas con el fin de aumentar la conciencia sobre la mutilación genital femenina y el compromiso con su eliminación. (ONU, 2012, p. 5)

En este sentido, se ha llamado la atención en no confiarse exclusivamente en los aspectos punitivos como medida para la erradicación de la MGF. Se ha descrito que algunos Estados que fortalecen sus medidas punitivas se arriesgan a frustrar más que a avanzar en los principios fundamentales de seguridad, igualdad y dignidad de los derechos humanos, por ejemplo, reteniendo pasaportes o realizando prácticas de “*screening ginecológico*” a niñas que van a salir del país o regresan de viaje de su país de origen (Khosla *et al.*, 2017, p. 6). Los mejores esfuerzos para contribuir a erradicar la MGF requieren de respuestas multisectoriales, de género y culturalmente sensibles que trabajen a través de los servicios y las comunidades de forma transgeneracional.

Por otro lado, en el marco de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se acordó que el Objetivo número 5 trataría sobre “Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas”, lo que incluye avanzar en la erradicación de las prácticas nocivas como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, por lo que se definió que la Meta 5.3 se destinaría específicamente a la erradicación de estas (UNFPA y UNICEF, 2018, p. 4).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aportado dos importantes insumos para la atención en salud de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de MGF. En el 2016 produjo las *Guías para la atención de las complicaciones en salud de la MGF*, que deben ser tenidas en cuenta



La salud  
es de todos

Minsalud

en la atención de las víctimas de esta práctica. En el 2018 publicó el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF*. Ambos documentos, desarrollados desde una perspectiva de derechos humanos de las víctimas, resaltan el potencial de la contribución de los y las profesionales de la salud para mejorar los resultados; la importancia de su participación en la erradicación de la MGF, por lo que recomiendan evitar la realización de la práctica (medicalización de la MGF). Por este motivo, se incluyeron como parte fundamental en la elaboración de este documento.

Colombia conoció de la práctica de la MGF en el año 2007, a raíz de la publicación de una noticia sobre la muerte de una niña de la Etnia Embera, a causa de la mutilación genital femenina. Desde ese instante, el UNFPA, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Consejo Regional Indígena de Risaralda (CRIR), los cabildos indígenas y la comunidad Embera de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, Departamento de Risaralda (zona donde se localizaba el caso de la noticia), se reunieron para analizar la situación de la salud y los derechos de las mujeres de estas comunidades, y de esta forma, avanzar en la transformación cultural de la MGF (UNFPA, 2011, p.11). La MGF ha sido una práctica socialmente aceptada y valorada entre el Pueblo Embera, e incluso, las mujeres la habían asumido, hasta ahora, como algo natural. Las Embera, en particular las adultas mayores, consideran que la MGF forma parte de su orgullo y su ser integral como mujeres, e interpretan la práctica como una “curación” (UNFPA, 2011, p. 21).

Como parte del esfuerzo por erradicar la MGF, en Colombia se han desarrollado distintas acciones para una transformación cultural que permita abandonar esta práctica. En este sentido, conviene referir dos proyectos importantes de trabajo sobre MGF: el Proyecto Embera Wera, del UNFPA, y el Proyecto “Acciones de educación en salud, que aportan al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Embera Chamí y Embera Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF”.

El Proyecto Embera Wera, que significa “Mujer Embera”, trabajó con 25.000 indígenas con el objetivo de transformar la práctica de la MGF desde la comunidad. Mediante la reflexión propia, desde sus mujeres; se buscó una alternativa que sustituyera su significado y que no pusiera en riesgo la vida y la salud de las niñas. Igualmente, buscó fortalecer la participación de las mujeres Embera en el ejercicio de sus derechos, especialmente los derechos a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de otras formas de violencia contra las mujeres como la violencia doméstica, la violencia sexual y la explotación sexual (UNFPA, 2011, pp. 11-14).

Se señalan como resultados del Proyecto Embera Wera: produjo un cambio en la vida de las mujeres participantes, manifestado en su proceso de conocimiento y en el ejercicio de sus derechos, su organización y su participación en la dinámica organizativa y política en sus comunidades; como consecuencia de esto, ellas mismas decidieron erradicar la MGF. Adicionalmente, se fortalecieron



La salud  
es de todos

Minsalud

las capacidades con entidades territoriales para la inclusión de abordaje de las violencias basadas en género con enfoque intercultural en los planes de desarrollo (pp. 32-33).

Por su parte, el Proyecto “Acciones de educación en salud, que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF” fue suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, con el apoyo del UNFPA y la participación de hospitales locales de los municipios. Este proyecto se desarrolló durante el 2017 y consistió en la conformación de equipos interdisciplinarios e interculturales para reconocer las prácticas empleadas por las comunidades para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y para abordar el tema de la MGF. Esta iniciativa se ejecutó en seis municipios (Pueblo Rico, Mistrató, Belén de Umbría, Marsella, Andágueda y Pereira) y logró una cobertura de 51 comunidades.

Como resultado de este proyecto se logró comprometer a las parteras de la región, junto con la Dirección Territorial de Salud de Risaralda, en la construcción y funcionamiento del esquema de vigilancia comunitaria para el seguimiento permanente a casos de MGF, y en general para hacer seguimiento al estado de salud de la primera infancia y las mujeres gestantes del territorio. Adicionalmente, se establecieron lazos de confianza con funcionarios de las ESE Hospitales y de otras entidades para apoyar las intervenciones frente a la MGF (Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, 2018, p. 25). Asimismo, un hallazgo significativo evidenciado en este proyecto fue la necesidad de desarrollar capacidades y competencias en los/as profesionales de la salud para que pudieran brindar una atención con respeto y calidad a las víctimas, para que sean reconocidos y reconocidas como agentes de cambio significativos.

Por último, una experiencia significativa que merece la pena ser mencionada, es el tratamiento del tema de la MGF (desarrollado como ablación genital femenina) en el documento *Recomendaciones para la aplicación del enfoque diferencial en los servicios forenses*, del Grupo Nacional de Clínica, Psiquiatría y Psicología Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2018). Allí se incluye la práctica de la MGF como violencia en el marco de la tradición y se generan los lineamientos para su abordaje desde la actuación de los servicios forenses del país.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### 4. METODOLOGÍA

Para la construcción de este documento de orientaciones, se realizó una búsqueda y selección de guías, protocolos y artículos científicos del área de la salud, a nivel mundial, que orientaran la atención en salud de la mutilación genital femenina, teniendo en cuenta que este documento va dirigido principalmente a personas encargadas de la atención en salud a niñas, adolescentes y mujeres con MGF, en calidad de prestadoras directas del servicio.

Otro elemento fundamental para la construcción del presente documento fue la revisión de distintos insumos por parte del UNFPA, el Equipo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y el Grupo Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Estos documentos fueron básicos para obtener información sobre la MGF en el mundo, pero también sobre su abordaje nacional y sobre experiencias de trabajo intersectoriales e interinstitucionales encaminadas a la erradicación de la práctica en Colombia.

También se llevó a cabo una búsqueda en las páginas web de la OMS, UNICEF, el UNFPA y organizaciones internacionales como Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo y World Vision International (Visión Mundial).

Posteriormente, se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. PubMed, ofrecida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, incluye más de 28 millones de citas de literatura biomédica, en más de 4800 revistas publicadas en Estados Unidos y más de 70 países del mundo sobre ciencias de la vida y libros en línea, y ha operado desde 1966 hasta la actualidad<sup>2</sup>.

En PubMed se llevó a cabo la búsqueda a través de dos modalidades: uso de palabras clave y uso de términos MeSH (Medical Subjects Headings, es decir, encabezados de temas médicos en inglés). De esta forma, se hizo la selección inicial de los documentos y artículos por revisar. Para el caso de los textos sobre MGF, la búsqueda se hizo teniendo en cuenta su relación con el espectro de la atención integral en salud, que incluye prevención, detección, diagnóstico, tratamiento (médico y/o quirúrgico) de las consecuencias inmediatas, y de corto y largo plazo relacionadas con la práctica, seguimiento, educación para la salud y notificación o vigilancia.

Finalmente, se realizó una búsqueda simple en las bases de datos Google y Scholar Google con las palabras clave: *guías mutilación genital femenina*, y su equivalente en inglés: *Guidelines Female*

<sup>2</sup> Puede consultarse en este enlace: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>



La salud  
es de todos

Minsalud

*Genital Mutilation*. En Scholar Google se investigaron también los artículos relacionados y/o que habían citado algunos de los textos más representativos presentados en la búsqueda. Esto último se hizo con el objeto de intentar hallar artículos que pudieran ser de interés para el trabajo y que no hubiesen sido encontrados a través de las otras modalidades de búsqueda (estrategia “bola de nieve”).

En total se seleccionaron 98 artículos para revisión, los cuales se obtuvieron a través de las distintas estrategias de búsqueda. Estos textos fueron seleccionados, según su relevancia, para ofrecer información sobre el tema general de la atención en salud, o sobre componentes de la atención integral en salud de víctimas de MGF. En el Anexo 1 se encuentran los resultados y los hallazgos de la búsqueda bibliográfica, para su consulta y profundización en el tema.



## 5. MARCO CONCEPTUAL

### 5.1. Definición y generalidades

Según la OMS (2018), la MGF incluye todos los procedimientos que involucran la remoción parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos (como la sutura de los labios mayores o las punciones del clítoris), por razones no médicas. Esta definición indica que la MGF se puede realizar a través de diferentes mecanismos y, por lo tanto, presentarse de distintas formas y reflejarse con diversas lesiones.

Esta práctica puede llevarse a cabo con diferentes instrumentos y a través de distintos mecanismos. Se ha descrito MGF con el uso de tijeras, cortafríos, pedazos de vidrio, cuchillas de afeitar, bisturís, entre otros, así como la cauterización con objetos hirvientes como cucharas, por citar algunos. La práctica no tiene beneficios para la salud, interfiere con las funciones normales del cuerpo y puede tener efectos negativos en distintos aspectos de la vida de una niña o mujer, incluyendo su salud física, mental y sexual, y las relaciones con su esposo o pareja y otros miembros cercanos de la familia (OMS, 2018, p. 15).

La forma de describir el espectro de procedimientos de esta práctica es controversial (AAP, 2010, p. 1088). Se han empleado diferentes términos para nominarla, como “circuncisión femenina”, “corte genital femenino”, “cirugía genital femenina”, “escisión genital femenina”, “sunna”, “ablación”, “corte genital ritual” o “reforma genital femenina”. De hecho, se considera que el término “mutilación genital femenina” es problemático y ha sido cuestionado desde algunos sectores, instituciones y personas por considerarlo contundente, tendencioso, occidental, irrespetuoso o un prejuicio en un sentido legal. Las críticas vienen también por el rechazo que pueda causar en las sociedades y personas que practican la MGF (AAP, 2010, pp. 1088-1089; INMLCF, 2018, p. 36). Sin embargo, el Comité Inter Africano para las Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de Mujeres e Infancia adoptó el término en 1990, y en 2005, ya en pleno debate, escogió nuevamente el término como el más apropiado para referirse a esta práctica (INMLCF, 2018, p. 36).

De acuerdo con la OMS (2018), debe evitarse el término “circuncisión femenina”, puesto que podría llegar a compararse con la circuncisión masculina y hacer pensar que obedece a una recomendación de salud o que es un tratamiento médico. Por otro lado, el término “ablación/mutilación genital femenina” es frecuentemente usado como expresión que no sea percibida como juzgadora. Sin embargo, el término MGF es usado por la OMS y también por la Resolución 67/146 de 2012 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. La palabra “mutilación” refuerza el hecho de que la



La salud  
es de todos

Minsalud

práctica es una violación seria de los derechos de las niñas y de las mujeres, y enfatiza en la gravedad y en la nocividad de esta. Por este motivo, el término escogido para la denominación de la práctica en el marco de este documento es el de “mutilación genital femenina”.

Por su parte, la OMS establece una distinción entre la práctica de la MGF y la realización de una cirugía cosmética genital femenina, ya que la primera, a diferencia de la segunda, es el resultado de un procedimiento realizado en individuos sin consentimiento informado pleno, quienes sufren coerción directa o indirectamente y en quienes no existe ningún beneficio médico potencial. Por su parte, si la cirugía cosmética genital femenina se va a realizar en una persona completamente autónoma y capaz de dar su consentimiento, se debe ofrecer una adecuada asesoría preoperatoria, incluyendo una discusión sobre la variación normal y los cambios fisiológicos durante el curso de la vida —incluyendo los embarazos y la menopausia—, así como la posibilidad de efectos secundarios de la cirugía cosmética del área genital (OMS, 2016, p. 10).

Es cada vez mayor la participación de las sociedades científicas de especialidades médicas a nivel internacional y de asociaciones humanitarias internacionales que trabajan por el derecho a la salud, al adoptar una postura frente a la práctica de la MGF. En este sentido, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2006), la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2010), el Consejo Europeo y Colegio de Obstetricia y Ginecología (EBCOG, 2017) y Médicos del Mundo (MdM, 2017) han producido documentos de posicionamiento frente a la MGF, comprendiéndola desde las implicaciones que tiene para la salud de niñas, adolescentes y mujeres, reconociendo sus motivaciones culturales, pero sobre todo a partir de la perspectiva del impacto en el ejercicio de sus derechos humanos, y, por lo tanto, recomendando evitar la medicalización de la MGF. La mayoría de estas posturas emplean el término *mutilación genital femenina*.

## 5.2. Distribución geográfica de la práctica

A pesar de no conocerse el número exacto de niñas, adolescentes y mujeres a las que se les ha practicado la MGF, se estima que, en el 2015, se realizó esta práctica a por lo menos 200 millones de niñas y mujeres, en 30 países (UNICEF, 2016). Este número es mucho mayor que los 130 millones estimados en el 2014, debido a que se incluyeron los casos de Indonesia, por primera vez (UNFPA y UNICEF, 2015, p. 10). Adicionalmente, se considera que cada año tres millones de niñas y adolescentes se encuentran en riesgo de sufrirla.

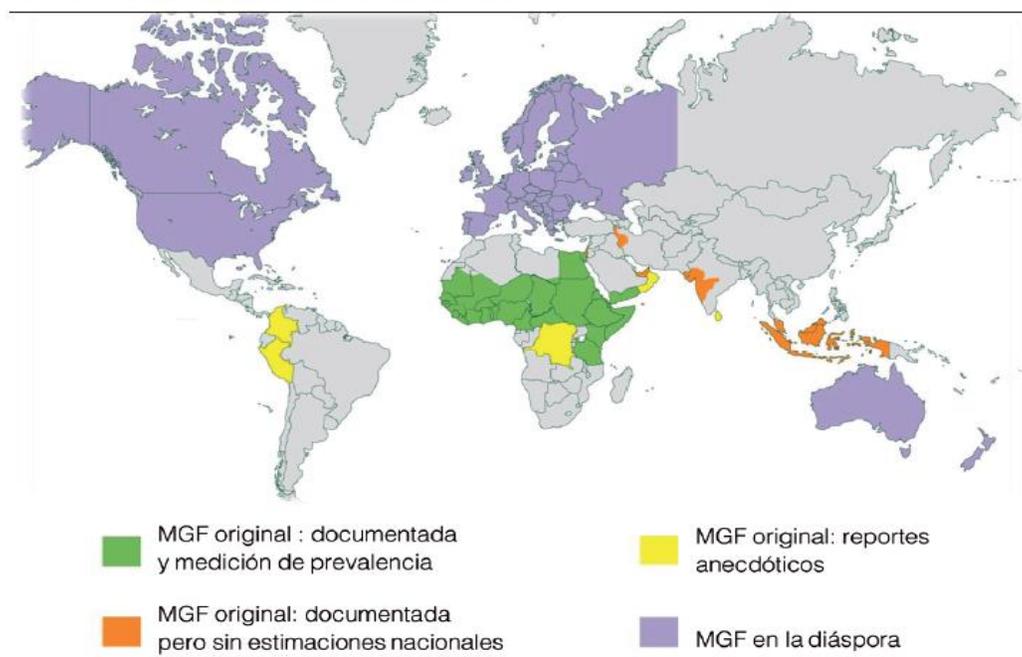
Se ha identificado la práctica en 30 países de África y en unos pocos de Asia y Medio Oriente. Sin embargo, también se han descrito algunas formas de MGF en países de Centroamérica, Suramérica y Europa Oriental. Además, el aumento de la migración internacional de niñas y mujeres



pertencientes a comunidades que realizan la práctica, ha llevado a la realización de esta en otros países de Europa, Australia, Nueva Zelanda y Norteamérica (OMS, 2018, p. 15). En Suramérica la práctica se ha identificado específicamente en Colombia (UNICEF, 2016); sin embargo, de acuerdo con la revisión realizada por el INMLCF, existe descripción etnográfica anterior en comunidades internas o fronterizas de Perú, Venezuela y Brasil (INMLCF, 2018, p. 42), aunque no se cuenta con datos específicos y actuales sobre su continuidad en estas comunidades, ni sobre el número de niñas, adolescentes y mujeres afectadas.

Según UNICEF (2016), de los 200 millones de niñas y mujeres afectadas, más de la mitad viven en tres países: Indonesia, Egipto y Etiopía. Por otra parte, la edad en la que se realiza la MGF es diferente en cada país, e incluso hay variaciones dentro de un mismo territorio. Se estima que, del total calculado de víctimas (200 millones), 44 millones son niñas menores de 15 años. En algunos países se realiza antes de que la niña cumpla 5 años de edad, y en otros, cuando se encuentra entre los 5 y los 14 años, o antes del matrimonio (OMS, 2018, p. 15). UNICEF (2016), no obstante, revela que en la mayor parte de los países la mayoría de niñas sufren la MGF antes de los 5 años; y, específicamente en Yemen, al 85% de las niñas se les realiza la práctica durante la primera semana de vida. En la figura 1 se presenta la distribución de la práctica de la MGF en el mundo en el 2015.

**Gráfico: Mapa de la MGF en el mundo.**



**Figura 1. Mapa de la MGF en el mundo**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Gobierno de España (2015, p. 29).

Respecto a las personas que realizan la práctica, UNICEF (2016) informa que, mientras en casi todos los países la MGF es llevada a cabo usualmente por practicantes tradicionales (generalmente parteras, cuidadoras, abuelas o madres), en Indonesia profesionales de la salud realizaron el procedimiento a más de la mitad de las niñas afectadas, lo cual indica la gravedad de la medicalización en la realización de la MGF. De hecho, se reportó también que en Egipto el 77% de las madres encuestadas informó que la MGF fue realizada a su hija por un profesional médico capacitado, lo que sugiere que está disponible —para aquellos que pueden pagarlo— en clínicas y otros escenarios médicos con analgesia y anestesia (Creighton y Hodes, 2015, p. 2). Nunca será aceptable que personas profesionales de la salud ofrezcan o realicen la MGF y, por consiguiente, es fundamental incluir, la posibilidad de la medicalización de la práctica, en los estudios que busquen información sobre la prevalencia de la MGF.

En Colombia no existe información que permita estimar la magnitud de la realización de esta práctica. Sin embargo, los casos descritos corresponden a comunidades indígenas, especialmente del Pueblo Embera. En el marco del Proyecto “Acciones de educación en salud, que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF”, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, y con el apoyo de UNFPA (2018), se presentó un listado de las víctimas de MGF reportadas a la Comisaría de Familia del municipio de Pueblo Rico entre abril del 2013 y julio del 2014. En los lineamientos de este proyecto se refiere la afectación de 46 niñas y adolescentes (tabla 1).

**Tabla 1.** Número de casos reportados de MGF en niñas en el municipio de Pueblo Rico entre el 2013 y el 2014

Rango de edad	Número de casos reportados
Niñas menores de 1 año	32
Niñas de 1 a 2 años	11
Niñas de 2 a 5 años	2
Niñas mayores de 6 años (incluye adolescentes)	1
Total de casos	46

Fuente: MSPS (2016, pp. 8-10).



La salud  
es de todos

Minsalud

Según la distribución de edad reportada, se identificó la afectación de 45 niñas menores de 5 años y una adolescente de 17 años. Asimismo, de las 32 niñas menores de 1 año afectadas, se reportó la realización de la MGF en cuatro niñas de 1 mes de edad, en 16 niñas de 2 a 6 meses, y en 12 niñas de 7 a 11 meses de edad (MSPS, 2016, pp. 8-10). En síntesis, las cifras referidas evidencian que la gran mayoría de los casos se reportó en niñas menores de 5 años de edad, especialmente en menores de 1 año de edad (32 de las 46 reportadas), con mayor afectación de las niñas menores de 6 meses de edad (20 de 46), incluyendo niñas de 1 mes de edad.

Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta que los reportes corresponden a una única entidad: la Comisaría de Familia del Municipio de Pueblo Rico, Risaralda, y a un solo sector (protección); además, según el documento, la ventana de reporte fue de tan solo 15 meses (entre abril del 2013 y julio del 2014). Es necesario aclarar, sin embargo, que los casos reportados no correspondían a una estrategia de vigilancia intensificada, sino a la revisión de los casos relacionados en este periodo, de forma retrospectiva.

Es necesario tener en cuenta que la realización de la práctica ha sido descrito, no solo en los lugares de ubicación original de las comunidades Emberá (Departamento del Chocó), sino en los de asentamientos que incluyen a los departamentos de Antioquia, Risaralda, Quindío, Caldas, Cauca, Córdoba, Putumayo, Caquetá, Nariño y Bogotá; aunque Chocó continúa siendo la región con mayor presencia de estas (INMLCF, 2018, p. 42).

En todo caso, se pone de manifiesto la necesidad de contar con información confiable y unificada sobre la realización de la MGF en el país, como un elemento indispensable para comprender mejor la problemática, su distribución, las edades de realización, los perfiles o roles de los/as realizadores/as, las consecuencias de la práctica, y avanzar así en su erradicación en Colombia.

Por otro lado, hay registros etnográficos desde los ochenta que dan cuenta de la realización de la MGF en Colombia, y de su práctica en comunidades de áreas fronterizas con otros países, como los “Ticunas (también Tikunas, Tukunas) del Javarí (río fronterizo entre Perú y Brasil), [que] viven en la zona Amazónica de Perú, Brasil y Colombia... [y los] Sálivas o Sálibas, habitantes de la cuenca del Orinoco entre Colombia y Venezuela”. En consecuencia, es necesario “adelantar acciones en otras comunidades, aún no intervenidas, frente a esta problemática, especialmente de diagnóstico desde el sector salud y de intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales mediante los mecanismos establecidos con los pueblos indígenas” (INMLCF, 2018, p.42). A este respecto, una muestra de la realización de esta práctica en otros lugares del país es la MGF a una mujer del Pueblo Nasa, como lo reveló la *Revista Semana* en el 2016 (Cosoy, 2015), donde se afirma que la práctica se sigue realizando en su comunidad<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Puede consultarse en este enlace: <https://www.semana.com/nacion/articulo/mutilacion-genital-femenina-en-colombia/481851>



### 5.3. ¿Por qué se practica la MGF?

La MGF es considerada una práctica tradicional nociva, lo que quiere decir que se presenta en comunidades específicas y por motivos relacionados con la vida cultural de estas. A su vez, como se describirá con mayor profundidad más adelante, presenta importantes efectos negativos sobre la salud, la vida de la niña y de la mujer, e incluso amenaza su supervivencia.

La MGF se realiza por diferentes razones socioculturales que varían entre países, regiones y grupo étnico. Incluso, se pueden argüir motivos distintos al interior de un mismo grupo étnico. Algunos consideran la MGF como un ritual de paso hacia la adultez, otros creen que ayuda a preservar la virginidad de la niña hasta el matrimonio. En muchas comunidades donde se practica los padres la ven como esencial para asegurar la aceptación de su hija en la sociedad (OMS, 2018, p. 16).

A continuación, se presenta una síntesis de los posibles motivos por los que se realiza la MGF, en línea con lo señalado por el INMLCF (2018, p. 38) y la OMS (2018, pp. 16-17):

- **La costumbre y la tradición:** determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad. La MGF es vista como parte de la historia y la tradición cultural de la comunidad; entonces, sus miembros, incluyendo a las mujeres, apoyan y continúan la práctica, pues la ven como un signo de respeto hacia la comunidad.
- **Ritual de paso:** en muchas culturas se considera un ritual importante para el paso a la adultez de las niñas. En este caso, con frecuencia la práctica se enmarca dentro de una ceremonia o una celebración. Puede ser considerada como un paso necesario para que la persona sea vista como una mujer adulta respetable en la comunidad.
- **Convención social:** quienes se adhieren a la práctica pueden ser mejor aceptados en sus comunidades, mientras que aquellos que no lo hacen pueden encarar juzgamiento, persecución o exclusión.
- **Control de la sexualidad y asegurar la virginidad, la castidad y la fidelidad:** se cree que la MGF mitiga el deseo sexual y, por lo tanto, asegura la virginidad de la niña y la mujer antes del matrimonio, y asegura la fidelidad después de este. Las familias pueden creer que la MGF protege el honor de la niña y su familia y, además, incrementar el placer sexual masculino.
- **Funciones reproductoras y mejorar la fertilidad:** hombres y mujeres creen que, si a una mujer no se le practica la MGF, ella no será capaz de quedar embarazada o podrá presentar dificultades durante el parto. Asimismo, existe la creencia de que se puede arriesgar la vida del recién nacido si este, en el momento del parto, toca el clítoris.
- **Facilidad para el matrimonio:** se considera que los hombres solo se casarán con mujeres a



las que se les haya practicado la MGF. El deseo y la presión por ser casada, y la seguridad económica y social que puede ofrecer el matrimonio, pueden perpetuar la práctica en algunos lugares.

- **Limpieza y belleza:** en algunas comunidades se practica la MGF para hacer “limpias y bellas” a las niñas. La limpieza puede referirse al cuerpo y/o al espíritu, y los genitales femeninos cortados o cerrados son vistos algunas veces como más higiénicos y bellos.
- **Feminidad:** se considera que la remoción de partes genitales que son consideradas masculinas (por ejemplo, el clítoris) hace que las niñas sean más femeninas, respetables y bellas. En algunas comunidades se tiene la creencia de que el clítoris continúa creciendo y podría “trabajar” como el pene del hombre.
- **Religión:** algunas comunidades creen que la MGF es un requisito religioso, y algunos líderes pueden promover la práctica, incluso aunque no sea mencionada en ningún texto religioso principal en el mundo (OMS, 2018, pp. 16-17).

En Colombia, en el marco del Proyecto Embera Wera (2010), llevado a cabo con mujeres pertenecientes a esta comunidad, se evidenció que la MGF, conocida como “curación”, tiene las siguientes características:

- Se les realiza solamente a las niñas que nazcan con un tamaño significativo, es decir, que le sobresalga de los labios mayores. Algunas parteras actualmente indican que se le está practicando casi a todas las niñas porque en su mayoría nacen con este “defecto”, como lo denominan ellas.
- Muchas mujeres dicen —y algunos hombres lo confirman— que tienen miedo a que el clítoris crezca y “trabaje” como el pene del hombre, ya que, según ellas, este reacciona de la misma forma que el órgano masculino, poniéndose erguido y aumentando de tamaño a tal punto que el hombre se siente incómodo; le obstaculiza el clítoris de la mujer. También para evitar que la mujer se vuelva “marimacho”, es decir, lesbiana (que le gusten otras mujeres), o los problemas en el matrimonio como la infidelidad femenina, o para evitar el maltrato físico y abandono por parte del esposo (Proyecto Embera Wera, citado en INMLCF, 2018).

Debe entenderse que ninguna de las razones anteriormente mencionadas justifica la realización de la mutilación genital femenina. Es fundamental respaldar los esfuerzos que se hacen para desarraigar las consideraciones culturales y las normas sociales que son la base para la continuidad de la práctica, lo cual se ha demostrado como posible a través de proyectos destinados a la transformación social de las comunidades. Esta elección es fundamental para darle sostenibilidad a

los cambios sociales y para contribuir a un abandono efectivo de la MGF.

#### 5.4. Tipos de mutilación genital femenina

La MGF es realizada de forma diferente entre países, e incluso entre distintas culturas en un mismo país. Por este motivo, la OMS generó una clasificación en 1995 para permitir una descripción más precisa que permitiera la comparabilidad de la información a nivel mundial. Esta clasificación se actualizó en el 2008 y ahora es la que se usa casi universalmente en la literatura científica sobre el tema (Creighton y Hodes, 2015, p. 1).

La OMS clasifica la MGF en cuatro tipos según las alteraciones de la anatomía genital, lo que exige la realización del examen físico para su identificación (OMS, 2016, pp. 1-4; OMS, 2018, pp. 27-32):

- **Tipo I - clitoridectomía:** remoción parcial o total del clítoris y/o del prepucio.
  - Tipo Ia: remoción solamente del prepucio del clítoris.
  - Tipo Ib: remoción del clítoris y del prepucio.
- **Tipo II - escisión:** remoción parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
  - Tipo IIa: remoción solamente de los labios menores.
  - Tipo IIb: remoción parcial o total del clítoris y los labios menores.
  - Tipo IIc: remoción parcial o total del clítoris, los labios menores y los labios mayores.
- **Tipo III - infibulación:** estrechamiento del orificio vaginal con la creación de un sello de cobertura mediante el corte y la aposición de los labios menores y/o los labios mayores, con o sin escisión del clítoris.
  - Tipo IIIa: remoción y aposición de los labios menores.
  - Tipo IIIb: remoción y aposición de los labios mayores.
- **Tipo IV - no clasificado:** todos los demás procedimientos perjudiciales para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo, punción, perforación, incisión, raspado y cauterización.

Adicionalmente, en algunas comunidades se puede realizar una “reinfibulación” (procedimiento de estrechar nuevamente la apertura vaginal en una mujer con MGF Tipo III después de que se ha



“desinfibulado”, por ejemplo, para el parto) o “resutura”. La desinfibulación se refiere a la práctica de abrir, mediante corte, la abertura vaginal sellada en una mujer que ha sido sometida a infibulación, lo que a menudo es necesario para mejorar la salud y el bienestar, y para permitir las relaciones sexuales vaginales o el parto<sup>4</sup>.

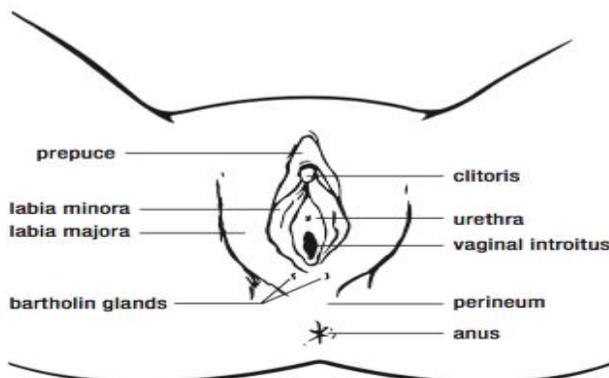
Por su parte, UNICEF ha utilizado una clasificación diferente en investigaciones entre mujeres, en las que las participantes no fueron examinadas, sino que utilizaron su propio lenguaje para describir los procedimientos genitales que les hicieron (Abdulcadir *et al.*, 2016, p. 962). En este sentido, según la organización, la MGF se clasifica así (Creighton y Hodes, 2015, p. 2):

- Tipo 1: corte, sin eliminación de tejido genital lesionado.
- Tipo 2: corte, con eliminación de algo de tejido genital.
- Tipo 3: cosido, cerrado.
- Tipo 4: no determinado, no está segura o no sabe.

Ambas clasificaciones están actualmente en uso, lo que puede generar confusiones porque no se corresponden con precisión entre ellas. De esta forma, la clasificación Tipo 1 de UNICEF se podría asimilar a la Tipo IV de OMS, la Tipo 2 de UNICEF a las Tipo I y II de la OMS, y la Tipo 3 de UNICEF con la Tipo III de la OMS (Creighton y Hodes, 2015, p. 2). Sin embargo, debe reconocerse que las lesiones autor reportadas por las mujeres no siempre se corresponden con las formas reales de la MGF de la mujer, quien puede desconocer que a ella se le practicó una MGF o el tipo que tiene.

La tipología de la OMS ofrece una descripción anatómica más precisa, lo que permite una identificación y clasificación que es más fácilmente comparable desde el punto de vista epidemiológico, clínico, quirúrgico y legal (Abdulcadir *et al.*, 2016, p.962). Por este motivo, se considera que la clasificación de la MGF en Colombia se debe hacer según esta tipología. A continuación, se presenta una serie de imágenes para ilustrar los tipos de MGF según la OMS. La figura 2 muestra los genitales externos femeninos sin alteraciones.

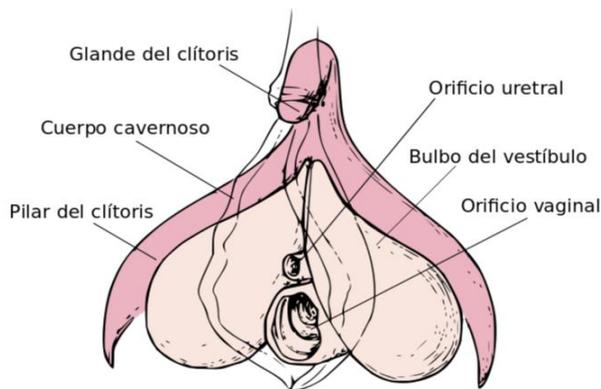
<sup>4</sup> No debe confundirse la desinfibulación con una reversión de la infibulación, ya que esta es irreversible.



**Figura 2.** Representación esquemática de los genitales externos femeninos

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glante del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitus = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano, Bartholin glands = Glándulas de Bartholin]

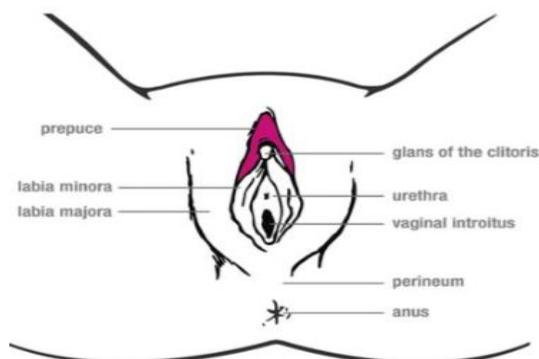
Fuente: OMS (2016, p. 2).



**Figura 3.** Representación esquemática de la anatomía del clítoris

Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).

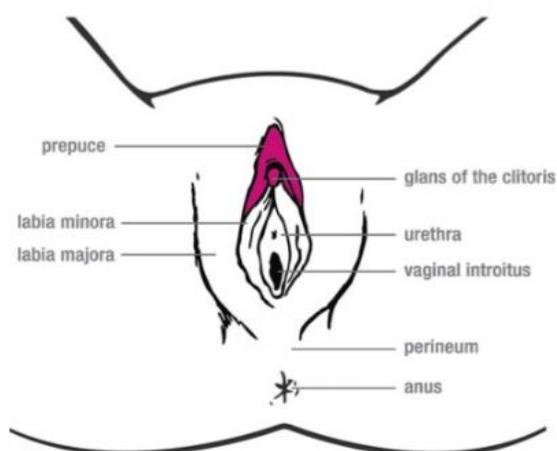
Las figuras 4 a 11 muestran los diferentes tipos de MGF.



**Figura 4.** MGF Tipo Ia: remoción solamente del prepucio del clítoris

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glannde del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitus = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano]

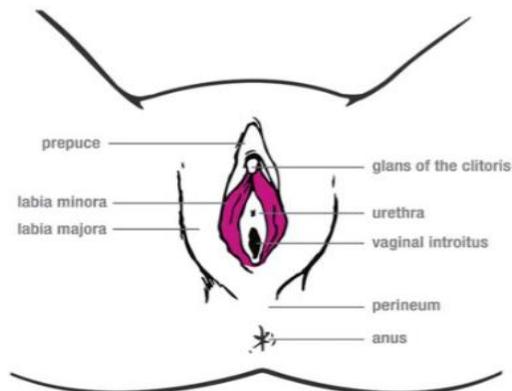
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).



**Figura 5.** MGF Tipo Ib: remoción del clítoris y su prepucio

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glannde del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitus = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano]

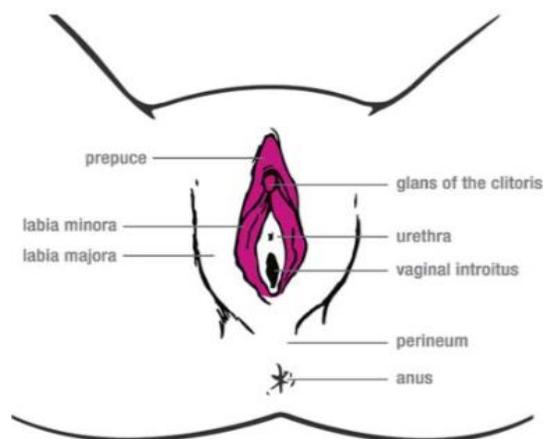
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).



**Figura 6.** MGF Tipo IIa: remoción solamente de los labios menores

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clítoris = Glannde del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitus = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano].

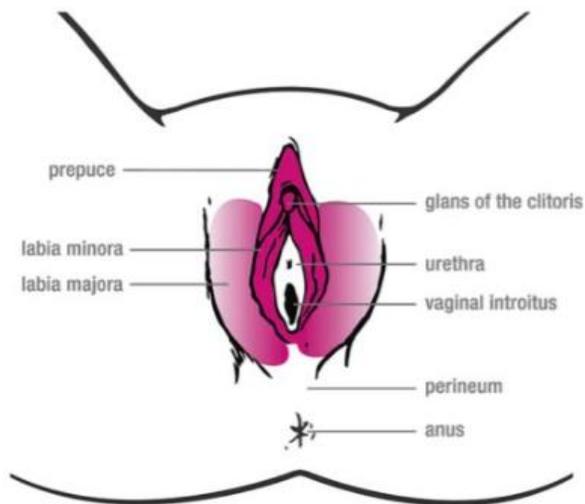
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).



**Figura 7.** MGF Tipo IIb: remoción parcial o total del clítoris y los labios menores

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clítoris = Glannde del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitus = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano].

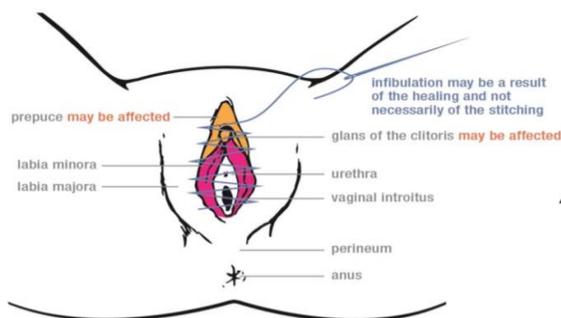
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).



**Figura 8.** MGF Tipo IIc: remoción parcial o total del clítoris, los labios menores y los labios mayores

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glante del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitos = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano].

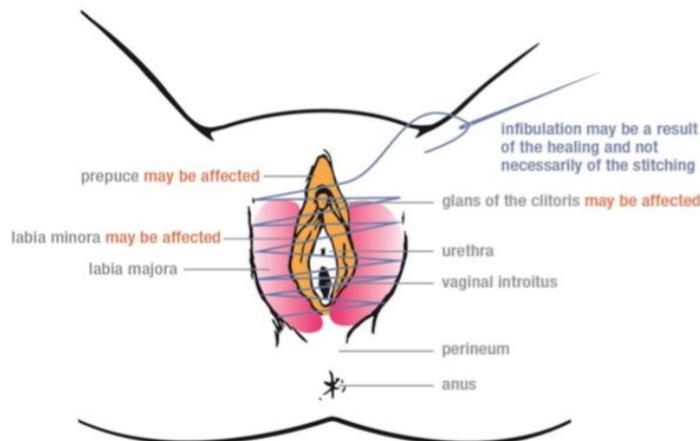
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 959).



**Figura 9.** MGF Tipo IIIa: remoción y aposición de los labios menores

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glante del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitos = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano, Infibulation may be a result of the healing and not necessarily of the stitching = La infibulación puede ser un resultado de la cicatrización, y no necesariamente de la sutura].

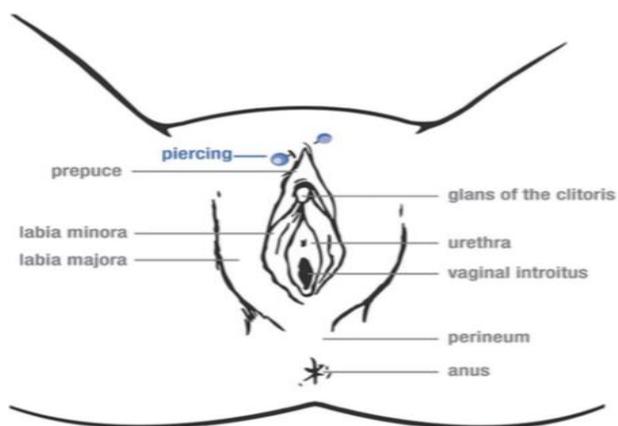
Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 960).



**Figura 10.** MGF Tipo IIIb consistente en la remoción y aposición de los labios mayores

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glante del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitos = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano, Infibulation may be a result of the healing and not necessarily of the stitching = La infibulación puede ser un resultado de la cicatrización, y no necesariamente de la sutura].

Fuente: Abdulcadir *et al.* (2016, p. 960).



**Figura 11.** MGF Tipo IV: demás procedimientos perjudiciales para los genitales femeninos con fines no médicos (p. e., punción, perforación, incisión, raspado y cauterización); en el esquema se observa una perforación.

[Traducciones del inglés: Prepuce = Prepucio del clítoris, Glans of the clitoris = Glante del clítoris, Urethra = Uretra, Vaginal introitos = Apertura vaginal, Labia minora = Labios menores, Labia majora = Labios mayores, Perineum = Perineo, Anus = Ano, Piercing = Perforación].

Fuente: Abdulcadir J & cols, 2016, p.961.



La salud  
es de todos

Minsalud

En el marco de una investigación realizada por el INMLCF (2018a) se llevó a cabo una búsqueda en el Sistema de Información de Clínica (Síclico) —que recopila desde el 2013 los informes periciales forenses generados por la valoración de personas vivas en Colombia— y en el Sistema de Información Red de Desaparecidos Cadáveres (Sirdec) —que recopila los informes periciales de valoración de cadáveres en Colombia desde el 2008—. Se encontró allí que la casi totalidad de casos reportados tanto en personas vivas como en cadáveres en relación con la MGF se refiere al Tipo I (clitoridectomía). Sin embargo, en la descripción de los hallazgos de un reconocimiento realizado a una niña de 1 año, parece que a la víctima se le había realizado una MGF Tipo II (escisión), específicamente una Tipo IIb (escisión de labios menores y de clítoris). Asimismo, se describió un reconocimiento forense de una niña de 5 meses en Caldas en la que se observó “ausencia de clítoris, sinequia de labios mayores y menores. Vagina no apreciable por sinequias de labios mayores”; por lo que no es posible saber si se trató realmente de un caso de sinequias vulvares, un caso de adherencias cicatriciales por MGF o una MGF Tipo III (INMLCF, 2018a, p. 3).

### 5.5. Consecuencias de la MGF para la salud inmediata, a corto y a largo plazo

La MGF no tiene beneficios para la salud, y aquellas niñas y mujeres que han sufrido el procedimiento están en mayor riesgo de sufrir consecuencias inmediatas, a corto o a largo plazo, con posibilidad de afectaciones para todo el curso de su vida (OMS, 2016, pp. 1-5). El procedimiento es doloroso y traumático, y frecuentemente es realizado bajo condiciones no estériles por un practicante tradicional que tiene poco conocimiento de la anatomía femenina o en cómo manejar posibles eventos adversos. Más aún, la remoción de o el daño del tejido genital saludable interfiere con el funcionamiento natural del cuerpo y puede causar varias consecuencias inmediatas y genitourinarias a largo plazo.

La evidencia indica que puede haber un mayor riesgo de daños inmediatos con la MGF Tipo III en comparación con los Tipos I y II, y que esos eventos tienden a ser considerablemente subreportados. Sin embargo, todos los tipos son perjudiciales y en algunos casos, además, se pueden presentar complicaciones por el manejo que se le da al tejido lesionado, específicamente por el uso de emplastos con plantas medicinales o de estiércol con el fin de controlar el sangrado o de favorecer la cicatrización (Sala y Manara, 2001, p. 248; INMLCF, 2018, p. 40), lo que puede ocasionar infección local y/o modificar el curso de esta.

A continuación se presenta el listado de las consecuencias y los riesgos descritos en la práctica de la MGF:



● **Riesgos inmediatos:**

- Hemorragia
- Dolor
- Choque: hemorrágico, neurogénico o séptico
- Edema del tejido genital: debido a respuesta inflamatoria o a infección local
- Infecciones: infecciones locales agudas, formación de abscesos, septicemia, infecciones genitales y del tracto reproductivo, infecciones de vías urinarias. La asociación directa entre MGF y VIH no es clara, aunque la lesión del tejido genital puede incrementar el riesgo de transmisión del virus
- Problemas urinarios: retención urinaria aguda, disuria, lesión uretral
- Problemas de curación de las heridas
- Muerte: debido a hemorragia severa o sepsis

● **Riesgos obstétricos:**

- Cesárea
- Hemorragia postparto: pérdida sanguínea de 500 mL o más
- Episiotomía
- Trabajo de parto prolongado
- Laceraciones obstétricas
- Parto instrumentado
- Distocias
- Mayor duración hospitalaria materna
- Óbitos fetales y muerte neonatal temprana
- Necesidad de reanimación neonatal

● **Riesgos del funcionamiento sexual:**

- Dispareunia (dolor durante la relación sexual: Hay un mayor riesgo de dispareunia con la MGF Tipo III en comparación con los Tipos I y II)
- Disminución de la satisfacción sexual
- Disminución de la excitación y del deseo sexual
- Disminución de la lubricación durante la relación sexual
- Anorgasmia o reducción de la frecuencia de los orgasmos

● **Riesgos psicológicos:**

- Trastorno de estrés postraumático
- Trastornos de ansiedad
- Depresión



● **Riesgos a largo plazo:**

- Daño del tejido genital: con consecuente dolor clitoriano y vulvar crónico
- Flujo vaginal: debido a infecciones crónicas del tracto genital
- Prurito vaginal
- Problemas menstruales: dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad en la salida de la menstruación.
- Infecciones del tracto reproductivo: pueden causar dolor pélvico crónico.
- Infecciones genitales crónicas: incluyendo mayor riesgo de vaginosis bacteriana.
- Infecciones de vías urinarias: con frecuencia recurrentes.
- Micción dolorosa: debido a obstrucción y a infecciones de vías urinarias recurrentes.

**5.6. Impacto de la MGF en el ejercicio de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres adultas**

La MGF es una violación de los derechos humanos y una amenaza a la salud y el bienestar de las niñas y las mujeres de todo el mundo. Se necesita información, recursos, entrenamiento y compromiso para eliminarla y proveer cuidado de la salud a quienes la han experimentado (OMS, 2016a, p. 2). De acuerdo con la OMS (2016), los Estados miembros de la ONU acordaron, en la Resolución 67/146 de 2012, de la Asamblea General, intensificar los esfuerzos para eliminar la MGF, al ser entendida como un abuso irreparable e irreversible, que impacta negativamente la vida de las mujeres y las niñas, y al ser reconocida como una negación de la capacidad de estas para ejercer plenamente sus derechos humanos y a estar libres de discriminación, violencia e inequidad (OMS, 2016, p. 5).

La MGF viola una serie de principios, normas y estándares de derechos humanos bien establecidos, incluyendo los principios de igualdad y no discriminación basados en el sexo, el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, física y emocional, y el derecho a estar libre de tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, así como también los derechos de las niñas. Como la práctica interfiere con el tejido genital saludable, en la ausencia de necesidad médica puede llevar a consecuencias severas para la salud física y mental de las mujeres. La MGF además es una violación del derecho de las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas al más alto nivel posible de salud, que implica generar las condiciones para que cada persona pueda estar tan sana como sea posible (OMS, 2016, p. 5).

Los tratados de derechos humanos, en general, hacen un llamado a la comprensión de las obligaciones que tienen los Estados para respetar, garantizar y proteger los derechos de las niñas y las mujeres, lo que implica que se desarrollen las acciones necesarias para asegurar que puedan



La salud  
es de todos

Minsalud

vivir libres de violencia, de discriminación y de prácticas nocivas como la MGF (OMS, 2016, p. 7).

La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de amenazar directa o indirectamente el disfrute de los derechos. En el caso de la MGF, implica que se asegure que el sistema de salud no sea usado para realizar esta práctica, como ocurre en el caso de su medicalización. La obligación de garantizar requiere que los Estados tomen las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo, para prevenir y eliminar la MGF. Finalmente, la obligación de proteger implica garantizar que terceros no violen los derechos de las niñas y las mujeres, y que existan medidas protectoras tales como servicios de salud, legales y sociales para su restablecimiento (OMS, 2016, p. 7).

### 5.7. Contribución del sector salud para la prevención de la práctica y la atención integral de las víctimas

Las y los trabajadores de la salud se encuentran en una posición única y favorable que permite contribuir positivamente en la prevención de la MGF y la atención integral de las niñas y mujeres víctimas, por lo que deben ser considerados agentes potenciales de cambio para su erradicación (OMS, 2016a, p. 2). Sin embargo, en el caso de realizar un abordaje inadecuado, también podrían ocasionar resultados negativos para la salud y el bienestar de la niña, adolescente o mujer afectada.

Las intervenciones de salud dirigidas a las niñas y mujeres que sufren complicaciones relacionadas con la MGF pueden contribuir, desde el sistema de salud, a la protección y al restablecimiento de varios derechos humanos relacionados. Si bien la promoción y la protección de los derechos humanos es responsabilidad de los gobiernos, está claro que las y los trabajadores de la salud desempeñan un papel fundamental de apoyo en la restauración de los derechos, en la erradicación de la MGF y en la atención a las niñas y mujeres que viven con ella, lo que exige que se realice con la máxima consideración a sus derechos humanos (OMS, 2016, p. 8).

Adicionalmente, y como un punto clave asociado, las y los trabajadores de la salud tienen un papel fundamental en evitar la medicalización de la MGF, lo que se refiere a las situaciones en las cuales la práctica (incluyendo la reinfibulación) es realizada por cualquier tipo de trabajador de la salud, tanto en una institución pública como en una privada, en el hogar o de cualquier forma en cualquier momento de la vida de una mujer. La MGF es una práctica nociva independiente de quien la realice, no tiene ningún tipo de beneficio y, por ende, no debe ser realizada bajo ninguna circunstancia (OMS, 2016, p. 8). En tal sentido, no es aceptable su medicalización como una estrategia de “reducción de daños” para minimizar los riesgos de complicaciones severas que puedan surgir al realizar la práctica en condiciones precarias. Por ello, detener la medicalización es un componente



La salud  
es de todos

Minsalud

esencial del abordaje holístico, basado en derechos humanos para erradicar la práctica, en el que los trabajadores de la salud pueden participar activa y reflexivamente.

Nota: Para ver el listado de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica para la atención de las complicaciones de la MGF en niñas, adolescentes y mujeres, véase al Anexo 2.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 6. ABORDAJE Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

El abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia se dan en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y del Modelo Integral de Atención en Salud. En específico, el PDSP 2012-2021 marcó un hito al reconocer la sexualidad como una dimensión prioritaria, lo que permite que el abordaje y la atención integral a las víctimas de violencia de género adquieran relevancia e impulso. Asimismo, el PDSP también sirvió como insumo para la estructuración de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR).

En este capítulo se desarrolla el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF teniendo en cuenta los enfoques y los componentes estratégicos propuestos en la PNSDSDR. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que se consideran sujetos de atención tanto las personas como las comunidades, por lo que se incluyen recomendaciones individuales y colectivas.

Los enfoques necesarios para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF son:

1. Derechos
2. Género
3. Interculturalidad
4. Acción sin daño
5. Curso de vida

Las orientaciones para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF se encuentran organizadas según los siguientes componentes estratégicos:

1. Promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género
2. Gestión del riesgo en salud
3. Gestión de la salud pública



La salud  
es de todos

Minsalud

## 6.1. Enfoques para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF

### 6.1.1. Derechos

De acuerdo con la PNSDSDR, el enfoque de derechos enfatiza la necesidad de salvaguardar la dignidad humana y evitar cualquier forma de estigma o discriminación. Se orienta a crear los mecanismos para que las personas, en ejercicio de su ciudadanía, comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impide su realización humana. Supone el cumplimiento de estándares relacionados con el derecho a la dignidad, libertad, igualdad, la vida y la integridad, la autonomía, confidencialidad e intimidad, y que la oferta institucional para la promoción, ejercicio y realización del derecho a vivir una sexualidad plena se encuentre disponible, accesible, sea adaptable a las particularidades de los diferentes grupos y sea prestada con calidad y solidaridad (MSPS, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014, p. 44).

### 6.1.2. Género

En el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, el enfoque de género permite reflexionar sobre los mecanismos históricos y socioculturales que ponen a hombres o mujeres —pero particularmente a estas últimas— en una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de enfermar o morir, en cuanto están sujetas a procesos biológicos particulares como el embarazo, el parto, el aborto; a procesos sociales relacionados con la planificación familiar vista como un asunto femenino, o a la violencia, discriminación y abuso sexual que se ejerce en su contra por el simple hecho de ser mujeres o de identificarse con el género femenino, entre otros (MSPS, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014, p. 41).

### 6.1.3. Interculturalidad

Al ser una práctica tradicional nociva, la MGF requiere un abordaje con sensibilidad y competencia cultural y basada en la interculturalidad. Este enfoque tiene en cuenta que las culturas no son cuerpos cerrados, monolíticos, estáticos, ni homogéneos, sino dinámicos, inacabados, cambiantes y plurales. Asimismo, que son las personas quienes dan significado a las culturas, quienes pueden reinterpretarlas y cambiar sus valores, y son quienes transmiten sus creencias, actitudes, valores y roles a las siguientes generaciones. Una adecuada aplicación de este enfoque exige entender que no todas las prácticas culturales deben ser aceptadas ni toleradas, lo que quiere decir que no hay que confundir el respeto a las personas y las comunidades con la aceptación de sus ideas o comportamientos, en particular si son contrarios a la dignidad o los derechos humanos.

Adicionalmente, este enfoque enfatiza sobre la necesidad de proporcionar conocimientos y herramientas para que las personas comprendan y acepten la idea de la transformación, y puedan contribuir al cambio. Esto se propiciará especialmente con el establecimiento de una relación

intercultural, y no solamente a través de acciones ocasionales.

El enfoque de interculturalidad implica que los prestadores de la atención en salud desarrollen competencia cultural, que se define como el proceso por el cual los individuos y los sistemas responden respetuosa y efectivamente a las personas de diferentes culturas, idiomas, clases, etnias, religiones, y otros factores de diversidad, de forma tal que reconozcan, afirmen y aprecien los valores de los individuos, familias y comunidades, y protejan y preserven su dignidad (Ismail, Dios y Gascón, 2015; Kolhatkar y Berkowitz, 2014).

Los siguientes elementos se consideran necesarios para brindar atención con competencia cultural:

1. **Apreciar y valorar la diversidad:** reconociendo y respetando que las comunidades son sus propios expertos culturales.
2. **Autoevaluarse continuamente:** comprendiendo el impacto de la identidad cultural propia en la forma como se realiza la atención en salud, siendo consciente de los estereotipos y de que las personas son influenciadas por sus culturas, pero no son definidos por estas.
3. **Manejar la diferencia:** identificando el idioma de la persona y empleando servicios de traducción o comunicación, o también, incluyendo la comunidad cultural o la familia de la persona en discusiones relacionadas con la salud.
4. **Adquirir e institucionalizar el conocimiento cultural:** apoyando el intercambio continuo del conocimiento cultural o la comunicación efectiva entre el equipo de salud para abordar las diferentes necesidades de las personas.
5. **Adaptarse a las necesidades culturales de la comunidad:** usando datos poblacionales locales para comprender las necesidades de la comunidad, o recibiendo la retroalimentación de las personas, las familias y la comunidad.

Nota: Para conocer más sobre la forma en que podría responderse a las diferentes creencias que se tienen frente a la MGF, ver el Anexo 3.

#### **6.1.4. Acción sin daño**

En este enfoque se reconoce que los conflictos son fenómenos parte de la dinámica social y que, cuando se interviene, las acciones desarrolladas entran a formar parte de esta dinámica y, por consiguiente, se causa un impacto. En algunos casos, este impacto puede generar daño, aumentar las tensiones, fragmentar el tejido social o empeorar los conflictos. Desde el punto de vista operativo, se plantea la necesidad de evitar que las intervenciones que se realicen con los sujetos de atención (personas y comunidades) puedan generar daños.

#### **6.1.5. Curso de vida**



La salud  
es de todos

Minsalud

En este enfoque se reconoce que la salud sexual y la salud reproductiva se expresan de forma diferente a lo largo del transcurrir vital y, por lo tanto, se requieren atenciones diferentes. Permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada uno de los momentos del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos anteriores (MSPS, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014, p. 42).

## 6.2. Orientaciones para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF

La atención integral en salud de las niñas, adolescentes y mujeres frente a la MGF consiste en el conjunto de acciones e intervenciones dirigidas a: la promoción de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la práctica, y la atención en salud que incluye la detección, el diagnóstico y clasificación de la MGF, el tratamiento y el seguimiento de las consecuencias de esta. A su vez, las acciones de gestión de la salud que permita la complementariedad entre los planes de beneficios, individual y colectivo, los prestadores primarios y complementarios, las modalidades de prestación de los servicios; así como la coordinación para la complementariedad entre los servicios de salud y los servicios sociales, frente a la prevención y la atención de la MGF. Adicionalmente, esto implica que:

- Las acciones deben estar centradas en las sujetas de atención, es decir, las niñas y las mujeres, las familias y las comunidades, y deben orientarse a la promoción, la garantía y el restablecimiento de sus derechos, a lo largo del curso de su vida.
- Es necesario trabajar con las familias y con la comunidad para lograr la eliminación de la práctica. Esto requiere un trabajo intersectorial e interinstitucional coordinado, orientado a la afectación de los determinantes sociales de la salud en relación con la MGF.
- Debe garantizarse el continuo de la atención en salud sin barreras de ningún tipo, basada en la evidencia, con calidez y calidad.
- Deben desarrollarse capacidades en los/las profesionales que atienden a las niñas, a las adolescentes y a las mujeres a las que se les ha realizado la práctica, y a aquellas que se encuentran en riesgo de sufrirla.

## 6.3. Promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género



La salud  
es de todos

Minsalud

Tiene por objetivo garantizar los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la reproducción libre de violencia en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima de conflicto armado.

De acuerdo con la PNSDSDR, frente a la MGF es posible incluir las siguientes líneas de acción para la promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género:

- Generar procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad mediante el favorecimiento de la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.
- Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.
- Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre la ciudadanía y las instituciones del sector salud.
- Fortalecer el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres en los espacios de atención de salud, mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género.
- Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades y como forma de garantía del derecho.

En este sentido, vale la pena destacar que la promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género se puede llevar a cabo mediante acciones o intervenciones dirigidas a las personas (niñas, adolescentes y mujeres), familias y comunidades, a través de procesos específicos y de aquellos desarrollados en el marco de la gestión integral del riesgo en salud y de la gestión de la salud pública.

Los y las profesionales de la salud se encuentran en una posición única para influenciar y ayudar al cambio de actitudes sobre la MGF, y sobre los derechos y la vida de las mujeres y las niñas.



La salud  
es de todos

Minsalud

Cambiar actitudes sobre la MGF es un elemento clave para prevenir nuevos casos de MGF en la comunidad. Por este motivo, es posible y necesario avanzar en la promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género desde las acciones del sector salud.

**A nivel individual**, los y las profesionales de la salud pueden promover los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género tanto en las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas de MGF, como también en aquellas que se encuentran en riesgo de sufrirla. Para esto, es necesario realizar un abordaje general de todas, pero a la vez es posible focalizarse en los casos en los que se detecta el riesgo de la práctica. En este punto, puede articularse con las diferentes estrategias y propuestas sectoriales e intersectoriales para la prevención de la práctica y para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en todos los escenarios de intervención posibles.

**A nivel familiar** también es necesario desarrollar procesos de trabajo para la prevención de la práctica y la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de procesos interculturales y/o en experiencias intersectoriales, que sean complementarias a las intervenciones individuales que se realicen. A su vez, las intervenciones de nivel familiar deben ser potenciadas con las acciones comunitarias.

**A nivel comunitario** es fundamental participar de los procesos de promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género formulados e implementados de forma interinstitucional o intersectorial y que sean destinados al empoderamiento de las comunidades frente a la sexualidad y los derechos. Estos mismos procesos pueden articularse con las acciones e intervenciones que se desarrollen a nivel individual y familiar, para garantizar el continuo de la atención y aumentar la sensibilización y la educación dirigidas a familias, profesionales de la salud, autoridades religiosas, en colaboración con organizaciones de la sociedad civil. Dos ejemplos significativos de experiencias que han aportado a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el marco del abandono de la MGF se encuentran en el Proyecto Embera Wera y en el Proyecto “Acciones de educación en salud, que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF”.

En cada caso, es deseable desarrollar este proceso de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como una estrategia complementaria de la gestión del riesgo en salud y la gestión de la salud pública, lo que incluye la activación y participación de rutas sectoriales e intersectoriales.

Se considera que las y los trabajadores del sector salud contribuyen a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y a la erradicación de la MGF a partir de dos líneas de acción



(OMS, 2016a, p. 2):

- a) Necesidades que tienen las niñas, las adolescentes y mujeres con MGF al acceso a información, a educación y a servicios de salud:
  - El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la función de garantizar que se apliquen las políticas nacionales relacionadas respecto a la atención médica de la MGF, y orientar acerca de los recursos para abordar la salud y el bienestar de las niñas y mujeres con MGF.
  - En el marco de la atención integral en salud, las y los trabajadores de la salud, en todos los niveles, deben garantizar que las niñas y mujeres que viven con MGF, tengan acceso a información y educación sobre sus derechos, y orientar para la atención médica.
  - Todas las comunidades deben tener acceso a información sobre las potenciales consecuencias que tiene la MGF para la salud.
- b) Reconocimiento del papel de las y los trabajadores de la salud en la prevención de la MGF, en la atención en salud y en su empoderamiento para evitar la expansión de la práctica:
  - *Prevenir*: las y los trabajadores de la salud deben evitar ante todo que se produzca la MGF. Deben tener la facultad de rechazar las solicitudes de MGF medicalizada (es decir, la solicitud de que sean profesionales de la salud quienes la realicen), incluida la perpetuación de la práctica para aquellas mujeres que ya se han sometido a ella previamente (pueden, por ejemplo, solicitar una reinfibulación).
  - *Reconocer*: las y los trabajadores de la salud deben capacitarse para reconocer la MGF en sus pacientes, así como ser conscientes de cualquier consecuencia de salud inmediata o a largo plazo que estas puedan experimentar como resultado. Esto es de gran importancia si se tienen en cuenta los movimientos migratorios internacionales e incluso nacionales.
  - *Tratar y/o referir*: si las mujeres con MGF solicitan o requieren atención médica relacionada con la práctica, el personal de salud debe estar capacitado para tratar a las mujeres cuando sea apropiado, y saber dónde remitirlas si es necesario.

#### 6.4. Gestión del riesgo en salud

La gestión del riesgo en salud en casos de MGF incluye: acciones individuales y colectivas encaminadas a la identificación de las niñas, las adolescentes y las mujeres en riesgo de realización de la práctica; la detección de las víctimas; el diagnóstico y clasificación de la MGF y sus consecuencias; el tratamiento y el seguimiento de estas últimas; y los procesos de vigilancia y de prevención de la práctica. Estos procesos deben tener en cuenta los elementos necesarios para lograr una comunicación efectiva con las víctimas, por lo que se incluyen también aquí de manera

inicial.

#### **6.4.1. Acciones individuales de la gestión del riesgo en salud**

##### **6.4.1.1. Recomendaciones de comunicación con las niñas, adolescentes y mujeres con MGF y sus familias**

El personal de la salud tiene una oportunidad única para apoyar y mejorar la salud y el bienestar de las niñas, las adolescentes y las mujeres con MGF. Por lo tanto, esta oportunidad debe aprovecharse en el contexto de una relación colaborativa confiable y respetuosa entre el prestador y la niña o la mujer. Esto exige una comunicación sensible y efectiva (OMS, 2018).

La comunicación efectiva implica un diálogo bidireccional entre el personal de la salud y la víctima. Esto significa que durante la conversación ambos participantes escucharán y darán información al otro. En el caso de tratar un tema como la MGF, él y la profesional probablemente necesite iniciar la conversación, y se recomienda hacerlo utilizando preguntas abiertas y creando un espacio seguro en el que la niña o la mujer puedan sentirse libres de expresar sus perspectivas y sus necesidades. Las siguientes son recomendaciones para lograr una comunicación efectiva:

- Cree un ambiente de acogida en el que la niña o la mujer se sienta segura y pueda dialogar de forma tranquila y cómoda.
- Esté abierto o abierta a conversar sobre la salud de la niña o la mujer de forma integral. Tenga en cuenta que no todas las mujeres con MGF tienen complicaciones por la práctica; además, es posible que puedan buscar atención por problemas de salud que no están relacionados con la MGF, en cuyo caso discutir sobre la MGF no debería ser el tema principal en la consulta.
- Recuerde que la MGF es solo un aspecto de la vida de la niña o de la mujer. Además del motivo de consulta que la llevó al servicio de salud, siempre tenga en cuenta otras necesidades físicas, emocionales o sociales para las que puede necesitar apoyo y atención antes de hablar sobre la MGF en detalle. Por ejemplo, puede haber huido recientemente de un área de conflicto o guerra, haber perdido a un familiar cercano o haber sufrido otra forma de violencia o abuso sexual.
- Intente comunicarse en el idioma que la mujer sepa (es posible que necesite un intérprete).
- Utilice términos adecuados y evite usar términos médicos complejos. En este sentido, es importante reconocer que hablar específicamente de mutilación puede ser considerado irrespetuoso o agresivo. Por este motivo, se recomienda saber cómo se refiere la mujer a la práctica, y continuar hablando con ese mismo término. Por ejemplo, en algunos casos la mujer podrá referirse a ablación, a corte, a arreglo, a reforma o a curación, entre otros.
- Asegure la privacidad y la confidencialidad de la información en cada momento. Evite



mencionar o discutir la MGF en áreas públicas. Las víctimas tienen derecho a la confidencialidad. Asegúrese de manejar la consulta con profesionalismo y discreción.

- Preste atención a su lenguaje corporal. Cuando la niña o la mujer ingrese al consultorio, saludela cálidamente y asegúrese de mantener contacto visual cuando hable con ella. Evite en todo momento las expresiones faciales inapropiadas de sorpresa, disgusto o tristeza. Sea consciente y sensible a las normas culturalmente apropiadas relacionadas con la comunicación y el espacio personal.
- Hágale saber a la paciente que usted se siente cómodo al tratar cualquier problema relacionado con la MGF. Evite susurrar (como si el tema fuera vergonzoso), y evite expresar lástima o desaprobación por la niña o la mujer.
- Escuche atentamente y permita que la mujer hable. Su rol en la prestación del servicio es guiar la conversación haciendo preguntas y luego escuchando las respuestas con atención. Evite revictimizar. Esto se puede dar al repreguntar cosas ya sabidas, lugares comunes o interrogando sobre eventos cuya rememoración puede resultar especialmente sensible o dolorosa. Asegúrese de que ha entendido lo que la mujer le ha dicho.
- No juzgue a la mujer ni a su cultura de origen.
- Preste atención a las actitudes de los padres. Al atender niñas a las que se les ha realizado la MGF, o que están en riesgo de experimentarla, es importante evaluar si los padres tienen opiniones similares o discordantes sobre el tema, y cuáles son esas opiniones.
- Demuestre sensibilidad y respeto cultural. Recuerde que la MGF es una práctica cultural muy arraigada, que muchos miembros de la comunidad (tanto hombres como mujeres) pueden no verla como algo negativo, o incluso pueden entenderla como algo positivo.
- Proporcione información de forma respetuosa y profesional.
- Demuestre respeto genuino a la niña o a la mujer, así ella se sentirá más cómoda y podrá hablar más fácilmente, además aceptará sus consejos o recomendaciones.

#### **6.4.1.2. Recomendaciones para la detección de las niñas y las adolescentes en riesgo de realización de MGF**

De acuerdo con la OMS (2018), los siguientes pueden ser criterios que pueden indicar riesgo de realización de la MGF en una niña o adolescente:

- La niña o la adolescente no son llevadas o no participan de los servicios de salud o de bienestar social, no cumplen citas médicas, o la madre de la niña es reacia a que le realicen un examen genital.
- La niña o una hermana pide ayuda.
- La niña le menciona que tiene que hacerse un “procedimiento especial” para ser “reconocida como una mujer” o para “llegar a ser como mi mamá o mi hermana”.



- Existe sospecha o conocimiento de un matrimonio forzado. Tenga en cuenta de forma especial si la niña procede de una comunidad donde se practica la MGF.
- La niña es retirada de la escuela para pasar unas vacaciones largas.
- Sus padres o uno de ellos proceden de una comunidad o una etnia que se sabe practica la MGF, pero además han expresado puntos de vista o comentarios en los que la respaldan.
- A la hermana, la madre o la prima de la niña le han realizado MGF.
- Nacimiento de una niña en una comunidad en la que se han continuado realizando prácticas de MGF o la respaldan.

#### **6.4.1.3. Recomendaciones para la detección de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de MGF**

La atención de las niñas, las adolescentes o las mujeres víctimas de MGF puede iniciarse por diferentes motivos. Sin embargo, se reconocen al menos tres formas a través de las cuales se detecta que una niña, adolescente o mujer ha sido víctima de MGF:

- Relacionada con complicaciones inmediatas o de corto plazo.
- Relacionada con complicaciones de largo plazo.
- De forma incidental en el contexto de otras atenciones en salud.

Lo anterior quiere decir que es probable que las puertas de entrada para la detección de las víctimas de MGF con complicaciones inmediatas o de corto plazo puedan ser los servicios de urgencias, de hospitalización o de consulta externa, según la gravedad de los síntomas. Por otro lado, es posible que una víctima con complicaciones de largo plazo sea identificada en los servicios de consulta externa, de protección específica y detección temprana y, en algunos casos, en urgencias o en hospitalización. Por su parte, la identificación incidental de la realización de la MGF puede ocurrir en cualquier escenario de atención clínica o quirúrgica.

No es habitual que luego de la realización de la MGF la víctima consulte o sea llevada a un servicio de salud. Esto suele ocurrir como última medida, ya que en las comunidades en las que se lleva a cabo la práctica, se considera que pueden manejarse los síntomas relacionados con esta a través de los conocimientos y acciones propias de su cultura, y posiblemente también en la actualidad, al reconocer que la MGF es una práctica que debe ser eliminada, por lo que su realización podría tener consecuencias legales. Esto es muy importante porque sugiere que las víctimas que son llevadas o acuden a los servicios de urgencias lo hacen por complicaciones inmediatas o de corto plazo que pueden amenazar la vida y que no han podido ser manejadas en la comunidad (por ejemplo, la hemorragia, el dolor severo, las infecciones, la sepsis o la muerte de la víctima).



La salud  
es de todos

Minsalud

Además, en la búsqueda de atención en salud por síntomas relacionados con complicaciones de largo plazo, estos pueden no ser percibidos como tales por la víctima. Por este motivo, quienes trabajan en el área de la salud deben tener un índice de sospecha muy alto de realización de la práctica cuando se detectan condiciones de este tipo.

La identificación incidental de la práctica de MGF en una niña, adolescente o mujer puede darse en el marco de una atención en salud por cualquier motivo. Por ejemplo, podría ocurrir en el contexto de una consulta de valoración integral establecida en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS), en algún procedimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) —reglamentadas en la Resolución 3280 de 2018— y la Ruta Integral de Atención en Salud de Violencias, así como durante la realización de una citología de cuello uterino, la atención de un politraumatismo o de un caso de violencia sexual, una cirugía, un procedimiento como un paso de sonda vesical o una hospitalización.

El *Lineamiento técnico y operativo de la RIAPMS* (reglamentado por la Resolución 3280 de 2018) incluyó en la valoración de la salud sexual de las niñas en primera infancia, en infancia y en adolescencia la identificación de prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio forzoso en comunidades indígenas (MSPS, 2018). De esta forma, se requiere que los y las profesionales de la salud tengan en mente siempre la necesidad de indagar sobre la MGF en el contexto de la consulta de valoración integral por momento del curso de vida (antiguas consulta de crecimiento y desarrollo y de detección de las alteraciones del desarrollo de la joven).

De acuerdo con la OMS (2018), hay algunas señales que pueden indicar que una niña, una adolescente o una mujer ha sido víctima de MGF recientemente, a saber:

- Tiene dificultad para caminar, sentarse o ponerse de pie.
- Demora más tiempo de lo habitual en el baño.
- Tiene dificultades para orinar.
- Tiene problemas menstruales o urinarios frecuentes o inusuales.
- Regresa a la escuela después de una larga ausencia con cambios de ánimo o de comportamiento (por ejemplo, está triste, retraída o temerosa).
- Es particularmente reacia a ir al servicio de salud o a un examen físico
- Ha pedido ayuda o consejo, pero no ha sido explícita acerca de la MGF debido a vergüenza o miedo.

#### **6.4.1.4. Recomendaciones para el diagnóstico y clasificación de la MGF y sus consecuencias**

Para el diagnóstico de la MGF es necesario realizar una adecuada historia clínica y un examen físico



La salud  
es de todos

Minsalud

completo. Esto permitirá la clasificación del tipo de MGF y la detección de las posibles consecuencias de la práctica. Como se ha mencionado, es posible que una niña, una adolescente o una mujer víctima no acudan a un servicio de salud indicando que han sufrido una práctica de MGF a menos de que tengan consecuencias significativas en su salud. Por este motivo, el índice de sospecha debe ser muy alto por parte de los y las profesionales de la salud.

Tenga en cuenta las recomendaciones que se enuncia a continuación para la realización de la historia clínica orientada al diagnóstico de la MGF y sus consecuencias.

Evalúe integralmente a la paciente, recuerde que ella tiene necesidades de salud como todas las personas y que merece ser reconocida y tratada por mucho más que por la práctica de la que ha sido víctima. Si el motivo de consulta está específicamente relacionado con la práctica de la MGF, tenga en cuenta todos los indicadores que sugieran la presencia de una consecuencia inmediata o de corto plazo que pueda ser amenazante para la vida. Si la detección se dio en un escenario que no fue de urgencias, tenga un cuidado especial en la realización de la revisión por sistemas en búsqueda de síntomas urológicos, ginecológicos, de salud mental y de salud sexual.

Si encuentra información que le genere sobre sospecha una posible MGF, indague sobre la existencia de la práctica en la comunidad. Tenga en cuenta los términos que se emplean culturalmente para referirse a la MGF. Para esto, a manera de ejemplo, puede abordar el tema de una forma indirecta: “En algunas comunidades se realiza una intervención sobre los genitales de las niñas o de las adolescentes por distintos motivos. En algunos casos se le llama ‘curación’, o ‘arreglo’, o ‘reforma’, o ‘ablación’, o ‘circuncisión’, o ‘mutilación’. ¿Qué ha escuchado sobre esto? ¿Qué sabe sobre esto? ¿Sabe si se le ha realizado a alguna niña o mujer de su familia o de su comunidad?”.

Independiente de la respuesta dada por el o la acompañante de la paciente, pregunte también de forma directa a la adolescente o a las niñas más grandes. Esto le permitirá saber sobre el conocimiento de la práctica, pero además se convierte en un insumo para los procesos de educación para la salud y de prevención de la práctica.

De forma adicional, debe realizar una evaluación inicial de la salud mental. Esta se puede hacer de forma breve teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Apariencia y comportamiento:** ¿está arreglada o desarreglada?, ¿está agitada o tranquila?, ¿hay signos de uso de sustancias psicoactivas?
- **Afecto:** ¿está tranquila, llorando, ansiosa, triste, inexpresiva?
- **Habla:** ¿habla claramente, con dificultad, muy rápido o muy despacio?, ¿permanece callada?
- **Cognición:** ¿está distraída o desorientada?, ¿tiene dificultades de concentración, atención o memoria?, ¿sabe dónde está, qué día es, qué año, y los nombres de personas familiares?
- **Pensamientos:** ¿tiene pensamientos de autoagresión?, ¿tiene pensamientos o recuerdos tristes?, ¿está pensando y repasando el evento?



La salud  
es de todos

Minsalud

- **Percepciones:** ¿ha visto, oído, escuchado o sentido cosas que otros no han visto, oído, escuchado o sentido?

Si a partir de estas observaciones y respuestas a algunas de las preguntas hay preocupación, la paciente puede tener un problema o un trastorno de salud mental, por lo que requiere una evaluación con mayor profundidad, que incluye:

- **Descripción del problema actual:** la idea es comprender cuándo, cómo y por qué comenzaron los síntomas. Debe evitarse forzar a la paciente a discutir los detalles de la realización de la MGF o cualquier otro evento traumático si no quiere hacerlo. Debe evitarse que múltiples personas estén preguntando sobre la MGF o preguntar muchas veces sobre la experiencia, ya que esto se puede convertir en revictimización. Deben evaluarse los pensamientos de suicidio o de autoagresión, así como el uso de alcohol, cigarrillo u otras sustancias psicoactivas.
- **Historia previa de problemas de salud mental:** indague sobre problemas o trastornos de salud mental que la paciente haya experimentado previamente, incluyendo hospitalizaciones y uso de psicofármacos.
- **Historia de salud general:** evalúe todos los antecedentes de la paciente (incluyendo médicos, quirúrgicos, farmacológicos, alérgicos).
- **Historia familiar:** de problemas o trastornos de salud mental, así como también la necesidad de tratamiento para los mismos.
- **Historia psicosocial:** si no la conoce, obtenga información básica como dónde vive, desde cuándo, el nivel educativo, situación de migración, estado marital, número y edades de hijos, con quién vive, entre otros aspectos. Indague sobre posibles estresores actuales, los métodos que ha usado para enfrentar problemas y el apoyo social. Evalúe también el funcionamiento en el hogar, en la escuela o en el trabajo. En el caso de niñas y adolescentes, pregunte si tiene padres o cuidadores y la naturaleza y calidad de esas relaciones. Asimismo, pregunte cómo se siente en la escuela (si está escolarizada) y con sus amigos. Si es posible, intente determinar cambios recientes de comportamiento.
- **Examen del estado mental:** tenga en cuenta que este puede realizarse en el mismo momento de la anamnesis y del examen de salud en general.

Adicionalmente, debe realizarse un adecuado examen físico para complementar la información obtenida en la anamnesis. Para esto, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Explíquelo a la niña, a la adolescente o a la mujer que va a realizar un examen físico completo y en qué consiste. Solicite la autorización de la paciente para la realización de dicho examen.
- Realice un examen físico completo, pero evite exponer a la paciente en desnudez completa.



Esto quiere decir que indique la desnudez parcial del cuerpo de acuerdo con la progresión del examen físico. Este momento puede generar mucha ansiedad en la niña, la adolescente o la mujer.

- Para el examen ginecológico, solicítele a la mujer que se acueste en la camilla boca arriba, con las rodillas en flexión y separadas.
- Use siempre guantes estériles para la realización del examen genital.
- Inspeccione de manera cuidadosa la región genital teniendo en cuenta que debe evidenciar el clítoris, el prepucio del clítoris, los labios menores y los labios mayores.
- No solicite autorización ni realice ningún tipo de registro fotográfico de la víctima, ya que en el marco de la prestación de la atención en salud no requiere contar con registros fotográficos de la víctima ni de los hallazgos del examen ginecológico, puesto que la labor que está desarrollando en este caso no es forense.
- Si la niña se encuentra irritable, agitada, aterrada o, en general, indispuesta para la realización del examen físico, intente tranquilizarla hablándole suavemente, distrayéndola, ofreciéndole un juguete o algo para dibujar, e inténtelo nuevamente más tarde. Si se tranquiliza, pero vuelve a alterarse cuando va a intentar examinarla nuevamente en la camilla, pruebe realizar el examen físico en posición de rana o de mariposa, ya que en esta posición es posible que se sienta más segura para afrontar el examen físico al sentirse en contacto con una persona conocida o que le ofrezca seguridad (véase la figura 12 sobre la posición de rana o mariposa).



**Figura 12.** Posición de rana o de mariposa para el examen genital en niñas prepuberales

Fuente: adaptada de Berkoff *et al.* (2008, p. 2781).



Si tiene dudas sobre la ausencia o sobre la alteración anatómica del clítoris, el prepucio del clítoris, los labios menores o los labios mayores, solicite una valoración por ginecología y explíquelo a la paciente (o a su acompañante) que lo hace porque no está seguro sobre la presencia de una alteración que podría llegar a afectar su salud. En este caso, solicite la valoración inmediata como si se tratara de un caso real de MGF.

Recuerde que no es usual la agenesia del clítoris ni del prepucio clitoriano. Por este motivo, es mejor considerar que ante una duda de este tipo, puede tratarse en primer lugar de una MGF. Una vez haya realizado el examen físico y considere que se trata de una MGF, clasifíquela de acuerdo con la tipología de la OMS:

**Tipo I - clitoridectomía:** remoción parcial o total del clítoris y/o del prepucio

Tipo Ia: remoción solamente del prepucio del clítoris

Tipo Ib: remoción del clítoris y del prepucio

**Tipo II - escisión:** remoción parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores

Tipo IIa: remoción solamente de los labios menores

Tipo IIb: remoción parcial o total del clítoris y los labios menores

Tipo IIc: remoción parcial o total del clítoris, los labios menores y los labios mayores

**Tipo III - infibulación:** estrechamiento del orificio vaginal con la creación de un sello de cobertura mediante el corte y la aposición de los labios menores y/o los labios mayores, con o sin escisión del clítoris.

Tipo IIIa: remoción y aposición de los labios menores.

Tipo IIIb: remoción y aposición de los labios mayores.

**Tipo IV - no clasificado:** todos los demás procedimientos perjudiciales para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo, punción, perforación, incisión, raspado y cauterización.

Para un apoyo visual de los tipos de MGF, tenga en cuenta las imágenes del capítulo 4 de este documento. Para acceder a distintos materiales educativos en relación con la mutilación genital femenina, consulte los disponibles en el Anexo 3. Finalmente, tenga en cuenta tanto en la anamnesis como en el examen físico la presencia de alguna posible consecuencia de la MGF (OMS, 2018):



- **Riesgos inmediatos:**
  - Hemorragia
  - Dolor
  - Choque: hemorrágico, neurogénico o séptico.
  - Edema del tejido genital: debido a respuesta inflamatoria o a infección local
  - Infecciones: infecciones locales agudas, formación de abscesos, septicemia, infecciones genitales y del tracto reproductivo, infecciones de vías urinarias
  - Problemas urinarios: retención urinaria aguda, disuria, lesión uretral
  - Problemas de curación de las heridas
  - Muerte: debido a hemorragia severa o sepsis
  
- **Riesgos del funcionamiento sexual:**
  - Dispareunia
  - Disminución de la satisfacción sexual
  - Disminución de la excitación y del deseo sexual
  - Disminución de la lubricación durante la relación sexual
  - Anorgasmia o reducción de la frecuencia de los orgasmos
  
- **Riesgos psicológicos:**
  - Trastorno de estrés postraumático
  - Trastornos de ansiedad
  - Depresión
  
- **Riesgos a largo plazo:**
  - Daño del tejido genital: con consecuente dolor clitoriano y vulvar crónico
  - Flujo vaginal: debido a infecciones crónicas del tracto genital
  - Prurito vaginal
  - Problemas menstruales: dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad en la salida de la menstruación
  - Infecciones del tracto reproductivo: pueden causar dolor pélvico crónico
  - Infecciones genitales crónicas: incluyendo mayor riesgo de vaginosis bacteriana
  - Infecciones de vías urinarias: con frecuencia recurrentes
  - Micción dolorosa: debido a obstrucción y a infecciones de vías urinarias recurrentes
  
- **Riesgos obstétricos:**
  - Cesárea
  - Hemorragia posparto: pérdida sanguínea de 500 mL o más



La salud  
es de todos

Minsalud

- Episiotomía
- Trabajo de parto prolongado
- Laceraciones obstétricas
- Parto instrumentado
- Distocias
- Mayor duración hospitalaria materna
- Óbitos fetales y muerte neonatal temprana
- Necesidad de reanimación neonatal

#### **6.4.1.5. Procedimientos de atención en salud**

Independiente de la puerta de entrada de la víctima de MGF, y del tiempo de ocurrencia de la práctica, se deben desarrollar los siguientes procedimientos que implican la intervención tanto del prestador primario como del complementario:

- Atención inicial (prestador primario)
- Valoraciones interdisciplinarias (prestador complementario)

Dado que existe un alto riesgo de que no haya adherencia a los procedimientos de atención en salud, una vez se ha detectado un caso de MGF debe atenderse como una urgencia. A continuación se describen los procedimientos con mayor detalle.

##### **6.4.1.5.1. Atención inicial**

Esta atención puede ser realizada por alguien profesional de medicina general, y en el caso de niñas y adolescentes, preferiblemente por pediatría (que también puede ser un prestador primario). Debe ser considerada como una valoración de urgencias e incluir los siguientes aspectos:

- Diagnóstico y clasificación del tipo de MGF (de acuerdo con lo explicado previamente en el marco teórico y en el apartado de diagnóstico de la MGF, sus tipos y consecuencias).
- Evaluación y manejo de las consecuencias (inmediatas, de corto o largo plazo).
- Registro en la historia clínica de las actividades realizadas en la consulta y de los hallazgos.
- Activación de ruta sectorial e intersectorial.
- Solicitud de valoraciones interdisciplinarias o remisión a institución prestadora de servicios de salud (IPS) para la realización de estas valoraciones o para el manejo de las complicaciones de la MGF.
- Establecimiento del plan de atención y seguimiento de acuerdo con los hallazgos.
- Promoción de las actividades e intervenciones a las que tiene derecho en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAPMS, RIAMP, rutas sectoriales e intersectoriales específicas) y la RIA de Violencias, tramo de violencias de género para la promoción de la



salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

En el desarrollo de esta atención, recuerde lo siguiente:

- Respete el deseo de la víctima sobre si desea ser atendida por un profesional hombre o por una profesional mujer, y pregúntele si preferiría que alguien más la acompañara durante la atención.
- Una vez se ha detectado que la niña, la adolescente o la mujer ha sido víctima de MGF, debe procederse a la evaluación de las posibles consecuencias de la práctica. No siempre puede saberse con precisión la fecha, el año o el tiempo de realización de esta. Sin embargo, a través de la información recogida en la historia clínica es posible establecer si se trata de complicaciones inmediatas y de corto plazo, o de complicaciones de largo plazo.
- Evite dar salida antes de la realización de las valoraciones por el prestador complementario, puesto que es posible que no se cumpla el resto de procedimientos de atención. Si no cuenta con profesionales o especialistas de las valoraciones interdisciplinarias en la IPS en la que se detectó el caso o en la que se brindó la atención inicial, debe remitirse a una IPS de mayor complejidad en la que se pueda continuar el proceso de atención.
- En todo este proceso el o la profesional que realiza la atención integral debe orientar también la atención del resto de trabajadores y profesionales de la salud de acuerdo con las competencias de cada quien, y promover siempre la consideración de los derechos de la niña, la adolescente o la mujer víctima de MGF. Siempre se debe realizar un abordaje que evite victimizar a la paciente, por ejemplo, preguntándole qué le pasó, por qué, quién le hizo la práctica, cómo se la hicieron, si le dolió o no, examinarla, etc.

#### **6.4.1.5.2. Valoraciones interdisciplinarias**

Las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas que han sido sometidas a la realización de MGF deben recibir una valoración por algunas disciplinas y especialidades con el objeto de garantizar la integralidad de la respuesta a sus necesidades en salud. Por este motivo, la atención de las víctimas de MGF requiere de la participación tanto del prestador primario como del prestador complementario. No es necesario que estas valoraciones interdisciplinarias se realicen en el orden estricto en el que están descritas aquí, por lo que ninguna de ellas se considera un prerrequisito para las demás. Sin embargo, es necesario que se garanticen oportunamente. Según el momento del curso de vida en el que se encuentre la víctima, se requerirán las valoraciones que se enuncian enseguida:



La salud  
es de todos

Minsalud

## Niñas:

- **Valoración por pediatría.** Debe realizarse idealmente en la atención inicial o muy poco tiempo después de esta. El/la especialista en pediatría debe realizar una valoración integral de la salud a profundidad de la niña víctima, su estado nutricional, su desarrollo y debe procurar la identificación de sus necesidades en salud y planear su tratamiento integral. En este sentido, debe acompañar a la niña longitudinalmente, de forma periódica, hasta que alcance la mayoría de edad. Debe verificar que la paciente esté teniendo el seguimiento por ginecología, por psicología y por las otras especialidades o disciplinas que necesite, y debe verificar que esté participando de las demás intervenciones de promoción y el mantenimiento de la salud incorporadas en la RIAPMS, por momento del curso de vida, (incluyendo actividades de valoración integral, de detección temprana, de protección específica y de educación para la salud). Las niñas en primera infancia a las que se les ha realizado la MGF cumplen criterios para ser consideradas niñas de mayor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo, de acuerdo con los lineamientos de la RIAMPS para esta etapa del ciclo vital.
- **Valoración por ginecología.** Si es posible, se debería realizar idealmente por ginecología pediátrica. En cualquier caso, el/la especialista en ginecología debe ayudar a establecer el impacto estructural y funcional de la MGF en la salud de la niña, apoyar el tratamiento de las consecuencias de la práctica, sea este médico o quirúrgico; acompañar el proceso de desarrollo puberal y psicológico de la víctima frente a las inquietudes que pueda tener frente a su salud sexual, procurando identificar oportunamente la aparición o recurrencia de síntomas que puedan constituir una consecuencia de la MGF.
- **Valoración por psicología.** Debe realizar una valoración de los distintos aspectos personales, familiares y comunitarios relacionados con la realización de la MGF y su impacto posterior. Debe ayudar a identificar y a abordar los síntomas en salud mental que puedan ser secundarios a la práctica, así como los problemas o trastornos en salud mental. Debe tener la capacidad para acompañar la intervención psicoterapéutica de la víctima según sus necesidades. Debe acompañar el proceso de desarrollo psicológico de la víctima a largo plazo para poder identificar y abordar oportunamente los problemas en salud mental que pueda presentar la víctima. Asimismo, puede realizar un abordaje familiar si lo considera necesario para el mejoramiento de la salud y el bienestar de la víctima.
- **Valoración por trabajo social.** Se encarga de verificar y/o activar las rutas sectoriales e intersectoriales para el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Esto implica identificar las posibles barreras de acceso o de atención integral, verificar o realizar la notificación epidemiológica al sector protección y al sector justicia. Debe hacer seguimiento del caso y aportar la información a las autoridades que la soliciten formalmente, así como brindar la información que las o los profesionales de la salud tratantes puedan requerir para la atención o el seguimiento de la paciente. Para esto se requiere realizar una valoración



La salud  
es de todos

Minsalud

familiar, social, de red de apoyo de la víctima, saber si la familia o en la comunidad se dispone de recursos de apoyo a la niña y debe manejar la información garantizando el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, así como los demás derechos humanos.

### Adolescentes:

- **Valoración por pediatría.** Debe realizarse idealmente en la atención inicial o muy poco tiempo después de esta. El/la especialista en pediatría debe realizar una valoración integral de la salud a profundidad de la adolescente víctima, su estado nutricional y su desarrollo, y debe procurar la identificación de sus necesidades en salud y planear su tratamiento integral. En este sentido, debe acompañar a la adolescente longitudinalmente, de forma periódica, hasta que alcance la mayoría de edad. Debe verificar que la paciente esté teniendo el seguimiento por ginecología, por psicología y por las otras especialidades o disciplinas que necesite, y debe verificar que esté participando de las demás actividades para la promoción y el mantenimiento de la salud incorporadas en la RIAPMS por momento del curso de vida (incluyendo actividades de valoración integral, de detección temprana, de protección específica y de educación para la salud).
- **Valoración por ginecología.** Si es posible, se debería realizar idealmente por ginecología pediátrica. En cualquier caso, el/la especialista en ginecología debe ayudar a establecer el impacto estructural y funcional de la MGF en la salud de la adolescente, apoyar el tratamiento de las consecuencias de la práctica, sea este, médico o quirúrgico; acompañar el proceso de desarrollo puberal y psicológico de la víctima frente a las inquietudes que pueda tener frente a su salud sexual, y procurando identificar oportunamente la aparición o recurrencia de síntomas que puedan constituir una consecuencia de la MGF. Debe promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo el abordaje de la regulación de la fecundidad (teniendo en cuenta las estrategias que para esto se han adoptado en el marco de la atención diferencial con enfoque étnico e intercultural) y la educación frente a evitar la realización de la MGF en sus hijas.
- **Valoración por psicología.** Debe realizar una valoración de los distintos aspectos personales, familiares, comunitarios relacionados con la realización de la MGF y su impacto posterior. Debe ayudar a identificar y a abordar los síntomas en salud mental que puedan ser secundarios a la práctica, así como los problemas o trastornos en salud mental. Debe tener la capacidad para acompañar la intervención psicoterapéutica de la víctima de acuerdo con sus necesidades. Debe acompañar el proceso de desarrollo psicológico a largo plazo para poder identificar y abordar oportunamente los problemas en salud mental que pueda presentar. Asimismo, puede realizar un abordaje familiar si lo considera necesario para el mejoramiento de la salud y el bienestar de la víctima.
- **Valoración por trabajo social.** Se encarga de verificar y/o activar las rutas sectoriales e



La salud  
es de todos

Minsalud

intersectoriales para el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Esto implica identificar las posibles barreras de acceso o de atención integral, verificar o realizar la notificación epidemiológica al sector protección y al sector justicia. Debe hacer seguimiento del caso y aportar la información a las autoridades que la soliciten formalmente, así como brindar la información que las o los profesionales de la salud tratantes puedan requerir para la atención o el seguimiento de la paciente. Para esto se requiere realizar una valoración familiar, social, de red de apoyo de la víctima, saber si la familia o en la comunidad se dispone de recursos de apoyo a la adolescente y debe manejar la información garantizando el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, así como los demás derechos humanos.

### Mujeres:

- **Valoración por ginecología.** El/la especialista en ginecología debe ayudar a establecer el impacto estructural y funcional de la MGF en la salud de la mujer, apoyar el tratamiento de las consecuencias de la práctica, sea este médico o quirúrgico; dar respuesta a las inquietudes que pueda tener frente a su salud sexual y procurar identificar oportunamente la aparición o recurrencia de síntomas que puedan constituir una consecuencia de la MGF. Debe promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo el abordaje de la regulación de la fecundidad (teniendo en cuenta las estrategias que para esto se han adoptado en el marco de la atención diferencial con enfoque étnico e intercultural) y la educación orientada a evitar la MGF en sus hijas.
- **Valoración por psicología.** Debe realizar una valoración de los distintos aspectos personales, familiares y comunitarios relacionados con la realización de la MGF y su impacto posterior. Debe ayudar a identificar y a abordar los síntomas en salud mental que puedan ser secundarios a la práctica, así como los problemas o trastornos en salud mental. Debe tener la capacidad para acompañar la intervención psicoterapéutica de la víctima de acuerdo con sus necesidades. Asimismo, debe acompañar el proceso de desarrollo psicológico a largo plazo para poder identificar y abordar oportunamente los problemas en salud mental que pueda presentar la paciente. Asimismo, puede realizar un abordaje familiar si lo considera necesario para el mejoramiento de su salud y bienestar.
- **Valoración por trabajo social.** Se encarga de verificar y/o activar las rutas sectoriales e intersectoriales para el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Esto implica identificar las posibles barreras de acceso o de atención integral, verificar o realizar la notificación epidemiológica al sector protección y al sector justicia. Debe hacer seguimiento del caso y aportar la información a las autoridades que la soliciten formalmente, al igual que brindar la información que las o los profesionales de la salud tratantes puedan requerir para la atención o el seguimiento de la paciente. Para esto es necesario efectuar una valoración familiar, social, de red de apoyo de la víctima, saber si la familia o en la comunidad se dispone



de recursos de apoyo a la mujer y debe manejar la información garantizando el derecho a la intimidad, la confidencialidad y demás derechos humanos.

Una vez se ha realizado la atención inicial y las atenciones por psicología y trabajo social, al así como por las especialidades de pediatría (en el caso de niñas y adolescentes) y ginecología, debe establecerse la necesidad de activar la atención por los prestadores complementarios u otras especializadas en la red. Esto quiere decir que depende de las necesidades particulares de atención en salud que tenga cada víctima. A este respecto, es posible que se requiera la intervención por parte de especialistas en psiquiatría, en urología, en cirugía general, en cirugía plástica, en sexología, o en fertilidad y reproducción humana, lo que debe garantizarse sin barreras de ningún tipo. Por ejemplo, es posible que se requiera una valoración por urología, teniendo en cuenta la presencia de síntomas y signos urológicos continuos y la historia de infecciones urinarias recurrentes.<sup>5</sup>

#### **6.4.1.6. Recomendaciones para el manejo de las consecuencias de la MGF**

Como se señaló en el capítulo 4, la práctica de la MGF tiene diversas consecuencias inmediatas, a corto y a largo plazo. Todas las niñas y las mujeres a las que se les realiza la MGF sufren alguna de las consecuencias, por lo que las y los profesionales de la salud deben estar familiarizados/as con su diagnóstico y su tratamiento. Para profundizar en el manejo de las consecuencias de esta, consulte el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* de la OMS (2018)<sup>6</sup>.

##### **6.4.1.6.1. Complicaciones físicas inmediatas y a corto plazo**

Muchas niñas, adolescentes o adultas que tienen complicaciones físicas inmediatas o a corto plazo por la MGF deben ser tratadas sin demoras, especialmente aquellas con condiciones amenazantes para la vida, como la hemorragia severa, el choque hemorrágico y/o la sepsis. Las principales complicaciones físicas inmediatas y a **corto plazo** de la MGF son:

- Dolor severo y lesión de tejidos
- Hemorragia (si es severa, puede llevar a anemia)
- Choque hemorrágico

<sup>5</sup> Los casos que se presentan en la ruralidad o ruralidad dispersa en la población indígena, por parte de médicos y enfermeras que están llevando a cabo actividades estramurales, realizarán las atenciones requeridas a las niñas, adolescentes y mujeres a quienes se les ha realizado esta práctica con el fin de ofrecer atenciones en salud que se han resolutivos, solo en casos que se requieran por criterio profesional, se realizará la canalización a las atenciones especializadas. La IPS de primer nivel municipal realizará el seguimiento a los casos de MGF con el apoyo del Departamento y el Ministerio de Salud.

<sup>6</sup> Puede consultarse en este enlace: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>



La salud  
es de todos

Minsalud

- Infección y sepsis
- Edema del tejido genital
- Retención urinaria aguda

Algunas niñas o mujeres experimentarán condiciones de salud inmediatas y de corto plazo que requieren una rápida intervención médica. Sin embargo, es probable que solo algunas busquen o sean llevadas a los servicios de salud por esas complicaciones. Conviene tener en cuenta que no se tiene información sobre una edad definida para la realización de la MGF, pero es practicada predominantemente en niñas en primera infancia (menores de 6 años). Aun así, cabe la posibilidad de que se realice en niñas mayores, en adolescentes y en mujeres adultas.

#### **6.4.1.6.2. Evaluación de las complicaciones físicas inmediatas y a corto plazo de la MGF**

- Cuando una niña llega a un servicio de salud con complicaciones agudas, puede ser incapaz de comunicarle directamente los síntomas, lo que también puede ocurrir según su nivel de desarrollo y el idioma que maneje.
- Si la paciente tiene una condición que amenaza la vida, tiene alteración del estado de consciencia o es incapaz de comunicarse, podrá tener dificultades para aportar información para la historia clínica, por lo que él o la profesional tendrá que diagnosticarlas a partir del examen físico.
- Las niñas y las adolescentes generalmente son llevadas al servicio de salud por sus padres, familiares o la persona que realizó la MGF, por lo que pueden no relatar inicialmente que el problema de salud de la niña puede ser secundaria a la realización de la práctica.
- Si es posible, hable directamente con la niña, la adolescente o la mujer adulta para obtener la información de la historia clínica, y registre con cuidado cada detalle que sea relatado por ella.
- En una situación de emergencia puede haber tiempo insuficiente para obtener una historia médica detallada, por lo que debe enfocar la historia a algunos aspectos específicos que se señalan a continuación.

#### Manejo del dolor severo y la lesión de tejidos

El clítoris y el tejido genital circundante tienen una rica inervación nerviosa, por lo que es particularmente sensible. La MGF habitualmente se hace sin anestesia, por lo que puede producir un dolor severo (a veces, muy intenso), que inicia inmediatamente. El dolor severo y el trauma tisular deben manejarse de la misma forma en que se atiende cualquier tipo de trauma:

- Evalúe la severidad del dolor y del trauma.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Asegure un acceso venoso.
- Administre analgésicos, preferiblemente intravenosos; considere el uso de opioides.
- Limpie la región con antiséptico y recomiéndele a la paciente y/o sus acompañantes mantener el área limpia y seca.
- Intente controlar el sangrado.
- Remita a un nivel de mayor complejidad si no hay alivio del dolor, para valoración por ginecología, y para el manejo quirúrgico de la lesión, si es necesario.
- Según el grado de lesión, considere el manejo quirúrgico con anestesia adecuada por profesional entrenado (idealmente ginecólogo/a o cirujano/a, en caso de no contar con ginecólogo/a).
- Si la paciente tiene síntomas de choque de cualquier tipo, inicie el tratamiento inmediatamente y continúelo hasta que la víctima sea entregada en la institución de mayor complejidad. En esta se debe continuar el manejo dirigido del choque.

**NOTA:** Debe hacerse la remisión a través del conducto formal del sistema de referencia y contrarreferencia de las instituciones prestadoras de salud. Las remisiones de las niñas, adolescentes o mujeres con este tipo de condición se consideran una **urgencia vital** y deben eliminarse todas las barreras para garantizar el traslado lo más pronto posible.

### Manejo de la hemorragia:

La MGF puede llevar a la lesión de vasos sanguíneos de los genitales externos, lo cual producirá sangrado durante y después del procedimiento. La lesión arterial produce hemorragia de alta presión, y a mayor extensión de la lesión, mayor pérdida de sangre. Puede existir sangrado secundario después de la primera semana si una infección local forma coágulo sobre los vasos sanguíneos.

La hemorragia es la complicación más común y la más amenazante para la vida de la niña, la adolescente o la mujer, por tal motivo deben tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evalúe la severidad del sangrado y el estado general de la niña o la mujer revisando y registrando sus signos vitales inmediatamente y cada 15 minutos.
- Asegure un acceso venoso.
- Inspeccione el sitio del sangrado y limpie la región con antiséptico.
- Aplique presión en el sitio para intentar controlar el sangrado empleando gasas estériles.
- Si el sangrado no es serio, recomiéndele a la paciente y/o a sus acompañantes mantener el área limpia y seca.
- Si es necesario, inicie la reposición de líquidos endovenosos y continúe el monitoreo de la condición.



- Remita a un nivel de mayor complejidad para valoración por ginecología, y así continuar el control del sangrado y el manejo quirúrgico de la lesión, si es necesario.
- Si la paciente tiene síntomas de choque hemorrágico, inicie el tratamiento inmediatamente y continúelo hasta que se entregue la paciente a la institución de mayor complejidad, donde debe continuar el manejo dirigido del choque.
- Considere la necesidad de transfusión de sangre en determinados casos. Si se encuentra en una institución con ginecología, pero no tiene disponibilidad de transfusión de hemoderivados y la paciente tiene un sangrado severo, remita a una institución de mayor complejidad inmediatamente.
- Considere la aplicación de vitamina K si es política de la institución, según la condición clínica, y **siempre** en los casos de recién nacidas que no hayan tenido administración de esta previamente como profilaxis para la enfermedad hemorrágica del recién nacido.
- Si se aplicó un vendaje tradicional a la herida (por ejemplo, que contenga emplastos de plantas, cenizas, hierbas, tierra, estiércol, entre otros), y existe riesgo de tétanos u otra infección, inicie el manejo antibiótico adecuado (cobertura de bacterias anaerobias, gram positivas y gram negativas) y considere la necesidad de administrar toxoide tetánico según el esquema vacunal indicado en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Tenga en cuenta también la necesidad de manejo antibiótico siguiendo el instrumento con el que se realizó el procedimiento, y dependiendo de si evidencia signos de infección local o sospecha de infección generalizada. El antibiótico debe administrarse en dosis terapéuticas.

### Manejo del choque hemorrágico:

El choque hemorrágico puede presentarse como consecuencia de la pérdida significativa de sangre secundaria a la extensión del trauma y/o ante la presencia de una patología de la coagulación. Si no se maneja adecuadamente, puede llevar a la muerte de forma rápida. Los parámetros para el manejo del choque hemorrágico secundario a la MGF son los mismos que para cualquier otra circunstancia. Tenga en cuenta además las siguientes recomendaciones:

- Inicie la administración de oxígeno a alto flujo en caso de choque, incluso si no se encuentra con signos de dificultad respiratoria o con desaturación de oxígeno.
- Tenga a la mano el carro de paro cardiorrespiratorio.
- Asegure un acceso venoso y considere el aseguramiento de un segundo acceso venoso.
- Eleve las extremidades inferiores por encima del nivel de la cabeza para mejorar el retorno venoso.
- Si no ha logrado un acceso venoso periférico para la reanimación hídrica, considere un acceso intraóseo sin demoras. Un acceso venoso central puede ser útil si el profesional tiene experiencia y las circunstancias clínicas lo permiten.



- Mantenga la temperatura de la niña, la adolescente o la mujer cubriéndola con una manta.
- Evalúe la respuesta al manejo y la progresión del choque y registre los signos vitales cada 15 minutos.

### Manejo de la infección y la sepsis

Las infecciones pueden presentarse cuando la MGF se realiza en escenarios no estériles, con instrumentos contaminados, o cuando no se ha realizado un manejo apropiado de la herida. Puede manifestarse con fiebre o con síntomas de infección local o de infección generalizada. El manejo de este tipo de complicación debe hacerse igual a como se haría secundaria a otras causas. Tenga en cuenta además las siguientes consideraciones:

- Tome y registre la temperatura de la paciente. El control térmico es útil para evaluar el progreso durante el tratamiento.
- Inspeccione los genitales cuidadosamente en búsqueda de signos de infección de la herida o de cualquier otro elemento que pueda contribuir a la infección, por ejemplo, la obstrucción de la orina. Si la herida está infectada, límpiela con antiséptico.
- Mantenga el área seca.
- Si considera septicemia, tome hemocultivos antes de iniciar el manejo antibiótico intravenoso.
- En caso de signos de infección, tome una muestra de la herida infectada con un hisopo, y una muestra de orina para intentar determinar los microorganismos involucrados.
- Investigue la posibilidad de una infección de vías urinarias asociada (tome uroanálisis con gram de orina sin centrifugar y de urocultivo) y trate las obstrucciones de la orina. Verifique el adecuado control del dolor.
- Use antibióticos de acuerdo con los gérmenes identificados o potencialmente involucrados, y con los perfiles epidemiológicos de la zona y de resistencia antimicrobiana.
- Evalúe la herida de forma diaria durante la primera semana, y posteriormente, según el estado de cicatrización y ante la sospecha de infección persistente.

### Manejo de la inflamación del tejido genital:

La resección o la lesión del tejido genital causan una respuesta inflamatoria local. La inflamación también puede ser causada por una infección aguda de la región. En este sentido, inspeccione cuidadosamente los genitales en búsqueda de infecciones de la herida y verifique que no existan otros factores que predispongan a infección (por ejemplo, la obstrucción urinaria). Si considera que la inflamación es secundaria a la MGF (sin signos de infección), administre antiinflamatorios —de ser posible vía intravenosa—, y trate el sitio de la lesión. Si la paciente es incapaz de orinar espontáneamente, pase una sonda vesical (sonda de Foley).



### Manejo de la retención urinaria aguda:

La retención urinaria puede ser secundaria a la lesión, al dolor o al miedo del paso de la orina. También podría ser secundaria a la oclusión de la uretra en caso de una infibulación (MGF Tipo III). La retención urinaria aguda generalmente ocurre como consecuencia del edema y de la inflamación del tejido genital alrededor de la herida. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Intente determinar la causa de la retención urinaria.
- Use habilidades y técnicas adecuadas para alentar a la niña o la mujer a orinar, como abrir una llave de agua.
- Si no puede orinar por dolor o miedo, ofrézcale analgésicos fuertes y dé ánimos y apoyo.
- Si no logra orinar, pase una sonda vesical (sonda de Foley) y déjela por dos o tres días.
- Si la incapacidad para orinar se debe a la MGF Tipo III, hable con la paciente y/o con un familiar para la realización de la desinfibulación.
- Si la retención urinaria es debida a trauma del meato uretral, remita la paciente para intervención quirúrgica bajo anestesia.

### Consecuencias ginecológicas y uroginecológicas a largo plazo de la MGF:

La remoción o la lesión del tejido genital saludable, puede llevar a la aparición de complicaciones y condiciones que pueden aparecer meses o incluso años después de su realización. Estas consecuencias negativas para la salud usualmente afectan —aunque no exclusivamente— el sistema genito-urinario de la mujer (y con ello, el sistema urinario y/o el sistema reproductivo).

Las y los profesionales de la salud deben considerar siempre que las complicaciones ginecológicas y/o uroginecológicas en las niñas y las mujeres con MGF pueden estar asociadas a condiciones diferentes a la práctica; por este motivo, se recomienda que estas condiciones sean investigadas y tratadas de acuerdo con guías o protocolos nacionales. Las consecuencias ginecológicas y uroginecológicas a largo plazo de la MGF incluyen:

- Dolor genital crónico
- Neuroma clitoriano
- Infecciones del tracto reproductivo
- Problemas menstruales como dismenorrea y dificultad para la salida de la menstruación
- Infecciones de vías urinarias generalmente recurrentes
- Micción dolorosa (disuria) o dificultad para la micción
- Quistes de inclusión epidérmica y queloides en el área genital



La salud  
es de todos

Minsalud

Los prestadores de la salud que trabajen con niñas, adolescentes o mujeres pertenecientes o procedentes de comunidades donde se practica la MGF, y que se presenten con condiciones crónicas de este tipo, deben incluir preguntas directas sobre la posibilidad de que se haya realizado MGF.

Las niñas y las mujeres que tienen consecuencias ginecológicas y/o uroginecológicas a largo plazo por la MGF generalmente viven mucho tiempo con los síntomas de estas condiciones sin buscar atención en salud al respecto. Esto puede ocurrir porque no tienen acceso a atención especializada, porque pueden sentir vergüenza por consultar estos síntomas, porque no reconocen que la MGF puede estar asociada a estos síntomas, o ellas ven que otras mujeres o niñas de la comunidad tienen condiciones similares y, por ende, consideran que es “normal” y no relevante consultar esta causa. En el caso en el que identifique alguna de estas consecuencias o condiciones, tenga en cuenta las recomendaciones de manejo que se indican a continuación.

#### Manejo del dolor genital crónico:

El clítoris y el tejido genital circundante son ricamente inervados y, por tanto, sensibles cuando se realiza la MGF. La lesión puede llevar a la formación de cicatrices que en algunos casos son inelásticas, o a la formación de queloides, quistes o neuromas. En algunas mujeres se desarrolla una experiencia dolorosa en el área genital que puede volverse crónica. El dolor en el área genital generalmente ocurre durante la relación sexual; sin embargo, también se puede presentar durante actividades diarias. Adicionalmente, algunos estudios han mostrado que los trastornos en salud mental, incluyendo ansiedad, depresión y estrés postraumático —que pueden ser secundarios o estar relacionados con la MGF—, también pueden llevar al desarrollo de dolor en el área genital.

Para su manejo, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Intente establecer la causa del dolor realizando una historia clínica completa, incluyendo el examen genital.
- Si el examen físico no revela ninguna causa detectable o específica, considere factores psicosociales asociados a los síntomas. En este caso, pregunte por temas relacionados que pueden generar preocupación; por ejemplo, sobre la fertilidad o su vida de pareja, entre otros.
- Remita a valoración por ginecología para estudio adicional y manejo.
- Si la mujer tiene MGF tipo III (infibulación), informe y aconseje sobre la necesidad de la desinfibulación.

#### Manejo del neuroma clitoriano:

Un neuroma es un tumor benigno que se produce luego del corte o el trauma de un nervio. En el



La salud  
es de todos

Minsalud

caso del neuroma clitoriano, se produce por la lesión del nervio dorsal del clítoris durante el corte de la porción externa de este (el glande). La regeneración desorganizada de las fibras nerviosas lleva a la aparición de este tipo de neuroma.

El neuroma clitoriano puede ser asintomático o puede causar alodinia (dolor que resulta de un estímulo que normalmente no es doloroso, como el tacto leve), sensaciones de corrientazos o dolor crónico en el área circundante. Con esta condición, actividades como sentarse, las relaciones sexuales o incluso la fricción con la ropa interior pueden causar dolor. Si el neuroma es sintomático, debe tratarse. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Obtenga una historia clínica detallada en búsqueda de síntomas típicos del neuroma, tales como dolor crónico, alodinia y sensación de corrientazos en el área genital.
- Antes de tocar el área genital, explique lo que hará y dígame a la mujer que puede solicitar la interrupción del examen si llega a ser muy doloroso.
- Inspeccione la región genital cuidadosamente, puesto que los neuromas no siempre son fácilmente visibles.
- Intente revisar la presencia de un neuroma tocando cuidadosamente el área alrededor de la cicatriz del clítoris con un objeto delicado como un hisopo de algodón, buscando áreas dolorosas o de alodinia.
- Como parte del manejo, puede ofrecer crema de lidocaína, que se puede aplicar la mujer en el área dolorosa.
- Aconséjele a la mujer usar ropa interior suelta para evitar la fricción.
- Si los síntomas son severos, se debe realizar la resección quirúrgica del neuroma.

#### Manejo de las infecciones del tracto reproductivo:

Las niñas, adolescentes y mujeres a las que se les ha realizado la MGF tienen un mayor riesgo de presentar infecciones del tracto reproductivo, incluyendo vaginosis bacterianas. La oclusión parcial de la vagina —debido a cicatrices o a la infibulación— es un factor que contribuye al desarrollo de esas condiciones. Las infecciones del tracto reproductivo pueden ser dolorosas y pueden acompañarse de flujo vaginal, ser recurrentes, y si no se tratan, pueden producir enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Las consecuencias de las infecciones del tracto reproductivo pueden ser severas e incluso amenazantes para la vida. Estas incluyen EPI, infertilidad, embarazos ectópicos y resultados gestacionales adversos como abortos espontáneos, óbitos fetales, prematuridad e infecciones congénitas. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para su manejo:

- Si cuenta con laboratorio, tome un hisopado vaginal y un hisopado cervical para identificar el microorganismo y proporcionar tratamiento dirigido según la etiología. Esto requiere examen



directo y cultivo de las muestras.

- Si sospecha o diagnostica una infección de transmisión sexual (ITS), proporcione el tratamiento a la mujer y también a su pareja. Si sospecha vaginosis bacteriana o candidiasis, no hay necesidad de tratar a la pareja.
- Si la causa de la infección es obstrucción debido a la lesión del tejido genital, remita para manejo quirúrgico.
- Si la mujer tiene MGF tipo III (infibulación), informe y aconseje sobre la necesidad de la desinfibulación.
- Proporcione educación sobre higiene en la región genital teniendo en cuenta los siguientes elementos:
  - Usar solo agua limpia o jabón suave y agua limpia.
  - Evitar el uso de todo tipo de productos perfumados o “lavados”.
  - Lavar solo la región genital por fuera. No son necesarias las duchas vaginales.
  - Si se prefiere usar un limpiador, usar uno para la piel sin perfume o sin jabón. o un jabón suave una vez al día. Asegurarse de enjuagar bien.
  - Limpiar la región genital y la región anal de adelante hacia atrás.
  - Secar bien siempre la región genital después de bañarse.
- Explique que si los síntomas continúan debe consultar de nuevo por este motivo.

### Manejo de las dificultades menstruales:

Las dificultades menstruales incluyen la dismenorrea (menstruación dolorosa), la dificultad en la salida de la menstruación, y hematocolpos y hematometra (acumulación de sangre dentro de la vagina y dentro del útero, respectivamente). Las adolescentes y las mujeres a las que se les ha realizado la MGF frecuentemente reportan dismenorrea con o sin irregularidades menstruales.

Las posibles causas incluyen una infibulación que dejó una apertura vaginal muy estrecha o una cicatrización severa que estrechó la apertura vaginal, lo cual puede llevar a la dificultad en el flujo menstrual, y a dismenorrea y hematocolpos/hematometra. La dismenorrea puede ser secundaria a condiciones distintas a la MGF (por ejemplo, endometriosis o adenomiosis), lo que debe investigarse y tratarse de acuerdo con las guías o protocolos existentes. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para el manejo:

- Realice una buena historia clínica y un buen examen físico. Al examen físico, la presencia de una masa suprapúbica sugiere la presencia de hematocolpos.
- Realice una ecografía pélvica para orientar el estudio.
- Remita a ginecología para valoración adicional y seguimiento.
- Si la mujer tiene MGF tipo III (infibulación) o una apertura vaginal estrecha por cicatrización, informe y aconseje sobre la necesidad de la desinfibulación o de manejo quirúrgico de la

cicatriz para permitir el flujo menstrual normal.

### Manejo de las infecciones de vías urinarias:

Las niñas y las mujeres a las que se les ha realizado MGF tienen un mayor riesgo de presentar infecciones de vías urinarias (IVU), incluyendo IVU a repetición. Las IVU se presentan por obstrucción y estasis de la orina, lo que puede ocurrir en mujeres con infibulación o debido a trauma del meato uretral. La obstrucción afecta el flujo normal urinario, que solo puede gotear lentamente cuando la mujer orina. Esto hace que la orina se estanque, lo que la vuelve susceptible al crecimiento bacteriano y, en consecuencia, conducir a una IVU, todo lo cual puede constituirse en un problema recurrente.

Una IVU recurrente puede definirse como una infección sintomática de las vías urinarias (vejiga y riñones) que se presenta luego de la resolución de una IVU previa, generalmente después del tratamiento. Las definiciones varían y podrían incluirse dos IVU en los últimos seis meses, o una historia de dos o más IVU durante la gestación. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Intente determinar la causa de la IVU mediante la historia clínica y el examen físico.
- Indague por la presencia de síntomas similares o el diagnóstico de IVU en el último año.
- Inspeccione cuidadosamente el área genital para intentar identificar posibles causas de la infección.
- Realice uroanálisis con gram de orina sin centrifugar y urocultivo antes de iniciar el tratamiento.
- Formule el tratamiento antibiótico de acuerdo con las guías o protocolos existentes, y según la historia clínica y los perfiles de resistencia antimicrobiana locales.
- Aconseje a la mujer el consumo abundante de agua.
- Realice el seguimiento de la niña, la adolescente y la mujer, especialmente si los síntomas no mejoran, si empeoran o retornan después del tratamiento.
- Las niñas, adolescentes y mujeres con IVU recurrente requieren seguimiento especializado por pediatría (en el caso de las niñas y adolescentes) y ginecología. En algunos casos se requerirá seguimiento por urología o por urología pediátrica (según la edad).
- Si se identifica daño del meato uretral, debe remitirse para valoración y manejo quirúrgico por urología o urología pediátrica (según la edad).
- Si la mujer tiene MGF tipo III (infibulación), informe y aconseje sobre la necesidad de la desinfibulación. Hasta que no se realice la desinfibulación, lo más probable es que la IVU recurra y eventualmente se complique comprometiendo riñones.

### Manejo de la micción dolorosa o con dificultad:



La micción dolorosa (disuria) o con dificultad puede ser causada por una IVU o por dificultad en el paso de la orina debido al daño o a la obstrucción parcial del meato uretral. En niñas, adolescentes o mujeres con MGF, el tejido cicatricial es usualmente la causa de la obstrucción, y en los casos de MGF Tipo III, los labios infibulados obstruyen el paso normal de la orina. La obstrucción dificulta el vaciamiento de la vejiga y además puede haber escurrimiento posmiccional. Las mujeres pueden sentir que no son capaces de orinar completamente. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Intente establecer la causa de la micción dolorosa o con dificultad realizando una adecuada historia clínica. Tenga en cuenta las siguientes preguntas sobre el hábito miccional para indagar sobre una posible obstrucción parcial:
  - ¿Cuánto tiempo se demora en vaciar la vejiga?
  - ¿La orina sale gota a gota?
  - ¿Algunas veces siente que no puede vaciar la vejiga completamente?
  - ¿Tiene fugas de orina regularmente durante las actividades cotidianas?
- Realice el examen genital (siempre obteniendo autorización previamente). Inspeccione la región genital cuidadosamente para intentar observar signos de infección local.
- Investigue ante la posibilidad de IVU, y si se identifica, trátela teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas previamente sobre este tema.
- Recuerde que si identifica daño uretral debe remitir a la paciente para corrección quirúrgica por urología.
- Si la mujer tiene MGF tipo III (infibulación), informe y aconseje sobre la necesidad de la desinfibulación.

#### Manejo de los quistes de inclusión epidérmica en el área genital:

Los cortes del área genital llevan a heridas. Cuando una herida cura, lleva a una cicatriz. Algunas veces, las capas externas de la piel (epidermis) se atrapan en las capas más profundas (dermis), lo que puede llevar a quistes de inclusión epidérmica que pueden aumentar de tamaño gradualmente. Estos quistes algunas veces pueden inflamarse o infectarse, generando dolor.

Los quistes de inclusión epidérmica pueden causar malestar durante las relaciones sexuales y posibles obstrucciones de la vagina durante el parto. Algunas mujeres, además, pueden sentirse inconformes con la apariencia de estos quistes. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para el manejo:

- Evalúe el tamaño y la localización del quiste.
- Diferéncielo de un absceso vulvar y, si se trata de este último, trátelo adecuadamente.
- Si el quiste no representa una obstrucción potencial o no causa otras dificultades como dolor o



molestias durante la relación sexual, y si la mujer no tiene inconvenientes, explíquelo que podría no intervenir.

- Si el quiste de inclusión epidérmica es grande, está localizado en un área que puede producir obstrucción durante el parto, y se inflama recurrentemente, se debería realizar la remoción quirúrgica bajo anestesia.

#### Manejo de queloides en el área genital:

Los queloides son cicatrices elevadas que crecen excesivamente y que pueden llegar a ser más grandes que el área de piel dañada. Una vez que aparece un queloide, puede continuar creciendo de forma lenta durante meses o años y puede tornarse doloroso o pruriginoso. Los queloides pueden ser difíciles de tratar e incluso después de un manejo quirúrgico puede volver a producirse en el mismo lugar. Por otro lado, algunas mujeres experimentan cambios en sus funciones sexuales después de la remoción de los quistes o los queloides cuando estos estuvieron en contacto cercano con el glande o el muñón del clítoris. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para el manejo de los queloides:

- Inspeccione los genitales de la niña, la adolescente o la mujer para evaluar el tamaño y la localización del queloide.
- Si el queloide no representa una obstrucción potencial o causa otras dificultades como dolor, sensibilidad o molestias, explíquelo a la paciente que podría no intervenir.
- Si la presencia o la apariencia del queloide produce estrés en la mujer, remítala para procedimiento quirúrgico por razones psicológicas.
- Si el queloide puede causar obstrucción o cualquier otra molestia o dificultad, la mujer debe remitirse para su remoción quirúrgica por un especialista experimentado en cicatrices queloidales (por ejemplo, los dermatólogos o los cirujanos plásticos).

#### **6.4.1.6.3. Complicaciones gestacionales asociadas con la MGF**

Existen algunas complicaciones de la salud asociadas con la MGF que se presentan durante la gestación y que deben ser identificadas y tratadas adecuadamente. Dentro de estas complicaciones se encuentran las siguientes:

- Infecciones del aparato reproductivo
- Adherencias vulvares
- Infecciones de vías urinarias
- Abscesos vulvares
- Queloides y quistes de inclusión epidérmica
- Problemas de salud mental



La salud  
es de todos

Minsalud

Es importante tener en cuenta asimismo las recomendaciones generales para la atención prenatal, la atención del parto, la atención del puerperio y el manejo de las emergencias obstétricas, que han sido incluidas en el *Lineamiento técnico y operativo* de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal de la Resolución 3280 de 2018. A continuación se dan algunas recomendaciones para el manejo de estas complicaciones en el marco de la gestación.

#### Manejo de las infecciones del aparato reproductivo:

Las infecciones del aparato reproductivo incluyen a las ITS, y en algunos casos pueden ser asintomáticas o no reconocerse. Por este motivo, es importante indagar sobre síntomas y signos de infecciones del aparato reproductivo en cada control prenatal, o si realiza un examen genital por otros motivos (incluso sin estar en embarazo). Los síntomas que sugieren una infección incluyen: flujo vaginal, prurito vaginal, dolor pélvico, disuria, manchas o erupciones después de haber tenido relaciones sexuales, y fiebre. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para su manejo:

- Solicite estudios de laboratorio para determinar e identificar el microorganismo involucrado, incluyendo la realización de un hisopado vaginal y un hisopado cervical para examen directo y cultivo de las muestras.
- Si no cuenta con laboratorio, establezca un tratamiento sindromático de acuerdo con las guías nacionales.
- Si sospecha o diagnostica una ITS, proporcione el tratamiento a la mujer y también a su pareja. Si sospecha vaginosis bacteriana o candidiasis, no hay necesidad de tratar a la pareja.
- Proporcione educación sobre higiene en la región genital, como se indicó previamente.
- Explique que si los síntomas continúan debe consultar de nuevo por este motivo.

#### Manejo de las adherencias vulvares:

Las adherencias vulvares pueden aparecer como consecuencia de la inflamación o de una infección posterior a la realización de la MGF. Aparecen como un tejido delgado y fino que cubre parcialmente la apertura vaginal. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para su manejo:

- Use guantes estériles.
- Si las adherencias son delgadas, bajo anestesia local, intente realizar una separación de la adherencia por medio de una tracción lateral suave de los labios con los dedos o con hisopos de algodón.
- Proporcione educación sobre higiene de la región genital, como se indicó previamente.
- Las adherencias más gruesas pueden requerir separación quirúrgica bajo anestesia local.



- Monitoree la evolución durante los seguimientos.

#### Manejo de las infecciones de vías urinarias:

Las IVU son comunes durante la gestación y han sido asociadas con resultados adversos del embarazo, como prematuridad y bajo peso al nacer o restricción del crecimiento intrauterino. Los síntomas de las IVU incluyen disuria, urgencia miccional, aumento en la frecuencia miccional, hematuria, orina fétida y/o dolor pélvico. Tenga en cuenta las recomendaciones dadas previamente.

#### Manejo de los abscesos vulvares:

Un absceso vulvar es una colección localizada de pus que usualmente se observa como una masa eritematosa y dolorosa en el área genital. Frecuentemente es dolorosa y caliente al tacto. Para su manejo tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Para aliviar el dolor y promover el drenaje espontáneo del absceso, se recomienda remojar el área afectada, por 10 a 15 minutos con agua tibia limpia (por ejemplo, en una bañera), varias veces al día, por tres o cuatro días, si es posible. Además, se puede recomendar aplicar una compresa caliente (algodón o una franela empapada con agua caliente) en el área afectada.
- Si el absceso no drena espontáneamente, realice o remita para drenaje quirúrgico.
- Monitoree la evolución durante los seguimientos.

#### Manejo de los queloides y los quistes de inclusión epidérmica:

Tenga en cuenta las recomendaciones previamente dadas. En todo caso, evalúe el tamaño y la localización del queloide o del quiste. Si son grandes o localizados en un área que pueda causar obstrucción del trabajo de parto, remita oportunamente a la mujer para considerar el manejo antes del trabajo de parto, o para actuar rápidamente en caso de que se requiera hacer una cesárea. En el caso en el que la gestante tenga una MGF Tipo III (infibulación), se recomienda revisar con detalle las recomendaciones de la OMS para la atención durante la gestación, el trabajo de parto y el parto (OMS, 2018, pp. 178-191).

#### Recomendaciones de atención del puerperio en la mujer con MGF:

El puerperio —los días y las semanas posteriores al parto— es una fase crítica de la vida de las mujeres y sus bebés. Las y los profesionales de la salud deben ser conscientes de que algunas complicaciones relacionadas con la MGF pueden presentarse durante este periodo. Estas



La salud  
es de todos

Minsalud

complicaciones pueden ser:

- Hemorragia posparto por atonía uterina, lo que es más común después de un trabajo de parto prolongado.
- Pérdida excesiva de sangre por lesión de estructuras vecinas como la uretra, la vejiga, y el recto, debido a desgarros.
- Retención urinaria si la uretra fue suturada de forma inadvertida durante la reparación de los desgarros.
- Daño de estructuras vecinas como la uretra y la vejiga si una incisión (episiotomía o desinfibulación) se realizó de forma incorrecta.
- Infección de las suturas de los desgarros perineales que pueden llevar a alteraciones cicatriciales o a sepsis.
- Desgarros perineales extensos y/o fístulas vesico-vaginales o recto-vaginales; complicaciones que una mujer con MGF Tipo III puede haber sufrido si no se realizó desinfibulación.
- Problemas psicológicos si el parto fue traumático, especialmente si se produce muerte perinatal.

Para detectar estas condiciones se requiere una adecuada atención del puerperio. Para esto, tenga en cuenta que debe realizarse en enfoque diferencial de lo establecido en la atención del puerperio descrita en el *Lineamiento técnico y operativo* de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal de la Resolución 3280 de 2018. Al igual que para cualquier otra mujer en periodo de posparto, aquellas que han sufrido una MGF deben ser aconsejadas sobre la importancia de:

- Una nutrición adecuada.
- La higiene personal, especialmente el lavado de manos.
- El cuidado del recién nacido, incluyendo la lactancia materna.
- El espaciamiento de los nacimientos y la planificación familiar. En este caso, las opciones anticonceptivas deben discutirse, y los métodos deben ser provistos. Sin embargo, este aspecto debe ser abordado con particular sensibilidad cultural.

Otras recomendaciones especiales durante el puerperio son:

- Todas las mujeres deben mobilizarse tan pronto como puedan después del parto. Se debe recomendar la realización de ejercicios leves, pero también el reposo durante el periodo posnatal.
- En áreas endémicas para malaria, las madres y sus bebés deben dormir protegidas con mosquiteros impregnados con insecticidas.
- Asegure a la mujer que usted se encuentra disponible para resolver cualquier inquietud que



La salud  
es de todos

Minsalud

pueda tener sobre su cuidado o el cuidado de su bebé, o sobre preocupaciones relacionadas con temas sexuales o psicológicos. Explíquelo que puede volver a consultar por cualquier preocupación adicional después de haber tenido el egreso hospitalario.

- Garantice las consultas de seguimiento del puerperio y de control del recién nacido.

**Nota:** Recuerde que el periodo posparto es una oportunidad ideal para abogar por la prevención de la MGF. Una mujer con cualquier tipo de MGF que tiene una niña debe ser aconsejada sobre las consecuencias de que su hija también sea víctima de la práctica. El esposo/padre y los demás miembros de la familia, que influyen sobre la decisión de practicarla, también deben ser aconsejados sobre los mismos temas.

#### Recomendaciones para la atención en salud mental de las niñas, adolescentes y mujeres con MGF:

Todas las niñas, las adolescentes y las mujeres a las que se les ha practicado MGF deben ser valoradas por profesional de psicología en algún momento de su proceso de atención, sea durante la atención inicial o durante el seguimiento. Sin embargo, todos los o las profesionales de la salud deben tener en cuenta algunos elementos para la detección oportuna de problemas o trastornos de salud mental. Es muy importante que esta atención sea culturalmente sensible y apropiada, y no se omita.

Los problemas y los trastornos en salud mental son comunes entre la población general. Sin embargo, se debe distinguir entre tres niveles de signos de “estrés mental”:

- a) Estrés normal.
- b) Problemas de salud mental (síntomas que son de interés clínico por los que la gente busca atención).
- c) Trastornos de salud mental. En todo caso, las y los profesionales de la salud no especializados se ven enfrentados a evaluar y manejar inicialmente los problemas y los trastornos de salud mental, por lo que deben hacerlo adecuadamente.

En el caso de la MGF, las niñas, las adolescentes y las mujeres a las que se les realiza la práctica pueden tener consecuencias psicológicas que pueden afectar su salud mental. Estas consecuencias negativas pueden ser inmediatas y/o prolongadas. La evidencia ha demostrado que la realización de la MGF se puede asociar con un rango de problemas mentales, algunos de los cuales pueden ser reacciones normales a eventos traumáticos. Estos problemas incluyen: irritabilidad, frustración, reminiscencias (“flashbacks”) y pesadillas, sentimientos de baja autoestima, miedos, pensamientos paranoides (por ejemplo, la falsa creencia de que alguien la está persiguiendo o quiere hacerle



La salud  
es de todos

Minsalud

daño), problemas de sueño, tendencias obsesivo-compulsivas, así como problemas de relacionamiento y dificultades psicosexuales. Además, se han descrito tasas más altas de trastornos de salud mental, particularmente: depresión, ansiedad, estrés postraumático y molestias físicas sin causa orgánica (por ejemplo, dolores).

Los impactos psicológicos de la MGF no han sido ampliamente investigados, pero se sabe que son muy variados. No todas las niñas ni las mujeres a las que se les ha realizado una MGF tienen dificultades psicológicas, y tampoco deben considerarse como patológicas la tristeza y la ansiedad en una mujer que ha experimentado esta práctica.

Una niña, adolescente o mujer puede tener alguno de los siguientes problemas mentales si tiene alguno de estos síntomas:

- Depresión:
  - Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa clara
  - Baja energía, fatiga, problemas de sueño
  - Tristeza persistente, afecto triste, ansiedad
  - Pérdida de interés o de placer en actividades que normalmente se disfrutaban
- Ansiedad:
  - Excesivos sentimientos de miedo, preocupación, irritabilidad, frustración y ansiedad sin causa aparente
  - Limitaciones en las actividades cotidianas por causa de estos sentimientos
  - Evitación de lugares particulares a causa de esos sentimientos
- Trastorno de estrés postraumático:
  - Sueños aterradores, reminiscencias o recuerdos intrusivos de un evento traumático
  - Evitar deliberadamente pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que le recuerden el evento traumático
  - Sentirse hipervigilante ante cualquier amenaza y/o reaccionar fuertemente ante movimientos repentinos inesperados (por ejemplo, estar “nerviosa” o “al borde”)

Como medida inicial de atención, y sin necesidad de tener ningún tipo de diagnóstico de problema de salud mental, es posible proporcionar apoyo psicológico básico a través de las siguientes estrategias:

- **Psicoeducación.** Se refiere al proceso de proporcionar educación e información a quienes buscan servicios de salud mental para comprender mejor y afrontar los problemas de salud mental. Se considera muy importante para reducir el estrés al discutir y explicar los síntomas y las opciones de tratamiento. Es fundamental tener en cuenta que se debe proporcionar de una forma respetuosa, sin juzgamientos y sensible a las preocupaciones y las creencias de la



La salud  
es de todos

Minsalud

paciente.

- **Reducción de estresores actuales.** Discuta los estresores actuales de la paciente y aconseje sobre las estrategias de manejo de los problemas. Para esto puede tener en cuenta los siguientes pasos: a) identifique el problema principal; b) ayúdele a la paciente a reconocer posibles estrategias para abordar el problema; c) ayúdele a definir cuál o cuáles estrategias intentar; d) aplique las estrategias, y e) evalúe qué ha pasado (en visitas de seguimiento). En general, evite dar consejos directos; en cambio, promueva que la paciente desarrolle sus propias soluciones.
- **Enseñar y promover el uso de técnicas de reducción del estrés.** Tenga en cuenta que la persona ya puede conocer algunas de estas técnicas, o culturalmente se manejen algunas, por lo que se debe promover que continúe implementándolas.
- **Promover el afrontamiento positivo.** Puede hacerse a partir de pasos básicos y simples, particularmente a través de las actividades cotidianas.
- **Promover la participación de las actividades cotidianas.**
- **Fortalecer el apoyo social.**

Para mayor profundidad sobre estos conceptos relacionados con la evaluación y la intervención en salud mental, se recomienda la lectura completa del *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* (OMS, 2018). En lo concerniente al manejo de los trastornos específicos de salud mental, debe apoyarse en las y los profesionales y en especialistas de salud mental (psicología y psiquiatría), quienes deben realizar intervenciones específicas.

En términos generales, si se sospecha un trastorno depresivo, se pueden considerar las siguientes estrategias de psicoterapia: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, consejería para resolución de problemas y activación conductual. El uso de antidepresivos suele estar restringido a casos en los que la psicoeducación y el apoyo psicológico no ha sido útil, y si tiene entrenamiento en el uso de estos.

Es importante tener en cuenta que la preocupación, el miedo y la ansiedad son sentimientos normales; sin embargo, cuando son excesivos, ocurren la mayor parte del tiempo, se producen sin un desencadenante aparente y, además, interfieren con el funcionamiento o con las actividades cotidianas, pueden tratarse como un trastorno de ansiedad. Con frecuencia este trastorno coexiste con la depresión. La psicoterapia que ha mostrado resultados positivos en casos de trastornos de ansiedad es la terapia cognitivo conductual y la consejería para la resolución de problemas. Se recomienda no formular benzodiazepinas o antidepresivos para casos de estrés agudo o de trastornos de ansiedad. El principal pilar para el manejo de la ansiedad es la psicoeducación. En todos los casos en que se sospeche, se debe realizar psicoterapia y estar siempre alertas ante la presencia de conducta suicida.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### **6.4.1.6.4. Recomendaciones para la atención en salud sexual en el contexto de la MGF**

La salud sexual puede definirse como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. La definición también establece que no es suficiente la ausencia de enfermedad o de discapacidad para disfrutar de una vida sexual plena. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias placenteras y seguras, libres de presiones, discriminación y violencia.

En el caso de las niñas y las mujeres a las que se les ha realizado la MGF, han experimentado una práctica que daña estructuras anatómicas directamente involucradas en la respuesta sexual femenina, lo que puede afectar su bienestar y su salud sexual. Aunque no todas las niñas, adolescentes o mujeres con MGF tendrán problemas al respecto, las y los profesionales de la salud deben ser conscientes de los riesgos y los problemas potenciales que se pueden presentar, y deberán abordar las necesidades en salud de forma apropiada, incluyendo los aspectos relacionados con su salud sexual.

Para tener una revisión más profunda sobre los aspectos anatómicos y fisiológicos de la salud sexual de la mujer, se recomienda la lectura a profundidad del capítulo sobre salud sexual y MGF del *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* (OMS, 2018). Respecto a la salud sexual, la evidencia muestra que en comparación con mujeres a las que no se les ha realizado MGF, aquellas que sí la han experimentado son más proclives a desarrollar dispareunia (dolor durante la relación sexual), reducción de la satisfacción sexual y/o reducción del deseo sexual. Asimismo, en mujeres con MGF los siguientes factores pueden repercutir en su bienestar y salud sexual:

- Repetidas experiencias sexuales negativas.
- Creencias personales relacionadas con la sexualidad (las cuales suelen estar arraigadas en otros factores socioculturales y personales).
- Eventos traumáticos previos (por ejemplo, relaciones sexuales forzadas o el evento mismo de la MGF).
- Emociones negativas en relación con la MGF (algunas veces la práctica lleva a una autoimagen corporal negativa frente a los propios genitales).
- Problemas en la vida marital o en la relación asociados a la MGF (por ejemplo, por la dispareunia, el rechazo a tener relaciones sexuales o el miedo, lo que puede llevar a gran frustración y tristeza en uno o ambos miembros de la pareja).

Tenga en cuenta los siguientes elementos para la atención de la salud sexual de las mujeres que han sido sometidas a la MGF.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Es recomendable abordar los aspectos relacionados con la salud sexual de las mujeres. Sin embargo, debe hacerse de una forma culturalmente sensible, puesto que en muchas culturas se considera tabú hablar sobre sexualidad.
- Si la niña, la adolescente o la mujer prefiere ser atendida por profesionales mujeres, ofrezca esa posibilidad en el caso en el que sea posible.
- Como prestador de atención en salud que no es especialista en proporcionar atención en salud sexual, no se está esperando que usted ofrezca terapia sexual a profundidad. Su papel principal es escuchar y preguntarle a la mujer sobre las preocupaciones relacionadas con la salud sexual y apoyarla entregando información esencial y sugerencias útiles. Las habilidades más importantes son escuchar, preguntar, mostrar empatía y responder constructivamente a los problemas específicos.
- Aborde la consulta con una actitud positiva, lo que hará que la paciente se sienta más cómoda.
- Respete siempre la perspectiva de la mujer durante la conversación y mantenga un abordaje sin juzgamientos. En este sentido, evite usar palabras que puedan parecer juzgadoras, tal como preguntar “¿por qué?”.
- Sea paciente y respete la capacidad de la mujer para expresarse y para compartir información sobre su vida íntima.
- No la presione.
- Ayude a su paciente a que encuentre sus propias soluciones.
- Los y las profesionales tienen la obligación de remitir a la paciente a otro prestador de servicios de salud si sienten dificultades éticas, morales o profesionales. Los aseguradores deben garantizar dentro de su red de prestación de servicios que se pueda garantizar esta atención.
- En caso de reportes de violencia sexual, o sexo no consentido, explíquelo a la mujer que esto es una violación de los derechos humanos y que nadie merece ser tratado de esa forma. Realice la atención específica.
- Un esposo o una pareja solo debe participar en las consultas sobre salud sexual si existe interés terapéutico de la mujer y solo bajo su consentimiento.
- Si usted ha determinado que la mujer tiene preocupaciones o dificultades sobre su salud sexual, tenga en cuenta los siguientes cuatro elementos que pueden mejorar el bienestar y la salud sexual de la mujer sin que usted sea un especialista en el tema:
  - **Maneje las condiciones de salud que pueden afectar el bienestar y la salud sexual de la mujer:** por ejemplo, la presencia de infibulación, quistes o queloides obstructivos o dolorosos en el área genital, adherencias vulvares, neuromas clitorianos, abscesos vulvares, infecciones, etc.
  - **Proporcione información esencial sobre sexualidad y salud sexual:** por ejemplo, temas de anatomía y respuesta sexual femenina, y ayudarle a sentirse empoderada



para hablar con su pareja sobre sexualidad. Esto puede contribuir sustancialmente a mejoras en la salud sexual de las mujeres. Enfatique, siempre que sea posible, que las mujeres con MGF son capaces de experimentar placer sexual.

- **Pregunte sobre la relación de la mujer con su esposo o su pareja:** si una mujer sufre violencia en su relación de pareja (física o sexual) o tiene un matrimonio difícil, será muy difícil que tenga bienestar y una vida sexual placentera. Si sospecha o confirma que la paciente está experimentando violencia, actúe de acuerdo con la ruta específica. No aborde ese tema a menos de que la mujer esté sola. Si lo hace, use lenguaje apropiado y culturalmente sensible, usando las palabras empleadas por la mujer.
- **Promueva ideas positivas sobre la sexualidad:** si durante la consulta logra establecer que la paciente tiene creencias negativas que influyen el bienestar sexual, proporcione mensajes positivos que le ayuden a aclarar esas creencias y el enfoque la sexualidad de una forma positiva. Esto puede hacerse explicando que la sexualidad es natural e importante en los seres humanos, no es sucio ni vergonzoso; que todas las mujeres y los hombres tienen derecho a expresar su sexualidad y a disfrutar de una vida sexual saludable; que todas las mujeres pueden sentir curiosidad sobre sus cuerpos y que esto es saludable y natural; que las mujeres con MGF que tienen dificultades sexuales pueden aprender, con apoyo y atención, a disfrutar una vida sexual plena; y que las personas pueden aprender y practicar cosas que mejorarán su vida sexual.
- No insista si la mujer prefiere no hablar sobre su esposo o su pareja.
- Si lo considera necesario y se encuentra disponible, remita a la paciente para terapia sexual adicional.
- Solo ofrezca sesiones adicionales si se siente que tiene la suficiente preparación para proporcionarlas y si la mujer está dispuesta a participar. En caso de que haya barreras de lenguaje, use una intérprete femenina que ojalá sea trabajadora de la salud, y que no sea amiga o familiar.

#### **6.4.1.6.5. Recomendaciones sobre la cirugía genital y la reconstrucción del clítoris**

No todas las mujeres que han sido sometidas a MGF necesitan cirugía genital; esta está indicada para aquellas que tienen complicaciones severas de la MGF, tales como tejido cicatricial doloroso y/o quistes o queloides sintomáticos, o que, debido a su tamaño o síntomas recurrentes, causen dolor o molestias en la región genital o durante las relaciones sexuales.

La reconstrucción clitoriana es un procedimiento quirúrgico aplicado al tejido genital y/o clitoriano en mujeres que han sido sometidas a MGF. La evidencia disponible hasta el momento indica que esta



La salud  
es de todos

Minsalud

cirugía puede mejorar el dolor clitoriano crónico, así como la dispareunia entre mujeres que tienen daño en el tejido del clítoris a causa de la práctica. Sin embargo, hay poca evidencia frente a la seguridad y la efectividad de este procedimiento quirúrgico para mejorar la salud sexual de la mujer; de hecho, hay casos de mujeres que han experimentado empeoramiento de los resultados relacionados con la sexualidad después de la reconstrucción. Esto debe informarse a las mujeres que estén interesadas o estén buscando realizarse la cirugía de reconstrucción clitoriana.

Asimismo, aunque el procedimiento de la reconstrucción clitoriana está descrito en la literatura científica mundial, no se tiene conocimiento de su realización en Colombia, por lo que se debe promover el desarrollo de capacidades de especialistas que puedan llegar a practicarlo (por ejemplo, de la especialidad de ginecología o de cirugía plástica y reconstructiva), y desde las sociedades científicas se deben apoyar los procesos necesarios para su nominación e inclusión en el Plan de Beneficios en Salud, y su garantía. Las Direcciones Territoriales de Salud deben identificar dentro de la red de prestación de servicios cuáles son las y los profesionales que tienen el entrenamiento para realizar este tipo de procedimientos.

Por otro lado, existe también evidencia de que las mujeres a las que se les realizó MGF, cuando se les ofrece una atención psicosexual multidisciplinaria, incluyendo consejería sexual, y cuando están considerando la cirugía de reconstrucción clitoriana, frecuentemente deciden no realizarse el procedimiento y refieren sentirse tranquilas como resultado de la consejería. Por lo tanto, debe resaltarse que el bienestar sexual no necesariamente exige la realización de la cirugía y que este tipo de procedimiento puede no ser la respuesta para todas las mujeres. Si se considera la realización de la cirugía, debe contemplarse como parte de un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario que incluya médicos/as, psicólogos/as y sexólogos/as.

En el caso de mujeres asintomáticas a las que se les ha realizado MGF y están solicitando la cirugía, el manejo de estos casos debe empezar preferiblemente con los procedimientos menos invasivos que estén disponibles. Recuerde que la desinfibulación mejora la salud y el bienestar en las mujeres a las que se les ha realizado la MGF Tipo III, al tiempo que mejora las relaciones sexuales y facilita la micción y el parto. La evidencia también muestra que después de la desinfibulación, las mujeres reportan mejoría general de su vida sexual, reducción de la dispareunia e incluso aumento del placer sexual.

#### **6.4.1.7. Activación de ruta sectorial e intersectorial en casos de MGF**

Al igual que en los demás tipos de violencia basada en género, en el caso de la MGF se requiere igualmente la activación de rutas a nivel sectorial e intersectorial. Esta activación se da a partir de la notificación y se debe realizar siempre que se tenga conocimiento de este tipo de práctica por primera vez. Esto quiere decir que no se requiere activación de casos ya conocidos que se



La salud  
es de todos

Minsalud

encuentran en seguimiento, a menos que surja algún elemento nuevo que deba ser tratado de forma adicional, en el marco de las rutas sectoriales o intersectoriales. Las notificaciones a realizar son:

- **Epidemiológica:** se encuentra incluida la variable mutilación genital en el Sistema de Vigilancia de Violencias de Género (SIVIGILA), por lo que este tipo de casos deben ser notificados a este sistema. Esta notificación debe ir acompañada de un adecuado registro del diagnóstico en la historia clínica.
- **Protección:** se debe realizar notificación a la entidad de protección local independientemente de que se trate de una niña, de una adolescente o de una mujer adulta. La entidad de notificación de este tipo de casos puede ser la Defensoría de Familia (entidad del ICBF) o la Comisaría de Familia en el caso de niñas o adolescentes, ya que ambas tienen responsabilidades frente al restablecimiento de sus derechos. En el caso de las mujeres adultas, la notificación debe hacerse a la Comisaría de Familia. Las o los profesionales tratantes deben verificar que esta notificación se realice en el caso en el que tradicionalmente sean realizadas las notificaciones por psicología o por trabajo social de la institución.
- **Justicia:** de acuerdo con la Resolución 459 de 2012, en los casos de violencia sexual se debe realizar la notificación al sector justicia. La entidad a la que se debe notificar es la Fiscalía General de la Nación. De acuerdo con la Ley 1438 de 2011, también es posible hacerlo a la Policía de Infancia y Adolescencia. Es posible que en este tipo de casos se solicite la realización de un dictamen médico legal, en cuyo caso, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ya cuenta con un procedimiento establecido para la valoración de la MGF. Lo más importante es que se realice la notificación a una entidad de este sector.

En el caso en el que se identifique que una niña o una adolescente se encuentra en alto riesgo de que se le practique la MGF, se debe notificar al ICBF, e informar a la entidad territorial de salud. Como medida de apoyo, las DTS cuentan con procedimientos establecidos para la prevención de la MGF en el territorio.

Las notificaciones siempre deben manejarse de forma confidencial, de forma que solamente las personas que realicen intervenciones de salud, de protección o de justicia tengan conocimiento de los casos, y se evite la intrusión de curiosos en la intimidad de la niña, la adolescente o la mujer.

La notificación es una medida fundamental para fortalecer los sistemas de información y contar con datos más confiables sobre la realización de la práctica en el país. Asimismo, la notificación intersectorial es vital para fortalecer los esfuerzos intersectoriales para prevenir la realización de la MGF y para mejorar la atención integral de las víctimas.



La salud  
es de todos

Minsalud

En caso de muerte de la niña, la adolescente o la mujer víctima de MGF —independiente de que la muerte sea presenciada o no—, debe llamarse inmediatamente a las autoridades para la realización del procedimiento legal correspondiente de inspección y levantamiento del cadáver, y de solicitud y realización de la necropsia médico legal.

#### **6.4.1.8. Registro de la información en la historia clínica**

Toda la información obtenida como consecuencia de los distintos procedimientos de detección, valoración, diagnóstico o manejo, así como las conductas tomadas en el marco de la atención de la víctima, deben ser registradas en la historia clínica. Este registro debe ser completo, en letra clara y legible y debe manejarse de forma confidencial para evitar la vulneración del derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la paciente. La información solo se debe registrar en la historia clínica y no estar visible en órdenes de interconsulta, de remisiones o de solicitudes de exámenes, entre otros, en cuyos casos solo deben aclararse los datos de identificación de la paciente.

Respecto al registro de la información observada en el examen físico debe realizarse una adecuada descripción de los hallazgos del examen físico incluyendo cualquier lesión o cicatriz en el periné o en la parte interna de los muslos (por ejemplo, quemaduras), cualquier complicación de salud relacionada con la MGF, y en general, cualquier condición médica adicional identificada.

Asimismo, cuando realice el registro del diagnóstico de MGF, asegúrese de usar el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (actualmente, CIE-10) relacionado con la realización de la MGF. El estado o la realización de la MGF no tiene un código específico con este nombre, así como tampoco lo tienen los tipos específicos de MGF, sin embargo, el código que puede ser usado para la descripción de esta práctica es el Z412, circuncisión ritual o de rutina. Es posible que deban registrarse también los diagnósticos correspondientes a las complicaciones de la práctica, sin embargo, el diagnóstico principal debe ser el de la MGF. Debe tenerse en cuenta que este código no diferencia si la práctica se realizó a un niño, a una niña, a un hombre o a una mujer, por lo que el análisis de la información de los Registros Individuales de Prestación de los Servicios (RIPS) debe tener en cuenta estas otras variables, así como la posibilidad de que se haya usado otro código para el registro. Para obtener más información relacionada con los códigos del CIE-10 que podrían ser usados por error en el registro de una práctica de forma voluntaria o involuntaria, consúltese el Anexo 4.

#### **6.4.1.9. Seguimiento de largo plazo**

La atención de las niñas, las adolescentes o las mujeres víctimas de MGF requiere un adecuado seguimiento a las consecuencias de la realización de la práctica, ya que estas pueden aparecer



La salud  
es de todos

Minsalud

mucho tiempo después de la misma y también pueden tener un comportamiento crónico.

Las actividades de seguimiento de largo plazo de las víctimas de MGF dependen del momento del curso de vida en el que se encuentre la víctima y de sus necesidades en salud. Sin desmedro de considerar que requiere la atención de largo plazo por especialistas de otro tipo, el seguimiento requerirá específicamente valoraciones periódicas por pediatría, medicina familiar o medicina general, ginecología y psicología. El seguimiento por pediatría se debe realizar así:

- Niñas en primera infancia: al mes de la atención inicial, a los tres meses de la valoración anterior, a los seis meses de la valoración anterior, al año de la valoración anterior y de forma anual hasta alcanzar la mayoría de edad. Durante la adultez continuará el seguimiento por medicina familiar o por medicina general. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la niña antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento.
- Niñas en infancia y adolescentes: al mes de la atención inicial, a los tres meses de la valoración anterior, a los seis meses de la valoración anterior, al año de la valoración anterior y de forma anual hasta alcanzar la mayoría de edad. Durante la adultez continuará el seguimiento por medicina familiar o por medicina general. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la niña antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento.

El seguimiento por medicina familiar o por medicina general se hará a las mujeres adultas en relación con la atención inicial, Cada seis meses durante los primeros dos años, luego de forma anual.

Por su parte, el seguimiento por ginecología se debe realizar así:

- **Niñas y adolescentes:** a los tres meses de la atención inicial, a los seis meses de la valoración anterior (o sea, a los nueve meses de la atención inicial), al año de la valoración anterior (o sea, a los 21 meses de la atención inicial) y luego, cada dos años hasta alcanzar la mayoría de edad. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la niña o la adolescente antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento. Puede modificarse según el juicio clínico del especialista, de acuerdo a la necesidad de la niña o la adolescente.
- **Mujeres:** a los tres meses de la atención inicial, a los seis meses de la valoración anterior (o sea, a los nueve meses de la atención inicial), al año de la valoración anterior (o sea, a los 21 meses de la atención inicial) y luego, cada dos años durante diez años. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la mujer antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento. Puede modificarse según el juicio clínico



del especialista, de acuerdo a la necesidad de la mujer.

El seguimiento por psicología se debe realizar en relación con la atención inicial, así:

- **Niñas en primera infancia y en infancia:** al mes de la atención inicial, a los seis meses de la valoración anterior (o sea, a los nueve meses de la atención inicial), al año de la valoración anterior, y si no hay ningún hallazgo significativo, se continuará la atención en la adolescencia. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la niña antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento.
- **Adolescentes:** al mes de la atención inicial, a los tres meses de la valoración anterior, a los seis meses de la valoración anterior (o sea, a los nueve meses de la atención inicial), a los seis meses de la valoración anterior y semestralmente por dos años. Luego de forma anual hasta alcanzar la mayoría de edad. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la adolescente antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento.
- **Mujeres:** al mes de la atención inicial, a los tres meses, a los seis meses de la valoración anterior (o sea, a los nueve meses de la atención inicial), al año de la valoración anterior, y luego cada dos años durante tres valoraciones más. Se debe dejar siempre la posibilidad de consulta abierta por si se requiere la atención de la mujer antes del tiempo programado para la siguiente visita de seguimiento.

Procedimientos específicos como el tamizaje de hemoglobina y la toma de exámenes para diagnóstico de condiciones particulares se harán según los lineamientos particulares de cada condición.

#### **6.4.1.10. Educación para la salud**

La atención que brindan los prestadores de salud no debe recaer solamente en proporcionar tratamiento, sino también en comprender las necesidades en salud física, mental y sexual de la víctima y, además, proveer información y educación para la salud. La educación para la salud puede realizarse en los casos en los que ya se llevó a cabo la práctica a la niña, la adolescente o la mujer, en los casos en los que se haya podido detectar que una niña o una adolescente se encuentra en riesgo de sufrir MGF, y en el marco de los procesos que se implementen para la prevención y la erradicación de la práctica.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que puede realizarse en cada contacto con las o los profesionales de la salud, y específicamente en el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud por momento del curso de vida, se puede



La salud  
es de todos

Minsalud

complementar con las actividades de educación para la salud individuales o grupales.

Es fundamental hablar sobre la MGF con las niñas, las adolescentes y las mujeres. En muchos casos, las víctimas no buscan atención en salud porque pueden sentir vergüenza, pudor, no confían en las o los profesionales de la salud o en los hospitales, no tienen dinero para pagar la atención, no son capaces de acceder a la institución sanitaria, o consideran que no es necesario. Sin embargo, deben tenerse en cuenta las intervenciones y acciones que se están implementando a nivel local para la prevención de la MGF, ya que es posible articular los esfuerzos educativos con estos procesos, y así lograr beneficiar también a las familias y la comunidad.

Recuerde que un momento que se constituye en una importante ventana de oportunidad para la prevención es el período postparto y de atención neonatal, así como las valoraciones integrales en salud de las niñas y las adolescentes (antiguamente consulta de crecimiento y desarrollo). Una mujer con cualquier tipo de MGF, y que tiene una hija, debe ser aconsejada sobre las consecuencias si se le realiza esta misma práctica. El esposo/padre y los demás miembros de la familia quienes son influyentes sobre la decisión de realizar la MGF también deben ser aconsejados sobre los mismos temas.

En las niñas, adolescentes y mujeres a las que ya se les realizó la práctica, es importante continuar con las recomendaciones sobre higiene en la región genital teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Usar solo agua limpia o jabón suave y agua limpia.
- Evitar el uso de todo tipo de productos perfumados o “lavados”.
- Lavar solo la región genital por fuera. No son necesarias las duchas vaginales.
- Si se prefiere usar un limpiador, usar uno para la piel sin perfume o sin jabón o un jabón suave una vez al día. Asegurarse de enjuagar bien.
- Limpiar la región genital y la región anal de adelante hacia atrás.
- Secar bien siempre la región genital después de bañarse.

#### **6.4.2. Acciones colectivas de la gestión del riesgo en salud**

Las acciones colectivas dirigidas a la gestión del riesgo en salud frente a la mutilación genital femenina, incluye las recomendaciones para la prevención de la MGF sectoriales y a nivel de los procesos interculturales de eliminación de prácticas, y la vigilancia comunitaria.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### **6.4.2.1. Recomendaciones para la prevención de la MGF en procesos sectoriales e interculturales de eliminación de prácticas nocivas**

A nivel mundial se han desarrollado múltiples estrategias para prevenir la MGF, las cuales han estado orientadas principalmente al entrenamiento de profesionales de la salud, a la realización de actividades educativas para el empoderamiento de la comunidad y a llevar a cabo actividades de comunicación en la comunidad para el cambio de comportamientos.

Una revisión sistemática realizada por Berg y Denison (2012) reveló que la calidad de la evidencia de los estudios revisados en su investigación sobre efectividad de las intervenciones diseñadas para prevenir la MGF mostraba limitaciones que no permitían saber cuál de estas era la estrategia más poderosa para la prevención. Sin embargo, su investigación también halló que sí existen resultados positivos con intervenciones de este tipo (p. 135).

Una de las reflexiones más destacadas que plantean estos autores es la de la importancia del tiempo que se toma para la planeación de las intervenciones de prevención para la MGF y, en consecuencia, el conocimiento y la comprensión de las comunidades en las que se va a intervenir. A este respecto, Berg y Denison (2012) lo explican así:

Las razones de la eficacia limitada de las intervenciones incluidas [en el estudio] son probablemente muchas, pero la relevancia imperfecta y la fidelidad de la implementación parecen particularmente probables. Por relevancia, nos referimos al grado de ajuste o coincidencia entre una intervención y las peculiaridades de la comunidad objetivo, incluidas las características demográficas y psicológicas. Tal ajuste se logra mejor a través de una planificación rigurosa del programa, que incluya un estudio intensivo de las particularidades del entorno antes de que se inicie una intervención. La falta de conocimiento y comprensión de las características clave de los grupos objetivo dificulta el diseño de programas apropiados y culturalmente relevantes. (p. 143)

Aunque esto pareciera algo lógico, muchas veces no ocurre. En ocasiones las intervenciones que se dirigen a las comunidades indígenas son esporádicas, aisladas y sin proceso. A veces se desarrollan en el marco de la contratación y la operación del Plan de Intervenciones Colectivas, lo cual está supeditado a temas administrativos y de ejecución que pueden llevar a un tiempo de intervención corto y de inicio tardío. En este sentido, es fundamental que se promuevan los diálogos y los esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales articulados que permitan construir relaciones de confianza con las comunidades indígenas, y que permitan avanzar en el establecimiento de relaciones interculturales sostenibles.

Una muestra del impacto positivo de este ejercicio de trabajar articuladamente con diferentes actores y partiendo del conocimiento de las características culturales, puede encontrarse en los resultados del Proyecto Embera Wera y en el Proyecto realizado en el 2017 en los municipios del departamento de Risaralda con un abordaje ampliado que incluyó el tema de la MGF, en los que participaron



La salud  
es de todos

Minsalud

equipos de campo interdisciplinarios e interculturales.

Es importante tener en cuenta, entonces, algunos elementos a forma de recomendación para la prevención de la MGF:

- Recuerde que es posible transformar las normas sociales y culturales para el abandono de la práctica. Conozca la experiencia de Colombia frente al tema (Proyecto Embera Wera).
- El abordaje culturalmente sensible y basado en la interculturalidad a las personas de comunidades étnicas, tiene un gran impacto en la aceptación de las recomendaciones que se proporcionen en el contexto de la atención en salud y puede contribuir a la transformación de normas sociales. En este sentido, se debe continuar con el entrenamiento al talento humano en salud y se debe continuar el proceso de desarrollo de capacidades y competencias culturales.
- La prevención de la MGF exige el establecimiento de relaciones de interculturalidad, lo que implica tanto tiempo como proceso por parte de los actores. En este sentido, es fundamental que las IPS revisen su disposición y grado de avance frente a la atención culturalmente sensible y basada en la interculturalidad. Esto se refleja, por ejemplo, en la atención en salud que brindan a personas de comunidades indígenas, el conocimiento de su perfil epidemiológico, la disponibilidad de intérpretes para la atención en salud, o la posibilidad de participación de personas indígenas en las actividades que se realizan no como sujetos pasivos de atención, sino como actores activos de la misma, entre otras.
- Los esfuerzos deben ser interinstitucionales, intersectoriales e interdisciplinarios, y deben tener en cuenta otros elementos adicionales al tema puntual de la MGF. En este sentido, vale la pena tener en cuenta que en las comunidades indígenas se presenta mayor carga de morbilidad y de mortalidad evitable, y que incluso, algunas se encuentran en riesgo de extinción por distintos motivos, como es el caso de la comunidad Embera.
- Se deben tener en cuenta las lecciones aprendidas —tanto positivas como negativas— de las intervenciones para la prevención, y lo ideal es construir sobre lo construido. Los pueblos y las personas tienen memoria y las intervenciones que se desarrollan al ser recordadas luego, facilitan el aprendizaje. Como se demostró en el proyecto de Risaralda (2018), en las comunidades del Pueblo Embera a las que llegó el Proyecto Embera Wera existía memoria del proceso y eran más abiertas a la transformación social en comparación con las comunidades a las que no alcanzó a llegar dicha iniciativa (Secretaría de Salud del departamento de Risaralda, 2018, pp. 20-21).
- Es fundamental incluir a los hombres en algunas intervenciones de prevención. Si bien es cierto que gran parte de las estrategias deben dirigirse al empoderamiento de las mujeres en las comunidades, también es cierto que en el trasfondo de la estructura social que somete y discrimina a las mujeres, se produce una posición favorable para el hombre, por lo que



La salud  
es de todos

Minsalud

involucrarlos como protagonistas de un cambio en las relaciones de género de las comunidades será bastante útil, significativo y potente para el abandono de la MGF. Este aspecto se ha tenido en cuenta en pocos estudios y ya se encuentra disponible en una revisión sistemática específica sobre el tema (Varol *et al.*, 2015).

Tenga en cuenta el impacto en la prevención de la práctica que tienen los procesos de educación para la salud que se han desarrollado de forma individual. Asimismo, recuerde que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud ha dispuesto la posibilidad de realizar actividades grupales de educación para la salud, lo que plantea la necesidad de complementariedad entre actividades individuales, y procesos de Información, Educación y Comunicación (IEC) que puedan desarrollarse en el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas.

Es muy importante focalizar acciones de prevención y participar de procesos interculturales de eliminación de prácticas en los casos de niñas y adolescentes que se identifican en riesgo de MGF, según los criterios presentados previamente en este mismo capítulo. Del mismo modo, deben estar articulados con los procesos de promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género.

#### **6.4.2.2. Vigilancia comunitaria**

La vigilancia comunitaria ha sido identificada como una herramienta fundamental para la prevención y la identificación oportuna de eventos importantes en salud pública en las comunidades. En este sentido, y teniendo en cuenta las condiciones y características de riesgo de las comunidades indígenas del país, es deseable fortalecer esta estrategia con el objeto de fortalecer la prevención y la promoción de la salud, así como mejorar la búsqueda de la atención respectiva por parte de las personas, las familias y las comunidades. En el caso específico de la MGF, debe incluir el seguimiento longitudinal de las gestantes y las niñas de la comunidad, lo que permitirá además impactar otros resultados en salud materno-infantil al contribuir a la identificación oportuna de la morbilidad evitable.

#### **6.5. Gestión de la salud pública**

La atención de las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas de MGF debe ser entendida y gestionada desde el marco de la atención integral en salud, lo que requiere un proceso de gestión coordinada tanto sectorial como intersectorial, que permita el adecuado desarrollo de cada uno de los componentes para este tema concreto (promoción de la salud, de los derechos sexuales, de los derechos reproductivos, y la gestión del riesgo en salud). Para esto se deben tener en cuenta los



La salud  
es de todos

Minsalud

siguientes elementos:

- La gestión de la atención integral en salud debe estar centrada en los sujetos de atención (personas, familias y comunidades).
- Los entornos de vida de las personas se constituyen en escenarios de transformación social y, por lo tanto, impactan la atención integral en salud de las víctimas.
- La gestión debe ser consciente de las particularidades territoriales y de las condiciones geográficas que pueden plantear desafíos para la atención de las víctimas.
- La gestión debe ayudar a la implementación del abordaje con sensibilidad y competencia cultural y basada en la interculturalidad.
- Debe garantizarse el continuo de la atención en salud sin barreras de ningún tipo.
- Deben desarrollarse capacidades en los y las profesionales que atienden a las niñas, a las adolescentes y a las mujeres adultas a las que se les ha realizado la práctica, y a aquellas que se encuentran en riesgo de sufrirla.
- Debe buscarse la articulación complementaria entre la atención individual y las intervenciones colectivas para trabajar tanto en la prevención de la práctica como en la atención de la misma.
- Debe fortalecerse la vigilancia en salud pública como medida para fortalecer los esfuerzos de la atención integral en salud.

Gestionar la atención en salud ubicando en el centro a las personas requiere que la planeación, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de la atención en salud se realicen considerando de forma integral a los sujetos de atención con sus particularidades y sus contextos territoriales; lo cual implica realizar ajustes en aspectos tales como: los servicios, las modalidades de prestación, la distribución de los recursos, las tecnologías, los mecanismos de abordaje de las poblaciones, la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) y el relacionamiento entre los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que garanticen los resultados en salud (MSPS, 2018, p. 16).

La gestión de la salud pública frente a la MGF plantea exigencias a los actores del SGSSS y particularidades para los procesos de desarrollo de capacidades, las cuales se describen a continuación.

### **6.5.1. Responsabilidades de los actores del SGSSS frente al abordaje y la atención integral en salud de la MGF**

#### **6.5.1.1. Entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales):**

- Contar con el análisis de situación de salud de la población del territorio, e incluir información



La salud  
es de todos

Minsalud

sobre la presencia de prácticas nocivas: MGF y matrimonio infantil precoz y forzado.

- Garantizar la articulación de las actividades y procedimientos específicos de la atención integral en salud a las víctimas de MGF con el resto de actividades y procedimientos del SGSSS (lo que incluye las RIAS y la formulación e implementación del SISPI).
- Identificar la oferta requerida, adecuar los servicios de salud y establecer las modalidades de atención que garanticen la atención integral a las víctimas de MGF.
- Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud y las organizaciones sociales o comunitarias la definición de estrategias, planes, proyectos e intervenciones dirigidas a modificar e impactar positivamente en los determinantes sociales de la MGF, en las condiciones de vida de la comunidad, así como la generación de entornos protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo humano. Asimismo, identificar los programas, proyectos y oferta de servicios existentes en el territorio que aborden la problemática.
- Velar por el acceso efectivo de las víctimas a la atención integral en salud sin barreras de ningún tipo.
- Gestionar las acciones necesarias para impulsar la disponibilidad y competencia del talento humano que atienda a las víctimas con un abordaje culturalmente sensible y basado en la interculturalidad.
- Suscribir o acordar los procedimientos, rutas y mecanismos de activación de la respuesta sectorial e intersectorial, requeridas para la complementariedad de las acciones y la gestión integrada e integral de los servicios sociales y de salud.
- Velar por la adecuada gestión de la prestación de servicios de salud y gestión del aseguramiento en el territorio.

#### **6.5.1.2. Entidades Promotoras de Salud:**

- Realizar la caracterización de su población afiliada y participar en el proceso de análisis de situación de salud convocados por los departamentos o distritos donde se ubica su población afiliada. Se recomienda que en este análisis se incluya información sobre las prácticas nocivas, incluyendo la MGF.
- Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de la población a su cargo y estructurar o contratar la oferta requerida para garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural.
- Definir la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, las modalidades de prestación y los mecanismos o estrategias de gestión requeridos para garantizar la atención integral a las víctimas.
- Garantizar la prestación de los procedimientos contemplados en los lineamientos de atención integral en salud a víctimas de MGF sin ningún tipo de barreras de acceso.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Definir, implementar, monitorear y evaluar los mecanismos de referencia y contra-referencia y de coordinación entre los prestadores que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones dispuestas en los lineamientos de atención integral en salud a víctimas de MGF.
- Poner en conocimiento de los prestadores de su red las intervenciones colectivas definidas y planeadas por la Dirección Territorial de Salud y los acuerdos establecidos con las entidades territoriales para la complementariedad de los planes de beneficios y otras iniciativas territoriales que contribuyan a la atención integral en salud de las víctimas de MGF.
- Gestionar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la atención integral en salud con un abordaje culturalmente sensible y basado en la interculturalidad.

#### **6.5.1.3. Prestadores de servicios de salud:**

- Conocer la situación de salud de las niñas, las adolescentes, las mujeres y las familias a su cargo (en el territorio donde se desempeña).
- Garantizar la prestación de la atención en salud a las víctimas de MGF con sensibilidad y competencia cultural, evitando las victimizaciones secundarias y sin barreras de ningún tipo.
- Cumplir con los lineamientos de atención integral en salud a las víctimas de MGF.
- Participar de las intervenciones dirigidas a la prevención de la práctica de la MGF a nivel individual y a nivel colectivo.
- Garantizar una atención respetuosa y garante de los derechos humanos de las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas de MGF.
- Promover las atenciones dispuestas en rutas sectoriales específicas, como la ruta de violencias, la RIAPMS, la RIAMP, y las intervenciones de rutas intersectoriales.
- Cumplir los mecanismos de referencia y contra-referencia y de coordinación entre los prestadores establecidos.
- Comprometerse en el desarrollo y el fortalecimiento de sus capacidades para la atención en salud con un abordaje culturalmente sensible y respetuoso de los derechos humanos de las víctimas de MGF.
- Realizar el registro completo en la historia clínica, de forma ordenada, de modo que se evite tener que repetir preguntas sobre la MGF.

#### **6.5.2. Desarrollo de capacidades**

Es fundamental acompañar el proceso de desarrollo de capacidades de los y las profesionales de la salud para la adecuada implementación de estos lineamientos. Esto es de especial relevancia, ya que la atención de las niñas, las adolescentes y las mujeres víctimas de prácticas nocivas como la



La salud  
es de todos

Minsalud

MGF exige un abordaje culturalmente sensible, competente y respetuoso de los derechos humanos.

Debe tenerse en cuenta que puede considerarse complicado hablar sobre MGF porque:

- Las o los profesionales pueden creer que hablar sobre este tema puede revivir algún trauma en la niña o la mujer.
- Puede considerarse que es un tema cultural, privado o familiar y, de hecho, las niñas, adolescentes o mujeres podrían llegar a sentirse incómodas, particularmente cuando el profesional es hombre.
- Algunos trabajadores de la salud pueden sentir que no están preparados o entrenados para proveer una adecuada atención y apoyo a las niñas y a las mujeres a las que se les realizó la práctica.
- No hay tiempo suficiente durante la consulta.
- Las niñas y las mujeres pueden llegar a pensar que el profesional no está familiarizado con el tema y no brindará atención ni cuidado competente a las complicaciones de salud.
- La niña o la mujer puede sentir mucho dolor o encontrarse en una situación emocional en la que no pueda comunicarse abiertamente.
- Las niñas y las mujeres tengan miedo a ser juzgadas o culpabilizadas por la MGF o por las complicaciones que puedan tener.

En consecuencia, debe tenerse en cuenta que los y las profesionales de la salud requieren desarrollar capacidades no solamente en los contenidos técnicos de estos lineamientos, sino también en aspectos que les ayuden a prestar una atención adecuada y que se relacionan principalmente con la comunicación, los abordajes y la aplicación de los enfoques de trabajo durante la promoción de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, y la gestión integral del riesgo en salud. Como medida de apoyo para el desarrollo de capacidades frente a la MGF se recomienda la consulta de los recursos educativos incluidos en el Anexo N° 5.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abdulcadir, J., Catania, L., Jane, M., Say, L., Petignat, P. y Abdulcadir, O. (2016). Female genital mutilation: A visual reference and learning tool for health care professionals. *Obstetrics and Gynecology*, 128, 958–963.
- American Academy of Pediatrics (2010). Policy statement – Ritual genital cutting of female minors. *Pediatrics*, 125, 1088-1093.
- Berg, R., Denison, E. (2012). Effectiveness of interventions designed to prevent female genital mutilation/cutting: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 43(2), 135–146.
- Berkoff, M., Zolotor, A., Makoroff, K., Thackeray, J., Shapiro, R. y Runyan, D. (2008) Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*, 300(23), 2779-2792.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Comité de los Derechos del Niño (CRC) (2014). Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta. Extraído en octubre de 2018. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9925.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2000, 24 de julio). Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal. *Diario Oficial* 44.097. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0599\\_2000.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html)
- Congreso de la República de Colombia (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 47.957. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
- Congreso de la República de Colombia (2015, 6 de julio). Ley 1761 de 2015, por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones (Ley Rosa Elvira Cely). *Diario Oficial* 49565. Recuperado de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201761%20DEL%2006%20DE%20JULIO%20DE%202015.pdf>
- Cosoy, N. (2016, 14 de julio). El silencioso problema de la mutilación genital femenina en Colombia. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/mutilacion-genital-femenina-en-colombia/481851>
- Creighton, S. y Hodes, D. (2015). Female genital mutilation: What every paediatrician should know. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1-5.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) (2017). EBCOG



La salud  
es de todos

Minsalud

position statement on female genital mutilation. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 214, 192-193.

- Federation International of Gynecology and Obstetrics (2006). Female genital cutting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94, 176-177.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. Recuperado de [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2011). Proyecto Embera Wera. Recuperado de <https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/proyecto-embera-wera>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). *Mutilación genital femenina*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017). Derechos sexuales y derechos reproductivos [Infografía]. Recuperado de <https://colombia.unfpa.org/es/publications/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-infograf%C3%ADa>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2015). *Metrics of progress, moments of change. 2015 Annual Report UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/node/15249>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018). *How to transform a social norm. Reflections on Phase II of the UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/node/18124>
- Henao, J. (2011). *El Proyecto Embera Wera: una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina y la promoción de los derechos de mujeres Embera de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico del departamento de Risaralda Marco teórico y contextual* [Documento de trabajo]. Bogotá: UNFPA.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). *Recomendaciones para la aplicación del enfoque diferencial en el servicio forense. Grupo Nacional de Clínica, Psiquiatría y Psicología Forense* (1.ª vers.; pp. 34-46). Bogotá: INMLCF.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (2018a). *Casos de ablación/mutilación genital femenina en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses* [Documento de trabajo]. Bogotá: INMLCF.
- Ismail, A., Dios, B. y Gascón, M. (2015). *Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina: manual para la intervención social con un enfoque intercultural y de género*. Madrid: Acción en Red. Recuperado de <http://www.pensamientocritico.org/mutila1215.pdf>
- Khosla, R., Banerjee, J., Chou, D., Say, L. y Fried, S. (2017). Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: A review of international human rights norms



and standards. *Reproductive Health*, 14, 59.

- Kolhatkar, G. y Berkowitz, C. (2014). Cultural considerations and child maltreatment in search of universal principles. *Pediatric Clinics of North America*, 61, 1007-1022.
- Médicos del Mundo (2017). *Política de Médicos del Mundo España sobre mutilación genital femenina (MGF)*. Recuperado de <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/politica-mutilacion-genital-femenina-de-medicos-del-mundo>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012, 6 de marzo). Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Modelo y el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016, 25 de julio). Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS*, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). *Anexo 3 - Lineamientos del Proyecto “Acciones de educación en salud, que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF”* [Documento de trabajo]. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018, 2 de agosto). Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Extraído en octubre de 2018. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5333](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5333)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATEN>



La salud  
es de todos

Minsalud

[CI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf](#)

- Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, OIM y UNFPA (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Bogotá: Autores. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Gobierno de España. Recuperado de [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4858\\_d\\_Protocolo\\_MGF\\_ver\\_s5feb2015.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4858_d_Protocolo_MGF_ver_s5feb2015.pdf).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2012, 20 de diciembre). Resolución 67/146 de 2012 de la Asamblea General, sobre la “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/67/146>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43839/9789241596442\\_eng.pdf;jsessionid=BF0D4A6DB4335C36185C9CC25387D5AA?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43839/9789241596442_eng.pdf;jsessionid=BF0D4A6DB4335C36185C9CC25387D5AA?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016a). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation Policy brief. Extraído en octubre de 2018. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/management-health-complications-fgm-brief/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Care of girls & women living with female genital mutilation: A clinical handbook*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>
- Sala, R. y Manara, D. (2001). Nurses and requests for female genital mutilation: Cultural rights versus human rights. *Nursing Ethics*, 8(3), 247-258.
- Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda (2018). *Informe final Proyecto: “Acciones de educación en salud, que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención y atención de la mutilación genital femenina-MGF”*. Pereira: Secretaria de Salud del Departamento de Risaralda.
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J. y Dawson, A. (2015). The role of men in



La salud  
es de todos

Minsalud

abandonment of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1034-1048.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 8. ANEXOS:

### ANEXO 1

#### PROCESO Y RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se revisaron documentos entregados por UNFPA, MSPS y el INMLCF que incluyeron el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF*, de la OMS (OMS, 2018), el cual se constituyó en uno de los principales textos de referencia sobre el tema a nivel mundial, y que compila los hallazgos más importantes basados en la evidencia científica para la atención en salud de las víctimas de MGF hasta la fecha. Se recibieron también las recomendaciones para la aplicación del enfoque diferencial en los servicios forenses del país (INMLCF, 2018), que incluyen los principios de la valoración y atención de las víctimas en los servicios forenses y menciona algunos elementos de la atención desde el sector salud. Este segundo documento ofreció información muy valiosa sobre la práctica a nivel mundial, pero también sobre aspectos culturales locales.

Se recibieron también informes de proyectos adelantados a nivel nacional y local sobre la MGF en Colombia, que incluyeron aspectos para su comprensión y prevención (Proyecto Embera Wera), y sobre promoción de salud materno infantil, con énfasis en prevención de la MGF desarrollados en el departamento de Risaralda, así como algunos informes publicados en la página web del trabajo conjunto de UNICEF y UNFPA sobre MGF.

En la página sobre el trabajo conjunto de UNICEF y UNFPA para la erradicación de la MGF, no se encontraron documentos específicos sobre la atención en salud de este tipo de casos; sin embargo, esta problemática se aborda desde perspectivas diferentes a la atención en salud, que era el objeto de la búsqueda.

No se encontró información sobre atención en salud para niñas, adolescentes y mujeres con MGF en las páginas web de las regionales para África Central y Occidental, ni de África Oriental y Suráfrica de UNICEF ni de UNFPA, que incluye los países donde esta práctica se presenta con mayor frecuencia. De esta forma, se evidenció que la información que hay sobre el tema en las páginas de UNICEF y de UNFPA se centra en elementos como la prevención, el monitoreo de la erradicación, la presentación de experiencias exitosas para la erradicación, la protección de niñas, adolescentes y mujeres adultas, pero no sobre atención en salud.

En la página web global de la OMS se encontró el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* (OMS, 2018), así como las Guías de la OMS para el manejo de las complicaciones de la MGF (2016), que fue otra de las fuentes fundamentales. Se encontraron también otros documentos relacionados, como informes, notas de prensa, y artículos sobre aspectos



La salud  
es de todos

Minsalud

como las creencias en países de África sobre la práctica.

La información encontrada sobre MGF en la página web de la regional de África de la OMS fue muy general, muy descriptiva y sin elementos adicionales a los encontrados en la página global de la Organización. Como se mencionó previamente, de la información dispuesta por la OMS en su página web, el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* y las Guías de manejo de las complicaciones, fueron los principales documentos empleados en la formulación del presente documento.

No se encontró información ni menciones sobre MGF en la página web de Médicos Sin Fronteras, que ha sido una organización reconocida a nivel internacional por su trabajo en países con crisis humanitarias, en algunos de los cuales también se practica la MGF. A su vez, en la página web de *World Vision International* se encontraron solamente notas de prensa en relación con la MGF y no se halló información específica sobre atención en salud de casos de MGF.

Sí se encontraron guías de actuaciones sanitarias para tres comunidades autónomas de España en la página web de Médicos del Mundo España, organización no gubernamental de carácter internacional que proporciona atención médica de emergencia y de largo plazo para poblaciones vulnerables, y defiende la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria en todo el mundo.

Por su parte, en PubMed se encontró un importante número de artículos de diferentes tipos que contienen información sobre la atención en salud de niñas y mujeres con MGF, muchos de los cuales fueron empleados en el *Libro clínico de atención a las niñas y las mujeres que viven con MGF* (OMS, 2018) y en las Guías de manejo de complicaciones de la OMS (2016). Primero se realizó la búsqueda por palabras clave y se aplicaron filtros por sexo, especie, fecha y tipo de artículos para limitar los resultados. Posteriormente, se realizó la búsqueda por términos MeSH.

A continuación se describen las estrategias de búsqueda y sus resultados:

**1. Búsqueda por palabras clave:** Se emplearon las siguientes palabras clave en la búsqueda: Female Genital Mutilation, Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C), y Female Circumcision. Los siguientes son los resultados por palabras clave:

- ***Female Genital Mutilation:*** Se encontraron inicialmente 3.382 artículos. Al aplicar el filtro de especie (Humanos): se redujo a 2.945 artículos. Al adicionar el filtro sexo (Femenino): se limitó a 2.866 artículos. Luego se agregó el filtro fecha de publicación para la búsqueda de artículos entre 01/01/1997 y 31/12/2018: obteniendo 2.207 artículos. Finalmente, a estos 2.207 artículos se les aplicó el filtro de tipo de artículo y se obtuvieron los siguientes resultados según el número de documentos arrojados:
  - Revisión: 327 artículos. Elegibles para revisión por tratar el tema: 50 artículos (incluyó artículos filtrados en otros tipos de artículos y en otras palabras clave).



- Reportes de casos: 118 artículos. Los reportes de casos tratan principalmente sobre complicaciones de la MGF y la gran mayoría estaban relacionados con esta práctica.
- Revisión sistemática: 101 artículos. Elegibles por tratar el tema: 31 artículos (incluyó textos de prevención, de atención, de evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas, de reconstrucción quirúrgica, y de revisión sobre el tema).
- Ensayos aleatorizados controlados: 49 artículos. Elegibles por tratar el tema: 3 artículos (los tres tienen que ver con actitudes hacia la MGF).
- Meta-análisis: 20 artículos. Elegibles por tratar el tema: 5 artículos (3 sobre desinfibulación, 1 sobre los efectos de la MGF en la salud física, y 1 sobre la educación para mejorar el uso de los servicios de salud y la autoimagen de las mujeres víctimas).
- Guía: 5 artículos. Elegibles por tratar el tema: 2 artículos, ambos descritos como Female Genital Cutting.
- Guía de Práctica Clínica: 4 artículos. Elegibles por tratar el tema: 2 artículos, los mismos del filtro de Guía.
- Los tipos de artículo reporte técnico, conferencia clínica, artículo clásico, libros y documentos y publicaciones de gobierno: no arrojaron ningún documento en búsquedas independientes con los filtros previamente señalados.

- Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): se encontraron 56 artículos al aplicar únicamente el filtro sexo (Femenino) y el filtro de especie (Humanos), por lo que no se aplicaron filtros adicionales como el de fecha de publicación o el de tipo de artículo. Todos estos artículos abordaban el tema de la MGF, sin embargo, se seleccionaron para revisión aquellos que desarrollaban la atención en salud o algún subtema de la atención integral en salud.

- Female Circumcision: se encontraron inicialmente 3.019 artículos. Al aplicar los filtros de sexo (Femenino) y de especie (Humanos), se obtuvieron 2.762 artículos, por lo que se adicionó el filtro fecha de publicación (desde el 01/01/1997 hasta la actualidad), con lo que se redujo a 2.129 textos. En este momento se decidió realizar la búsqueda por términos MeSH, ya que el término MeSH de la MGF es "Circumcision, Female" para obtener datos más específicos.

## 2. Búsqueda por términos MeSH: Se realizó la búsqueda con el término MeSH "Circumcision, Female", y luego con la combinación de los términos: "Circumcision, Female"[Mesh] y "Delivery of Health Care"[Mesh].

- Término MeSH "Circumcision, Female": Aplicando únicamente filtro de sexo (Femenino) y de especie (Humanos), se obtuvieron 1.207 artículos, los cuales incluían todo tipo de artículos y no tenían restricción de fecha. Por el volumen del hallazgo se decidió adicionar el segundo término MeSH para reducir el número de resultados.
- Combinación de términos MeSH "Circumcision, Female"[Mesh] y "Delivery of Health Care"[Mesh]: se obtuvieron 364 artículos al aplicar únicamente filtro de sexo (Femenino) y de especie (Humanos). No se aplicaron filtros de fecha de publicación ni de tipo de artículos. Se revisaron los títulos de todos los artículos y se seleccionaron los relacionados con el tema general de la atención en salud o con algún



La salud  
es de todos

Minsalud

subtema de la atención integral en salud.

Para la búsqueda de artículos científicos en PubMed, tanto por palabras clave como por términos MeSH, se decidió no aplicar el filtro para restringir los idiomas de publicación, ni tampoco el filtro sobre edades de las mujeres, por lo que los artículos encontrados podían encontrarse en cualquier idioma y ser de mujeres de distintas edades, lo cual permitía un acercamiento más amplio a la problemática de investigación.

A su vez, la base de datos Google informó 125.000 resultados al buscar con la palabra clave: Guías mutilación genital femenina. Sin embargo, permitió la revisión solo de 140 resultados. Al realizar la búsqueda con la palabra clave equivalente en inglés (Guidelines Female Genital Mutilation) arrojó 810.000 resultados, de los que permitió revisar solo 190.

Por su parte, la base de datos Google Académico (Scholar Google) informó 63.200 resultados al buscar con la palabra clave: Female Genital Mutilation, y 23.800 cuando se buscó con la palabra clave: Guidelines Female Genital Mutilation, de los que permitió la revisión de 980 resultados.

En total, se seleccionaron 98 artículos para revisión durante el período de la consultoría, los cuales se obtuvieron a través de las distintas estrategias de búsqueda. Los artículos fueron seleccionados según su relevancia para ofrecer información sobre el tema general de la atención en salud o sobre componentes de la atención integral en salud de víctimas de MGF.

### **Hallazgos de la búsqueda y la revisión documental:**

Se obtuvieron los siguientes hallazgos de la revisión general de los artículos seleccionados.

- Existe abundante información sobre la práctica de la MGF a nivel mundial dirigida a las y los profesionales de la salud.
- Se considera que la MGF es una práctica de gran impacto en la salud de las niñas y las mujeres y que representa una problemática importante a nivel de salud pública internacional. Sin embargo, se cree que esta se realiza casi que exclusivamente en comunidades africanas y en unos pocos países de Medio Oriente y Asia. No se reconoce a nivel internacional esta situación como presente o problemática en Colombia, excepto en algunas menciones realizadas en documentos de UNICEF y UNFPA.
- Los principales enfoques de abordaje de la MGF son: de género, de derechos humanos, de salud, y de interculturalidad.
- Se evidencia un importante aumento de la publicación de documentos a partir del año 2000, pero de forma más “concentrada” después de 2010.
- La mayoría de producción científica está en inglés, aunque se encontraron también referencias en español, francés, alemán y sueco.
- Los países que más han producido publicaciones sobre MGF han sido Australia-Nueva



Zelanda en Oceanía; Reino Unido, Francia, España y Suecia en Europa; y Canadá y EE.UU. en América. Esto se explica por la migración de personas pertenecientes a comunidades en las que se realiza tradicionalmente la MGF, por lo que la práctica ya empieza a realizarse en estos países y se impone la necesidad de generar conocimientos en los y las profesionales de la salud en torno a la misma.

- La mayoría de guías de práctica clínica sobre el tema han sido producidas en Australia, Reino Unido y España.
- En los países en los que más se cuenta con guías de atención clínica se evidenció la conformación de clínicas especializadas en el tema para la atención de las mujeres que han sido víctimas de la MGF (especialmente en Australia y en Reino Unido).
- A pesar de que se acepta en mayor grado que la práctica es originaria de África, se encontró muy poca información producida en estos países sobre atención en salud de las niñas y las mujeres con MGF.
- Las guías de la OMS del año 2016 y el Libro de atención clínica de 2018 representan las fuentes principales de síntesis del conocimiento y se consideran los documentos básicos para la atención de las niñas, adolescentes y mujeres adultas a quienes se les ha realizado la MGF a nivel mundial.
- Los documentos suelen ser repetitivos en la información, lo cual ocurre porque muchos artículos publicados son de revisión sobre el tema. En este sentido, los componentes que se evidencian en la casi totalidad de documentos, son:
  - Definición. Suele haber uniformidad en la definición de la MGF en toda la literatura.
  - Aspectos legales de la MGF en el país originario de la publicación.
  - Epidemiología de la práctica.
  - Clasificación. La clasificación de la MGF es uniforme y basada en la categorización diagnóstica realizada por la OMS.
  - Impacto en la salud a corto y a largo plazo.
  - Aspectos culturales. Este tema se evidencia la mayoría de las veces a forma de mención, sin entrar a profundizar sobre cómo realizar una atención sensible desde el punto de vista cultural.
  - Medicalización de la práctica. Realización de la práctica por parte de profesionales de la salud o en instituciones de salud.
  - Aspectos relacionados con la notificación de los casos de MGF. Este aspecto depende mucho de la existencia de legislación específica sobre la práctica en el país originario de la publicación.
- Algunos artículos hacen mención de recursos educativos a los que se puede acudir para profundizar sobre el tema, o para desarrollar capacidades para la detección y el diagnóstico.
- Se reconoce la realización de la práctica de forma casi absoluta en niñas pre-puberales,



especialmente en aquellas que se encuentran en primera infancia. Sin embargo, también se evidencia la realización en adolescentes.

- Frente a la medicalización, la literatura muestra que la realización de la práctica por parte de profesionales de la salud dentro o fuera de instituciones sanitarias es diferencial según el país. Se evidenció una postura de proscripción de la medicalización de la práctica en todos los países del mundo, aunque uno de los artículos refirió que el 77% de la MGF en Egipto es realizada por profesionales.
- Se evidenció que una de las principales estrategias adoptadas a nivel mundial para erradicar la MGF ha sido la criminalización de la práctica. Esta consiste en la generación de legislación específica sobre el tema en la que, además, se tipifica la MGF como un delito. Esto hace que sea obligatoria la notificación de los casos de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de MGF y plantea la necesidad de un abordaje intersectorial que no siempre es explícito.
- Frente a la prevención de la práctica, se reconoció como fundamental en los países europeos, la detección de las niñas que se encuentran en riesgo de realización de la MGF. Este riesgo radica en la procedencia de un país en el que se realiza la MGF. En este sentido, se identifican las niñas y adolescentes en riesgo y se les insiste a los familiares sobre la prohibición de realización de la práctica (generalmente en estos países la MGF está tipificada como un delito) y sobre las posibles repercusiones de realizarla (retiro de la custodia, sanciones penales, etc.). Para prevenir se hace un énfasis en la necesidad de abordajes educativos a las familias de las “niñas en riesgo”.
- Se encontró escasa literatura sobre el papel del hombre como actor fundamental en la erradicación de la práctica. Solo se encontró un artículo dedicado exclusivamente al rol del hombre. En este sentido, se considera que este debe ser un campo de investigación en el que debe profundizarse.
- Las guías del sector salud hacen mención recurrentemente a la necesidad de un abordaje intersectorial para tener un mayor impacto en la erradicación de la práctica y para la atención integral de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas.
- Una de las líneas que más contó con publicaciones es la de los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las profesionales de la salud frente a la MGF. En este sentido, se evidenció la importancia de desarrollar capacidades y conocimientos en estos para brindar una atención con calidad, calidez y centrada en la necesidad de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas. Se destacó un bajo conocimiento de los y las profesionales de la salud y también de los estudiantes de medicina frente a la práctica. Asimismo, se indicó la necesidad de realizar esfuerzos para mejorar el entrenamiento y los conocimientos frente a la MGF.

Estos hallazgos ofrecieron una información en extremo valiosa para definir las orientaciones de atención en salud de las niñas, adolescentes y mujeres que han experimentado la MGF en el país, y que se desarrollan en los siguientes capítulos.



ANEXO 2

**RESUMEN DE RECOMENDACIONES Y PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA OMS  
FRENTE A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

De acuerdo con la revisión de la evidencia científica disponible, la OMS construyó en 2016 una síntesis de recomendaciones (RC) y puntos de buena práctica (BP) para la atención de las niñas, adolescentes y mujeres a las que se les ha realizado MGF:

**Desinfibulación**

RC-1. Se recomienda la desinfibulación para la prevención y el tratamiento de complicaciones obstétricas en mujeres que viven con MGF Tipo III.

RC-2. Se recomienda la desinfibulación tanto anteparto como intraparto para facilitar el parto en mujeres que viven con MGF Tipo III.

RC-3. Se recomienda la desinfibulación para la prevención y el tratamiento de complicaciones urológicas, específicamente infección de vías urinarias recurrentes y retención urinaria, en niñas y mujeres que viven con MGF Tipo III.

BP-1. Las niñas y mujeres que son candidatas a desinfibulación deben recibir adecuada asesoría prequirúrgica.

BP-2. A las niñas y a las mujeres sometidas a desinfibulación se les debe ofrecer anestesia local.

**Salud mental**

RC-4. Se debe considerar la terapia cognitivo conductual para las niñas y las mujeres que viven con MGF y que están experimentando síntomas consistentes con trastornos de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático.

BP-3. El apoyo psicológico debe estar disponible para las niñas y las mujeres que recibirán o han recibido cualquier procedimiento quirúrgico para corregir las complicaciones en salud de la MGF.

**Salud sexual femenina**

RC-5. La consejería sexual está recomendada para la prevención o el tratamiento de la disfunción sexual femenina entre mujeres que viven con MGF.

**Información y educación**

BP-4. Las intervenciones de IEC sobre MGF y salud de la mujer se deben proveer a las niñas y las mujeres que viven con cualquier tipo de MGF.



La salud  
es de todos

Minsalud

BP-5. Se debe proveer información y educación para la salud sobre desinfibulación a las niñas y las mujeres que viven con MGF Tipo III.

BP-6. Los y las profesionales de la salud tienen la responsabilidad de transmitir información clara y precisa, usando un lenguaje y métodos que puedan ser fácilmente entendibles por sus pacientes.

BP-7. Se debe proveer información sobre los diferentes tipos de MGF y los riesgos para la salud asociados inmediatamente y a largo plazo, a los y las profesionales de la salud que atienden niñas y mujeres que viven con MGF.

BP-8. La información sobre MGF que se transmita a los y las trabajadores de la salud debe indicar claramente el mensaje de que la medicalización de la MGF es inaceptable.



ANEXO 3

**LISTADO DE CREENCIAS Y MITOS SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y RECOMENDACIÓN DE POSIBLES RESPUESTAS A ESTAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD**

Listado de creencias asociadas y mitos asociados a la MGF y recomendación de posibles respuestas a estas en la atención integral en salud (OMS, 2018, pp. 23-25):

**“La MGF es un mandato religioso”:** Falso. La MGF no es mencionada en textos religiosos como el Corán o la Biblia. Más aún, muchos líderes religiosos piensan que esta tradición debería acabarse.

**“Si a una niña no se le practica la MGF, no encontrará esposo y no se casará”:** Falso. A este respecto se indica que estudios recientes muestran que hombres en muchas comunidades en las que se practica la MGF quisieran que esta práctica se eliminara.

**“Si a la niña no se le practica la MGF no podrá convertirse en una mujer adulta y respetable”:** Falso. En muchas culturas en las que no se practica la MGF, las niñas tienen diferentes rituales de paso para marcar su entrada en la adultez y llegar a ser miembros respetables de la comunidad.

**“La MGF ayuda a controlar la sexualidad de las mujeres y asegura la fidelidad”:** Falso. La evidencia muestra que las mujeres que han sufrido MGF experimentan menor deseo sexual y satisfacción. Esto afecta su capacidad para disfrutar una relación sexual saludable y placentera con sus esposos o parejas, y puede evitar que ambos alcancen una vida sexual plena, por lo que puede dañar la relación marital.

**“La MGF le puede causar dolor a la mujer durante las relaciones sexuales”:** Verdadero. Muchas mujeres experimentan dolor durante la relación sexual debido a la presencia de tejido cicatricial y resequedad vaginal en el área genital. En el caso de la MGF Tipo III, una apertura vaginal extremadamente pequeña puede causar dolor intenso durante la penetración, por lo que las mujeres además experimentan dolor cuando esta se abre o se corta para permitir la relación sexual en su noche de bodas y durante las semanas posteriores. Esto puede causar gran ansiedad para las mujeres y sus parejas.

**“La MGF le puede causar dolor al hombre durante las relaciones sexuales”:** Verdadero. La presencia de tejido cicatricial en el área genital femenina puede causar dificultad y dolor en la penetración para ambos compañeros. Investigaciones muestran que algunos hombres reportaron heridas, sangrado e infección en el pene, junto con problemas psicológicos. En el caso de la MGF Tipo III, la penetración algunas veces es imposible si la mujer no es desinfibulada. Esto causa gran ansiedad a la pareja, especialmente cuando ellos están intentando comenzar una familia.

**“Si la MGF es realizada por un trabajador de la salud, no habrá daño físico a largo plazo”:** Falso. La MGF es una práctica perjudicial independiente de cómo se realice. Las complicaciones



La salud  
es de todos

Minsalud

pueden surgir a corto o largo plazo, sin importar quien la haya realizado.

**“La MGF no es diferente de la circuncisión masculina voluntaria”:** Falso. La circuncisión masculina es la remoción quirúrgica del prepucio, que es el pliegue de tejido retráctil que cubre la cabeza del pene. La parte interna del prepucio es altamente susceptible a la infección por VIH, por lo que la OMS y ONUSIDA han recomendado la circuncisión masculina voluntaria como una estrategia importante para la prevención de la infección por VIH.

**“Si una mujer es desinfibulada el bebé puede caerse durante la gestación”:** Falso. El bebé crece y se desarrolla dentro del útero. El cuello uterino es responsable por mantener el bebé adentro y la MGF no afecta la integridad del cuello uterino.

**“Una mujer a la que no se le practica la MGF no puede embarazarse”:** Falso. Es importante recordar que las mujeres de los lugares del mundo donde no se realiza la MGF se embarazan y tienen bebés saludables.

**“La MGF tiene beneficios para la salud del bebé”:** Falso. La MGF no tiene beneficios para la salud del bebé ni de la mamá. Al contrario, un estudio realizado por la OMS encontró que los bebés nacidos de mujeres con MGF Tipo III, tenían mayor probabilidad de necesitar reanimación al nacimiento y tienen mayor riesgo de muerte perinatal.

**“Si el clítoris no se quita puede dañar al bebé durante el parto”:** Falso. Esto es un mito. El clítoris no causa daño ni al bebé ni a la mamá.

**“Si no se corta el clítoris, crecerá hasta que llegue a ser tan grande como un pene”:** Falso. El clítoris es un órgano sexual femenino y una fuente anatómica importante de placer sexual de la mujer. El clítoris detiene su crecimiento después de la pubertad. En este momento, su parte visible (el glande clitoriano), sigue siendo una estructura pequeña y redonda, similar a una semilla, ubicada sobre la abertura de la uretra cubierta por el prepucio. En ningún momento se va a convertir en un pene o va a llegar a incomodar al hombre durante la relación sexual.



La salud  
es de todos

Minsalud

#### ANEXO 4

### CÓDIGOS DEL CIE-10 EN LOS CASOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

El código CIE-10 nominado específicamente “mutilación genital femenina”. Sin embargo, el Código más parecido es: Z412 Circuncisión ritual o de rutina.

A pesar de que el código anterior es el más preciso para registrar el antecedente de la MGF, eventualmente se podrían llegar a utilizar algunos de los siguientes códigos, por lo que se debería estar atento:

C518 Lesión de sitios contiguos de la vulva.

C578 Lesión de sitios contiguos de los órganos genitales femeninos.

N898 Otros trastornos especificados no inflamatorios de la vagina.

N899 Trastorno no inflamatorio de la vagina, no especificado.

N908 Otros trastornos no inflamatorios especificados de la vulva y del perineo.

N909 Trastorno no inflamatorio de la vulva y del perineo, no especificado.

N94 Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual.

N948 Otras afecciones especificadas asociadas con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual.

N949 Afecciones no especificadas asociadas con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual.

N999 Trastorno no especificado del sistema genitourinario consecutivo a procedimientos.

S314 Herida de la vagina y de la vulva.

Z045 Examen y observación consecutivos a otra lesión infligida.

En casos de confusión diagnóstica, es posible encontrar casos de MGF que empleen algunos de los siguientes códigos:

Q526 Malformación congénita del clítoris.



La salud  
es de todos

Minsalud

Q527 Otras malformaciones congénitas de la vulva.

Q528 Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femeninos, especificadas.

Q529 Malformación congénita de los genitales femeninos, no especificada.

En caso de que se registre un caso de MGF por las complicaciones que ha producido, es posible encontrar los siguientes códigos:

N764 Absceso vulvar.

N82 Fístulas que afectan el tracto genital femenino.

N824 Otras fístulas del tracto genital femenino al tracto intestinal.

N825 Fístula del tracto genital femenino a la piel.

N828 Otras fístulas del tracto genital femenino.

N829 Fístula del tracto genital femenino, sin otra especificación.

N897 Hematocolpos.

N907 Quiste de la vulva.

N941 Dispareunia.

N94.6 Dismenorrea, no especificada.



La salud  
es de todos

Minsalud

## ANEXO 5

### RECURSOS EDUCATIVOS EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Se recomienda la consulta de los siguientes recursos educativos y visuales para profundizar en la comprensión de la práctica de la MGF:

Abdulcadir, J., Catania, L., Jane, M., Say, L., Petignat, P., Abdulcadir, O. (2016). Female Genital Mutilation a Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals. *Obstet Gynecol*, (128), 958–963.

Curso virtual gratuito de MGF. Disponible en: <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/female-genital-mutilation/>. Consultado en octubre-noviembre de 2018.

Desert Flower (Flor del Desierto en español). (2009). Película basada en la novela homónima y autobiográfica de Waris Dirie –Embajadora especial de la ONU contra la MGF 1997-2003.

Pastor Bravo, M, Almansa, P., Jiménez, I., Pastor, J. (2015). Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una revisión videográfica. *Index de Enfermería*. Vol.24 no.3 Granada jul./sep. 2015. Extraído en octubre-noviembre de 2018. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200009).