

POLÍTICA DE MSF SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Grupo de Trabajo Internacional sobre salud reproductiva
y atención a víctimas de la violencia sexual

Versión final

Aprobada por la plataforma MedOp en Septiembre 2019

INTRODUCCIÓN

Como organización médico-humanitaria, Médicos Sin Fronteras (MSF) está comprometida con la asistencia a las personas afectadas por conflictos y crisis, derivadas bien de epidemias y hambrunas, de desastres naturales o de la exclusión social. El objetivo de la atención que MSF proporciona es reducir la mortalidad, prevenir la morbilidad siempre que sea posible, y aliviar el sufrimiento.

En 2008, MSF adoptó una *Política de salud sexual y reproductiva*, acompañada de un *Paquete básico*, que describe la asistencia que la organización aspira a prestar. La política actual revisada tiene en cuenta la experiencia adquirida desde entonces, incluyendo las necesidades de salud en los contextos en los que trabaja MSF.

El apartado I de la presente política describe el alcance de la respuesta de MSF a específicas **necesidades de salud reproductiva**, y guía la acción médica de acuerdo con su impacto potencial sobre la mortalidad y el sufrimiento de la madre y del recién nacido. Esta política establece un orden de prioridades, encabezado por la atención obstétrica, neonatal, posparto y al aborto, seguidas de la acción preventiva esencial. La presencia de otros actores y las necesidades específicas de la población deben tenerse en cuenta y justificarán enfoques adaptados. Esta política hace hincapié en el carácter inseparable de la salud materna y del recién nacido, y en la gran carga de mortalidad y sufrimiento que prevalece en particular entre las madres adolescentes.

El apartado II de esta política describe el campo de acción de MSF en relación a la **violencia sexual**. En comparación con la salud reproductiva, la violencia sexual, y en particular la violación, tiene menos relación directa con la mortalidad; sin embargo, conlleva a corto y largo plazo un importante sufrimiento para la mujer y repercusiones negativas para su salud. La atención a las víctimas de violencia sexual es una prioridad para MSF, y todos los proyectos deben estar preparados para ofrecerles asistencia de manera independiente a las actividades de salud reproductiva o como complemento de estas. La mutilación genital femenina se considera parte de la violencia sexual.

Ciertos factores relacionados con el contexto de trabajo, entre ellos la inseguridad, pueden confinar la acción médica de MSF dentro de los límites de los centros de salud, de forma que solo reciben asistencia quienes logran llegar a ellos. No obstante, siempre que es posible, MSF establece un **diálogo con las comunidades locales para explicar qué tipo de asistencia está disponible, y emprende acciones para identificar y a las personas que más la necesitan y llegar hasta ellas**, incluyendo a las que sufren ocultas por el estigma, la ignorancia, el miedo o la discriminación. Las parteras tradicionales, al igual que otros miembros de la comunidad, pueden formar parte del

enlace comunitario que MSF establece para prestar asistencia médica: se las puede integrar como promotoras de salud y como personal de apoyo bajo supervisión de personal cualificado. No obstante, solo llegarán a convertirse en personal médico cualificado si completan la capacitación formal pertinente.

El principal objetivo de MSF es prestar atención médica. Sin embargo, en muchos contextos, la carga de los problemas de salud reproductiva y violencia sexual está en gran parte infravalorada. Las experiencias de MSF en este aspecto deben documentarse de forma rutinaria a efectos de **vigilancia, investigación, innovación y promoción**. La experiencia de MSF debe contribuir a concienciar sobre las causas de la mortalidad y del sufrimiento, y resaltar los casos en los que las barreras estructurales y políticas se interpongan en el camino de la mejora.

I. ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

La **mortalidad y el sufrimiento de la mujer y del recién nacido** no son resultado directo de los conflictos y las crisis, sino más bien de la falta de atención médica. En muchos de los contextos en los que trabaja MSF, la obstetricia y la atención al recién nacido están en constante estado de emergencia. Los conflictos y las crisis agravan aún más esta situación: el desplazamiento, la violencia, las epidemias y la escasez alimentaria presentan riesgos adicionales para las mujeres embarazadas y afectan a su entorno, en particular a su capacidad de acceso a la asistencia médica. En algunos contextos, la elevada mortalidad materna se considera una crisis en sí misma y puede justificar la intervención de MSF.

MSF no puede sustituir a sistemas nacionales de salud deficientes o inexistentes. Pero sí puede aliviar el sufrimiento y evitar muertes maternas y de recién nacidos ofreciendo una atención médica centrada en las principales causas de tal mortalidad y sufrimiento.

1. ACCIÓN CON UN IMPACTO DIRECTO EN LA MORTALIDAD MATERNA

1.1. Atención obstétrica

- ✓ *En el 15% de todos los embarazos, las complicaciones son potencialmente mortales¹.*
- ✓ *Las complicaciones más graves, que provocan el 80% de las muertes maternas, son: hemorragia grave (principalmente sangrado después del parto), infecciones (por lo general después del parto), presión arterial alta durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia), y aborto inseguro².*
- ✓ *El 60% de las muertes maternas ocurren justo antes, durante o después del parto, a menudo de complicaciones que no se pueden predecir. Sin embargo, casi todas las complicaciones se pueden tratar con procedimientos relativamente sencillos.*
- ✓ *La única intervención eficaz para reducir la mortalidad materna y perinatal es que los partos sean asistidos por personal cualificado³ en estructuras de salud.*

MSF asegura la prestación de atención obstétrica y neonatal, y alienta a las mujeres a acudir a los centros de salud para dar a luz con personal cualificado.

¹ UNFPA, Fondo de Población de la ONU. (2014). *El estado de las parteras en el mundo, 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf.

² OMS, Organización Mundial de la Salud. (2012). *Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348*, y estudios relacionados. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

³ Según el UNFPA, por *asistencia especializada* se entiende no solo la presencia de personal cualificado, sino también la existencia de un entorno propicio para un desempeño competente de la labor profesional; también implica el acceso a atención obstétrica integral en caso de complicaciones que requieran cirugía o transfusiones de sangre.

Dado que siempre va a haber partos con complicaciones obstétricas que requieran intervención quirúrgica, MSF se asegurará de tener capacidad para atender emergencias obstétricas siempre que sea relevante y posible.

Las indicaciones para realizar una cesárea se basan en primer lugar y ante todo en la evaluación del riesgo existente para la madre. En el manejo de emergencias obstétricas, MSF también toma en consideración el bienestar del feto y adopta medidas concretas para su supervivencia. Sin embargo, no se recomiendan las indicaciones de cesárea exclusivamente fetales en aquellos contextos donde la capacidad de atención para el recién nacido sea limitada, y escasa la probabilidad de que la madre pueda recibir atención obstétrica integral en futuros embarazos.

La atención obstétrica de emergencia de MSF incluye el tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto no seguro y del aborto espontáneo, así como el tratamiento de las complicaciones antes y después del parto, incluidas las que surjan tras alumbramientos en el hogar o en otro centro de salud.

1.2. Atención al recién nacido

- ✓ *El 40% de las muertes de niños menores de 5 años se producen durante el periodo neonatal de 28 días. Dos terceras partes de estas muertes son evitables sin necesidad de recurrir a cuidados intensivos.*
- ✓ *Se calcula que entre el 25 y el 45% de las muertes de recién nacidos ocurren durante su primer día de vida⁴.*
- ✓ *Las principales causas de la mortalidad neonatal son la prematuridad y el bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno en el parto) y el trauma obstétrico⁵.*

Para MSF, la atención esencial a todos los recién nacidos es parte integral de la asistencia obstétrica. La atención en la sala de partos incluye la reanimación inmediata, la evaluación de rutina y prevención de la hipotermia, el establecimiento de la lactancia materna exclusiva, el examen sistemático del recién nacido, las medidas preventivas rutinarias, la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH) cuando corresponda, y el tratamiento de la infección neonatal manifiesta o presuntiva.

En situaciones en las que MSF se enfrente con una alta incidencia de embarazos y partos complicados (por ejemplo, en hospitales de referencia), se considerará el establecimiento de unidades de cuidados neonatales que ofrezcan atención especializada según las necesidades. Para bebés prematuros y con bajo peso al nacer, el enfoque elegido es el método *madre canguro*⁶.

Cualquier decisión sobre el mantenimiento de medidas de soporte vital neonatal durante un tiempo prolongado debe basarse en el pronóstico a largo plazo. Estas decisiones se tomarán, siempre que sea posible, previa consulta con la madre y/o el padre del bebé.

1.3. Atención posnatal a las madres y recién nacidos

- ✓ *El periodo postparto dura seis semanas. Cerca del 45% de las muertes se producen en el día que sigue al alumbramiento; en la primera semana (incluyendo el primer día) tienen lugar el 65% de los fallecimientos; y contemplando las dos primeras semanas en su conjunto, se producen el 80% de las muertes⁷.*

⁴ UNICEF, Fondo de la ONU para la Infancia. (2009). *Estado mundial de la infancia, 2009. Salud materna y neonatal*. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>.

⁵ OMS. (2012). *Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Nota descriptiva N° 333*, y estudios relacionados. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.

⁶ Con este método de cuidado para prematuros, los recién nacidos y sus madres están en contacto directo, piel con piel.

⁷ Li, X.F. Fortney, J.A. Kotelchuck, M. Glover, L.H. (1996). The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 54(1):1-10.

MSF anima a las mujeres que han tenido un parto vaginal a permanecer en el centro de salud por lo menos 24 horas, con el fin de poder detectar y tratar posibles complicaciones de la madre o el bebé, y para ayudarles en el inicio de la lactancia materna.

Además, dentro de la primera semana posparto, MSF organiza al menos una visita de seguimiento para las madres y los recién nacidos, ya sea en un centro de salud o como parte de las actividades descentralizadas en el ámbito comunitario. La atención posnatal incluye a todas las mujeres, independientemente de si dieron a luz en el centro de salud o en casa.

Finalmente, se alienta a las madres a realizar visitas de seguimiento con sus bebés al centro de salud durante las seis semanas posteriores al parto, para poder diagnosticar complicaciones tardías, para asegurar la continuación o la iniciación de la PTMH cuando sea pertinente, y para apoyar a la madre en la lactancia exclusiva, la vacunación del bebé y la planificación familiar.

1.4. Servicios de aborto seguro

- ✓ *El aborto no seguro es una de las cuatro principales causas de mortalidad materna⁸ y causa cerca del 13% de las muertes maternas en todo el mundo; este porcentaje aumenta en ciertas regiones y contextos.*
- ✓ *El aborto no seguro y los embarazos no deseados contribuyen significativamente a la carga de morbilidad, sufrimiento y mortalidad materna en los contextos en los que trabaja MSF⁹.*
- ✓ *La experiencia indica que, cuando una mujer está decidida a interrumpir un embarazo no deseado y no hay servicios de aborto seguro disponibles a su alcance, recurrirá a métodos no seguros.*

Como ya se ha explicado, la atención obstétrica que ofrece MSF incluye la atención a las complicaciones derivadas del aborto no seguro.

MSF responderá a las necesidades de interrupción del embarazo de niñas y mujeres como parte de sus acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna y prevenir el aborto no seguro.

MSF apoya la interrupción del embarazo hasta la semana 22 de edad gestacional. MSF no apoyará las solicitudes de terminación del embarazo basadas en la selección del sexo fetal.

Cuando exista un proveedor de salud de calidad que proporcione servicios de aborto seguro, MSF podrá derivarle a las pacientes que soliciten la interrupción del embarazo¹⁰.

Los servicios de aborto seguro incluyen el asesoramiento de la mujer o niña y la provisión de anticonceptivos.

El contexto legal y su interpretación consuetudinaria, así como la percepción que la comunidad local tenga de la interrupción del embarazo, pueden tener consecuencias en la seguridad de las mujeres y/o del personal de MSF, por lo que deben tomarse en consideración.

MSF se compromete a garantizar la confidencialidad de la información sobre las mujeres y las niñas que solicitan la interrupción del embarazo.

⁸ OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Ginebra: OMS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44874/1/9789241503631_eng.pdf.

⁹ Resolución del Consejo Internacional de MSF (noviembre de 2004) y declaración de la Junta Internacional de MSF (octubre de 2012).

¹⁰ La derivación a otro proveedor de salud implica que MSF evalúa y convalida la calidad de los servicios de tal proveedor, y garantiza el acceso de la paciente (incluyendo la cobertura de los costes correspondientes) y su seguimiento.

2. ACCIÓN PREVENTIVA

2.1. Atención prenatal

- ✓ *La probabilidad de que la mujer dé a luz con asistencia especializada y cualificada aumenta si ha pasado por consulta prenatal al menos una vez¹¹.*
- ✓ *La atención prenatal es una oportunidad para que la mujer conozca los beneficios de recibir asistencia en el parto, y para alentarla a buscar atención posparto para ella y su recién nacido¹².*

La atención prenatal especializada permite el diagnóstico de una serie de riesgos y condiciones obstétricas que amenazan la supervivencia del feto. Además, MSF emplea la atención prenatal como una oportunidad estratégica para:

- Crear una *puerta de entrada* a los servicios de obstetricia con personal cualificado.
- Animar a la mujer a pensar en un plan de parto y a anticiparse a las necesidades de transporte que tendría en caso de emergencia.
- Diagnosticar y tratar patologías del embarazo, incluyendo trastornos hipertensivos y anemias.
- Diagnosticar y tratar enfermedades transmisibles, entre ellas la malaria, las infecciones del tracto reproductivo (ITR), el VIH y otras afecciones que pueden complicar el embarazo y afectar el bienestar fetal y neonatal.
- Iniciar la PTMH de manera adecuada en caso de que la mujer sea VIH-positiva.
- Identificar a las madres adolescentes para un seguimiento más intensivo, y ofrecerles un cuidado adaptado a sus necesidades.

La atención prenatal por sí sola no puede reducir la mortalidad materna y neonatal, por lo que debe implementarse como complemento de la atención obstétrica y neonatal.

2.2. Provisión de anticonceptivos

- ✓ *La prestación de servicios anticonceptivos tiene el potencial de reducir la mortalidad materna en un 30% de media (en un 90% en el caso de la mortalidad relacionada con el aborto no seguro, y en un 20% en el caso de la mortalidad obstétrica)¹³.*
- ✓ *Dos de cada cinco embarazos en países en desarrollo son embarazos no deseados.*
- ✓ *Los anticonceptivos pueden prevenir la mortalidad y el sufrimiento relacionados con el embarazo no deseado y con el aborto no seguro.*

MSF proporcionará anticonceptivos en todos los proyectos pertinentes que atiendan a niñas y mujeres en edad reproductiva, incluidos los programas de atención a pacientes con VIH y los de nutrición. El suministro de anticonceptivos a adolescentes y adultos de ambos sexos se basará en las necesidades identificadas, permitiéndoles elegir entre las opciones disponibles, y ofreciendo información médica y asesoramiento sobre las más adecuadas a su situación específica. Las adolescentes son particularmente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados, y hacer frente a sus necesidades requiere un enfoque adaptado.

¹¹ Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. (2006). *Opportunities for Africa's Newborns*. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf?ua=1>.

¹² Programa ACCESS de acceso a servicios clínicos y comunitarios de salud maternal, neonatal y de la mujer (USAID, Agencia de Desarrollo Internacional de EE. UU.), 2007.

¹³ OMS, USAID. (2008). *Repositioning family planning guidelines for advocacy action*. Washington: Academy for Educational Development.

2.3. Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH)¹⁴

- ✓ *Se calcula que más del 90% de los niños con VIH se infectó durante el embarazo, el parto o la lactancia. Todas ellas son formas de transmisión que pueden prevenirse¹⁵.*
- ✓ *Sin tratamiento ni ninguna otra intervención, y con lactancia materna exclusiva, el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo es del 35%: la PTMH, además de tener el potencial de mejorar la salud de la propia madre, reduce el riesgo al 5%¹⁶.*

La aplicación de la PTMH se priorizará en contextos donde MSF tenga una presencia significativa en atención prenatal u obstétrica (con una masa crítica de pacientes) y donde la prevalencia del VIH sea de al menos 1%.

En estos contextos debe ofrecerse PTMH incluso si no puede asegurarse la atención al VIH. Se dará prioridad al diagnóstico e iniciación del tratamiento durante el periodo prenatal, pero ambos también podrán realizarse en el momento del parto y en el posparto.

Asimismo, en contextos en los que esté disponible la atención a pacientes con VIH, el diagnóstico del VIH y el inicio de la PTMH se alentará ya en el periodo prenatal y durante toda la etapa de la lactancia. La PTMH y el diagnóstico precoz infantil son puntos importantes de entrada a la atención continuada al VIH para la madre y el recién nacido.

2.4. Prevención, detección y tratamiento del cáncer de cérvix uterino¹⁷

- ✓ *El cáncer de cérvix uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres de países en desarrollo¹⁸.*
- ✓ *Debido a la falta de acceso a los servicios de detección y tratamiento de calidad, la mayoría de las muertes por cáncer cervical (85%) se producen en países de renta baja o media.*

En los proyectos de MSF en los que la prevalencia del cáncer de cuello uterino sea especialmente alta, los servicios de detección y/o tratamiento y la acción preventiva (vacunación contra el virus del papiloma humano, VPH) pueden implantarse como parte de las actividades en curso.

MSF dará prioridad a la detección y tratamiento del cáncer cervical y a la vacunación contra el VPH de las mujeres VIH-positivas.

3. OTRAS ÁREAS DE ACTUACIÓN: REPARACIÓN DE LA FÍSTULA OBSTÉTRICA

- ✓ *Se estima que al menos tres millones de mujeres en países pobres sufren una fístula véscico-vaginal sin reparar; solo en África se producen entre 30.000 y 130.000 nuevos casos cada año¹⁹.*

La gran mayoría de las fístulas obstétricas son el resultado de un trabajo de parto obstruido y prolongado; una pequeña parte resultan de intervenciones médicas (cesárea, histerectomía) o de una agresión sexual.

¹⁴ Médicos Sin Fronteras. (2012). *PMTCT. Strategic orientation (final)*.

¹⁵ ONUSIDA, Programa de la ONU sobre el VIH/Sida. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida, 2008*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en:

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globlareport_es.pdf.

¹⁶ OMS. (2010). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75236/1/9789241599818_eng.pdf.

¹⁷ MSF. (2013). *Cervical cancer: Guidance for operations*.

¹⁸ La primera causa de muerte en las mujeres es el cáncer de mama.

¹⁹ Wall, LL. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*. 368: 1201-09.

La atención obstétrica que ofrece MSF se centra en la atención adecuada al parto obstruido, en la prestación de cirugía especializada para cesáreas de emergencia, y en la prevención secundaria de la fístula a través de la identificación temprana y el cateterismo urinario.

La fístula obstétrica da lugar a problemas físicos (incontinencia), estigma, depresión y aislamiento social.

La implementación de la reparación de la fístula requiere experiencia médica específica, y debe considerarse como un complemento a programas de atención obstétrica establecidos o previstos en contextos en los que este tipo de lesión es muy frecuente. La reparación exitosa de la fístula es un paso importante para que las mujeres recobren la dignidad y la confianza en su cuerpo.

II. ATENCIÓN A LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. VIOLENCIA SEXUAL, Y ESPECÍFICAMENTE VIOLACIÓN

- ✓ *No existe una definición universal de la violencia sexual, ni datos completos sobre su prevalencia. No obstante, los índices de criminalidad relacionada con la violación y los informes sobre violencia sexual en conflictos y sobre violencia contra la mujer reflejan una existencia generalizada de la violencia sexual en todos los contextos.*
- ✓ *Atendiendo a las estadísticas nacionales, según los países, hasta una de cada tres mujeres ha sido violada antes de cumplir los 18 años: esto se traduce en unos 400.000 casos de violación al año en todo el mundo. Los índices de criminalidad documentan hasta 135 denuncias por violación por cada 100.000 personas²⁰.*
- ✓ *La violación es el delito menos denunciado: entre el 75 y el 95% de los casos no se denuncian a la Policía.*
- ✓ *Desde 2005, MSF ha atendido a entre 10.000 y 15.000 víctimas de agresiones sexuales al año, tanto casos individuales como derivados de violaciones en masa. El 5% de las víctimas atendidas por MSF son varones (niños y adultos).*

La violencia sexual se produce en todas las sociedades y en todos los contextos. No obstante, cuando un contexto se desestabiliza, la violencia general se agudiza, y con ella la violencia sexual. Esta es particularmente compleja, y genera estigma y otras consecuencias a largo plazo. Por tanto, conlleva múltiples desafíos que MSF debe tener en cuenta en el marco de sus programas, tales como las consideraciones jurídicas y las cuestiones relacionadas con la confidencialidad, la protección, el estigma, la percepción, y el acceso y la aceptación de la asistencia.

La asistencia que MSF proporciona se centra en la atención médica a las víctimas de violencia sexual de cualquier edad, ya sean mujeres o varones, e incluye:

- Tratamiento de lesiones.
- Prevención de infecciones (enfermedades de transmisión sexual, VIH, hepatitis B, tétanos).
- Atención al embarazo no deseado.
- Apoyo psicológico.
- Entrega de un certificado médico.

Todos los proyectos de MSF deben estar preparados para ofrecer asistencia médica a las víctimas de violencia sexual, independientemente de las actividades de salud reproductiva o como complemento de las mismas.

Dependiendo del contexto y la viabilidad, MSF contribuirá a las otras formas de apoyo que se necesiten, a saber, apoyo social y jurídico, sensibilización de la comunidad e incidencia política

²⁰ Datos y estudios de países como Sudáfrica, Lesoto, Burundi, Colombia y República Democrática del Congo.

(*advocacy*). Como mínimo, se tomarán medidas para concienciar sobre las consecuencias médicas de la violación y la disponibilidad de asistencia.

MSF se compromete a garantizar la confidencialidad de la información de todos los pacientes que se acerquen a la organización para recibir atención tras haber sufrido una agresión sexual.

2. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

- ✓ *La MGF plantea serios riesgos para la salud física y mental de mujeres y niñas, especialmente para las que han sido sometidas a las formas más extremas de este procedimiento.*
- ✓ *La MGF se asocia con una mayor prevalencia de complicaciones en el parto, como dolor intenso, hemorragia, tétanos, infección, infertilidad, quistes y abscesos, incontinencia urinaria, dispareunia e incluso muerte materna; también se relaciona con problemas psicológicos²¹.*

La MGF puede considerarse como otra forma de violencia infligida a las niñas y mujeres, y sus consecuencias para la salud pueden ser graves a corto y largo plazo.

MSF no admite la práctica de la mutilación genital femenina y no ofrece capacitación, fármacos ni material médico para su realización.

La infibulación puede dar lugar a complicaciones potencialmente mortales, y MSF las tratará como parte de la atención médica de emergencia durante el trabajo de parto y el alumbramiento. En ese momento, MSF volverá a abrir el cierre practicado durante la infibulación y no lo cerrará de nuevo una vez terminado el parto. MSF considera que restablecer la infibulación, incluso aunque la paciente así lo solicite, representa un apoyo a la práctica de la MGF, y por tanto no la realiza.

Los equipos de MSF deben hacer el esfuerzo de explicar esta postura contraria a la re-infibulación al personal local de salud y a la comunidad.

²¹ Grupo de estudios de la OMS sobre la mutilación genital femenina y sus consecuencias obstétricas. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome. *Lancet*. 367: 1835-41.