

Protocol de prevenció de Mutilació Genital Femenina (MGF) de la ciutat de Terrassa



ÍNDEX

1. MARC CONCEPTUAL DE LA MGF

1.1. Definició i terminologia	07
1.2. Tipus i classificació	07
1.3. Edat en què es practica	09
1.4. Com es practica	09
1.5. Per què es practica	10
1.6. Conseqüències per a la salut	11
1.7. Distribució geogràfica de la MGF, dades de prevalença, i ètnies practicants i no practicants	13

2. MARC JURÍDIC

2.1. Convencions internacionals	22
2.2. Regulació legislativa a l'Àfrica	22
2.3. Legislació europea sobre la MGF	22
2.4. Legislació sobre MGF vigent a Espanya	23
2.5. Legislació sobre MGF vigent a Catalunya i protocols d'intervenció	24

3. CONSIDERACIONS ÈTIQUES ENTORN DE LA MGF 26

4. PREVENCIÓ DE LA MGF

4.1. Factors de risc	29
4.2. Algoritme d'actuació pediàtrica	29
4.2.1. Compromís preventiu de no mutilació	31
4.2.2. Protocol post-MGF	32
4.3. Algoritme d'actuació en centres educatius	33
4.4. Algoritme d'actuació general davant un cas de risc de MGF real	34
4.4.1. Actuacions en casos de risc alt imminent	35
4.5. Educació com a mesura de prevenció	35
4.5.1. Actituds i estratègies	35
4.5.2. Actitud assertiva en informar sobre conseqüències negatives i desmitificació de creences	36
4.5.3. Recomanacions per als i les professionals	37
4.5.4. Tallers i sessions formatives de sensibilització sobre la realitat de la MGF i sobre prevenció de la MGF	38

5. ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA A LA DONA MUTILADA

5.1. Aspectes generals	39
5.2. Atenció a la dona que ha patit MGF	39
5.2.1. Atenció primària	39
5.3. Ginecologia i obstetrícia	41
5.3.1. Exploració	41
5.3.2. Salut sexual i reproductiva	41
5.3.3. Embaràs, part i postpart	41
5.3.4. Cirurgia reconstructiva	43

6. BIBLIOGRAFIA I RECURSOS D'INTERÈS SOBRE EL TEMA	44
---	----

ANNEXOS	49
---------	----

ABREVIATURES I SIGLES D'INTERÈS

MGF

Mutilació genital femenina

EMDS

Equip multidisciplinari (treball social, ginecologia, pediatria i infermeria)

DGAIA

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

EAIA

Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

EVAMI

Equip de Valoració de Maltractaments Infants

CDIAP

Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç

CSMIJ

Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil

CSMA

Centre de Salut Mental d'Adults

EAP

Equip d'Assessorament Psicopedagògic

OAVD

Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte

«Cada onze segons una nena està sent mutilada genitalment»

(Waris Dirie, 2018)

INTRODUCCIÓ

La mutilació genital femenina (MGF) és una pràctica tradicional mil·lenària, amb arrels socioculturals fortes i ancestrals, estesa entre diferents pobles i/o grups ètnics de països d'Àfrica (Benín, Burkina Faso, el Camerun, el Txad, la Costa d'Ivori, Djibouti, Egipte, Eritrea, Etiòpia, Gàmbia, Ghana, Guinea [també anomenada «Guinea Conakry»], Guinea-Bissau, Guinea Equatorial, Kenya, Libèria, Mali, Mauritània, el Níger, Nigèria, República Centreafricana, República Democràtica de Congo, República Unida de Tanzània, el Senegal, Sierra Leone, Somàlia, el Sudan, Togo, Uganda i Zàmbia), l'Orient Mitjà (el Kurdistan iraquià i el Iemen), Àsia (certes comunitats de l'Índia, Indonèsia, Malàisia, el Pakistan i Sri Lanka), i a l'Amèrica del Sud (determinades comunitats practiquen la MGF a Colòmbia, l'Equador i el Perú); que consisteix en l'amputació total o parcial dels òrgans genitals femenins externs; i que ha de ser entesa com una violació dels drets humans inherents de nenes i dones, com un atemptat contra la seva integritat física i psíquica, i també com una manifestació extrema de la violència masclista contra les dones pel fet de ser-ho i que es vincula amb altres formes d'abusos com el matrimoni forçat.

Segons les estimacions d'UNICEF, aproximadament 200 milions de dones han patit aquesta pràctica i l'any 2050 més de 63 milions de menors podrien patir-la (UNICEF, 2016). I a causa dels fluxos migratoris i de la globalització, la MGF no només afecta els països on tradicionalment es practica, sinó que ha esdevingut un problema d'índole mundial. En molts països occidentals com Austràlia, Canadà, els Estats Units, el Regne Unit i altres estats europeus es porta a terme la MGF entre poblacions en situació de diàspora procedents de zones on la pràctica és comuna.

La Fundació Wassu de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) actualitza cada quatre anys des del 2001 el «Mapa de la mutilación genital femenina en España». La darrera edició (Kaplan i López, 2017) està basada en una anàlisi quantitativa de les dades procedents del padró continu de la població, utilitzant microdades amb data de l'1 de gener del 2008, del 2012 i del 2016. Segons aquest estudi, a tot l'Estat espanyol hi hauria unes 18.400 nenes en risc de patir mutilació genital. I en el cas de Catalunya, el nombre de nenes en risc seria de 6.295.

Des de la Taula Local de Prevenció de MGF de Terrassa, s'entén que la tolerància i el respecte a la identitat cultural de les persones immigrades tenen com a límit el respecte als drets fonamentals de les persones. Per això es contempla que, des de la nostra ciutat, hem de fer visible i lluitar contra la MGF, ja que pot afectar a nenes i dones que han de poder gaudir del mateix nivell de protecció que totes les altres nenes i dones de Terrassa.

I amb l'objectiu general de promoure i unificar accions a seguir en la ciutat de Terrassa, per treballar en la prevenció de la MGF i en l'atenció a les dones que hagin estat mutilades, des d'un abordatge de salut pública amb un enfocament d'equitat de gènere, de drets humans i d'interculturalitat i antiracisme, s'elabora el present protocol fruit del treball i la coordinació de les diferents entitats participants en la Taula Local de Prevenció de la MGF de la ciutat de Terrassa: Servei de Ciutadania, serveis d'Educació, serveis de salut, Serveis Socials i EAIA, cossos policials, Fiscalia, l'Associació Catalana de Residents Senegalesos de Terrassa (ACRST), l'Associació Cultural de Mali a Terrassa, Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE) i l'Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte (OAVD) de Barcelona Comarques. La Taula Local de Prevenció de la MGF, que pretén contemplar el paper dels diferents sectors implicats, ha comptat també amb el suport de la Direcció General per a l'Erradicació de les Violències Masclistes del Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya.

En aquest protocol s'estudia en què consisteix la MGF i quina és la justificació de la seva realització. Amb el coneixement del context antropològic i social d'aquestes intervencions, es pretén l'acostament a aquestes cultures amb la finalitat d'ajudar a erradicar aquesta pràctica perjudicial per a la salut de les dones. Aquest document també estableix les accions transversals, l'elaboració de circuits d'intervenció, així com directrius per al treball professional multidisciplinari; tant per a prevenir la pràctica de la mutilació genital femenina en nenes, com per a l'establiment de l'atenció adient a dones mutilades detectades en determinats moments o processos assistencials, sobretot en situacions d'embaràs o de part.

Tradicionalment, la idea que aquesta vulneració dels drets de les nenes i de les dones es duu a terme en terres llunyanes ha comportat una atenció i una anàlisi limitades. Davant d'aquesta situació, i contemplant en l'actualitat el tema de la MGF com un problema d'índole global, a través d'aquest protocol, l'Ajuntament de Terrassa també es planteja la contemplació de tot un seguit d'objectius específics com ara: donar a conèixer als i les professionals de l'àmbit sociosanitari la situació de la MGF i les seves conseqüències sobre la salut de les dones i de les nenes, establir pautes d'atenció i prevenció sociosanitàries coordinades per abordar la MGF, propiciar i facilitar un paper actiu de les dones i de les comunitats on es realitza aquesta pràctica en la prevenció i atenció de la MGF. Per combatre la tradició és imprescindible el treball amb la comunitat a partir de la formació, la informació i la sensibilització. I en l'abordatge preventiu de la MGF, l'Ajuntament de Terrassa, conscient de la necessitat d'actuacions des de vessants molt diferents, pretén amb aquest protocol disposar d'una eina potent i clara per a aquest treball en xarxa.

La contemplació de l'enfocament de gènere en aquest protocol possibilita poder qualificar aquesta pràctica en la seva justa expressió, és a dir, com una violència física i mental contra les dones. I alhora considerar que la MGF és una qüestió pública de la qual s'ha de parlar i sobre la qual s'han de prendre mesures institucionals, per erradicar-la com mecanisme social de control de la sexualitat de les dones, i de submissió, en benefici d'uns suposats interessos dels homes.

La contemplació de l'enfocament intercultural ens ajuda a comprendre que aquestes són pràctiques molt arrelades en la identitat grupal d'aquestes comunitats i que no es poden fer desaparèixer si no és per un canvi en elles mateixes, principalment en la mentalitat de les persones que les practiquen i les defensen. Per contribuir a aquesta transformació s'han d'evitar les imposicions culturals i, alhora, han de proporcionar-se eines que facilitin que siguin les mateixes dones i els homes d'aquestes comunitats qui comprenguin que han d'erradicar-les. Per tant, aquesta forma d'intervenció ens ofereix l'oportunitat d'aprendre a abordar aquesta pràctica cultural contrària als drets humans mitjançant una intervenció i una mediació social respectuosa amb la població immigrada de risc, a fi que persones integrants puguin esdevenir-ne agents de transformació de les mentalitats i de determinats costums en les seves societats d'origen.

També la contemplació de l'enfocament de drets humans en aquest protocol ens pot ajudar en el manteniment d'arguments contraris als que justifiquen l'existència de qualsevol tradició cultural encara que sigui perjudicial per a les persones. Cal reconèixer les especificitats identitàries i culturals, però emmarcant-les en el respecte per la vida, la integritat física i la possibilitat de tenir una vida digna i saludable.

És per tot això que, en aquest protocol, es rebutgen les pràctiques tradicionals que resulten perjudicials, i es promou la seva eliminació vetllant pel respecte a les societats que les porten a terme. Es considera que ha de ser la comunitat mateixa la que promogui la seva erradicació i, a tal efecte, es determina un paper molt important i fonamental en l'activitat de sensibilització per a la prevenció i l'erradicació de la MGF. Finalment, es valora com essencial el paper que poden dur a terme persones mediadores culturals, que amb el seu treball continuat (tant en la identificació de possibles casos de risc com respecte a la sensibilització sobre els drets propis i les conseqüències sobre la salut, i també en l'apoderament de les dones a través de tallers o altres activitats) poden aconseguir transformacions crucials en les seves comunitats, tant en les tradicions com en els valors socials.

1. MARC CONCEPTUAL DE LA MGF

1.1. Definició i terminologia

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) la mutilació genital femenina (MGF) «comprèn tots els procediments que, de forma intencional i per motius no mèdics, alteren o lesionen els òrgans genitals femenins». L'eliminació o el dany del teixit genital pot provocar, de forma immediata i a llarg termini, greus conseqüències per a la salut de les nenes i dones afectades, i fins i tot la mort.

Es tracta d'una pràctica duta a terme principalment en països d'Àfrica, l'Orient Mitjà (Kurdistan iraquiana i el Iemen) i l'Àsia (Indonèsia) (UNICEF, 2016), que forma part d'un compendi de ritus que simbolitzen, en la seva gran majoria, el pas de la nena a l'edat adulta. S'inclou dins les conegudes com a «pràctiques tradicionals perjudicials» (PTP).

A la Convenció sobre l'Eliminació de totes les formes de Discriminació contra la Dona (CEDAW, per les seves sigles en anglès) es van definir les pràctiques tradicionals perjudicials com «aquelles actituds tradicionals segons les quals les dones són considerades inferiors a l'home i se'ls atribueix funcions estereotipades que són perpetuades mitjançant pràctiques de violència o coacció. A més aquestes pràctiques, que responen principalment a raons culturals o conveccions socials molt arrelades sobre la posició i funció de la dona en la societat, incidiran en la integritat física, mental i social de les dones, privant del gaudi efectiu, exercici i coneixement dels drets humans i llibertats fonamentals» (United Nations Women, 1992).

Altres termes emprats per fer referència a la MGF són «tall genital femení», «mutilació sexual femenina», «escissió», «circumcisió femenina» o «tall», «iniciació», bondo, sunna o khutna (termes específics per a referir-se a la pràctica en diferents idiomes) i «ablació».

En aquest protocol s'utilitzarà la paraula «mutilació» perquè reforça la idea que aquesta pràctica és una violació dels drets humans de les nenes i de les dones, i per tant ajuda a promoure la defensa local, nacional i internacional del seu abandó. Però alhora, i en reconeixement de la importància de la utilització d'una terminologia sense prejudicis amb les comunitats que la practiquen, es contemplarà el terme «tall» per parlar-ho amb les persones originàries de països on es du a terme, per considerar que el terme «mutilació» comporta una connotació més negativa. Aquesta mateixa recomanació ha estat donada per l'Agència dels Estats Units per al Desenvolupament Internacional (USAID, per les seves sigles en anglès).

1.2. Tipus i classificació

D'acord amb la classificació de la MGF realitzada en 2008 per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), hi ha quatre tipus diferents amb subdivisions:

Tipus I: Clitoridectomia

També coneguda com a «circumcisió femenina», consisteix en l'extirpació parcial o total del clítoris i/o del prepuci del clítoris.

Quan és important distingir entre les principals variacions de la mutilació de tipus I, es proposen les següents subdivisions: **tipus Ia**, resecció només del caputxó o prepuci del clítoris; **tipus Ib**, resecció del clítoris amb el prepuci.

Tipus II: Escissió

Consisteix en la resecció parcial o total del clítoris i els llavis menors, amb escissió o sense dels llavis majors.

Quan és important distingir entre les principals variacions documentades, es proposen les següents subdivisions: **tipus IIa**, resecció només dels llavis menors; **tipus IIb**, resecció parcial o total del clítoris i dels llavis menors; **tipus IIc**, resecció total o parcial del clítoris, els llavis menors i els llavis majors.

Tipus III: Infibulació

Sutura de l'obertura vaginal per tal d'estrènyer mitjançant el tall i recol·locació dels llavis menors o majors, amb resecció del clítoris o sense. Es deixen dos petits orificis a través dels quals eliminar l'orina i la sang menstrual.

En el **tipus IIIa**, es produeix la resecció i recol·locació dels llavis menors; i en el **tipus IIIb**, la resecció i recol·locació dels llavis majors.

Tipus IV: Miscel·lània

Es registren en aquest grup totes aquelles lesions als òrgans genitals femenins amb finalitats no mèdiques que no es corresponen amb les lesions anteriors. És a dir que en aquest grup es poden incloure les punxions, perforacions, incisions, raspats, cauteritzacions o la introducció de substàncies corrosives.

La MGF que es practica amb més freqüència és el tipus I, seguida del tipus II. Entre totes dues sumen el 80-85% dels casos. El 15-20% restant correspon al tipus III (UNAF, 2013).

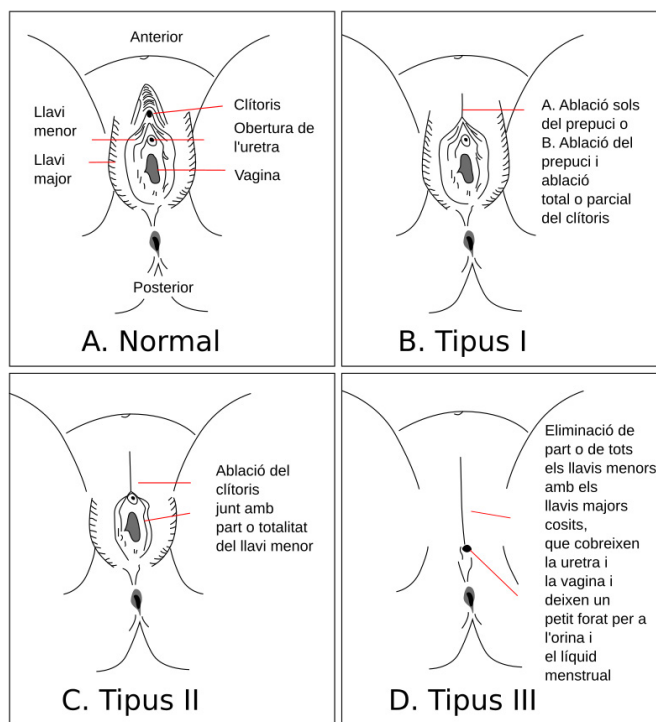


Figura 1. Tipus de MGF segons la classificació de la OMS
 Font: «Classification of female mutilation», World Health Organization (2007)

1.3. Edat en què es practica

L'edat a la qual es practica varia en funció de les ètnies i els països. De tota manera, hi ha un interval d'edat en el qual és més freqüent que es faci, que va dels 4 als 14 o 15 anys. Però també hi ha ètnies en què la MGF es realitza dies després de néixer, abans de contraure matrimoni, i al llarg de l'embaràs o en el postpart.

Quan es tracta de nenes o adolescents immigrades a Europa, la MGF s'acostuma a produir durant el període de vacances, ja que tornen al seu país d'origen o al país d'origen dels seus pares per a visitar la família, independentment de l'edat.

1.4. Com es practica

A algunes nenes se'ls pot practicar la MGF individualment, però el més normal és que es dugui a terme en grup, per exemple en grups de germanes o de nenes que tinguin algun altre parentiu proper, o bé en grups per veïnats, o en un mateix grup d'edat.

En els poblats dels països involucrats en aquesta pràctica, la persona encarregada d'efectuar la mutilació a les nenes o a les dones sol ser una dona d'edat avançada, molt respectada en la comunitat i amb autoritat, i que habitualment sol assistir l'embaràs i el part (no relacionant les complicacions que solen presentar-s'hi en donar a llum amb la mutilació), o la que exerceix la medicina tradicional (remeiera) en el grup. És un ofici transmès per generacions anteriors i al qual es dediquen durant tota la seva vida; adoptant aquest paper en les seves comunitats, per la qual cosa són socialment molt apreciades, i obtenint uns guanys d'aquesta activitat. La figura de la «circumcidadora» en aquestes cultures és coneguda com *agnaman*, *ngnumo*, *gnoman*, *yongacut*, *unamano* i *ngnangsimbah*.

La cirurgia és realitzada generalment amb ganivets especials, tisores, bisturís, trossos de vidre o fulles d'afaitar, o qualsevol altre tipus d'objecte tallant, sense utilitzar cap mena d'anestèsic ni antisèptics, llevat que el procediment el portin a terme persones professionals de l'àmbit mèdic. Segons l'OMS, la medicalització de la MGF es produeix quan és duta a terme per una persona proveïdora d'atenció mèdica (persona treballadora sanitària de la comunitat, personal d'infermeria o personal mèdic). La MGF medicalitzada es pot fer en una clínica pública o privada, a casa, o en qualsevol altre lloc. I també inclou el procediment de la reinfibulació en qualsevol moment de la vida d'una dona. Segons estimacions extretes d'enquestes demogràfiques i de salut, i d'enquestes d'indicadors múltiples, els països on la majoria dels casos de MGF són practicats per persones de l'àmbit sanitari són Egipte (77%), el Sudan (55%), Kenya (41%), Nigèria (29%) i Guinea Conakry (27%).

Els ritus d'iniciació no es poden considerar ritus de pubertat física, ja que no coincideixen amb la pubertat fisiològica, sinó amb una pubertat social. Les edats varien en funció del sexe i de les ètnies.

El ritu d'iniciació es divideix en tres fases:

1. Separació

Les nenes són separades de la resta de la comunitat i són conduïdes fins a unes cabanes on els homes no poden accedir, ni tampoc les dones no mutilades. Si es realitza de forma individual, es porta a terme generalment a casa de l'àvia materna de la nena o a casa de la mateixa «circumcidadora». En algunes comunitats hi ha espais reservats per a la realització de la MGF anomenats beray o juba en mandinga (Sequi, Touray i Zuleyka, 2013); i és portada a terme per la ngnangsimbah, una dona gran a la qual se li atribueixen poders màgics i que exerceix com a llevadora en els poblats.

El tall, la sang i el dolor marquen la ruptura definitiva amb la infància. En acabar el tall, se'ls aplica a la ferida alcohol, cendres, barreges d'herbes, oli de coco i fins i tot excrements de vaca amb el propòsit d'ajudar a la cicatrització.

2. Marginació

Aquesta etapa es perllonga en funció del temps de cicatrització de la ferida. Aquest procés dura de dos a sis setmanes (Asha, Gascón i De Déu, 2015) depenent del tipus d'intervenció. Durant aquest temps o aquesta fase, s'impartiran els ensenyaments tradicionals necessaris per a formar part del món adult i els valors socioculturals del seu poble mitjançant mites, tabús i prohibicions, i amb la finalitat de crear la identitat ètnica i de gènere de la nova dona de la tribu (Amnistia Internacional, 1998).

3. Agregació

Per culminar el ritual, un cop cicatritzada la ferida, se celebra una gran festa on es presenten públicament les nenes iniciades amb els seus nous rols i estatus, perquè siguin reconegudes, legitimades i acceptades en la seva comunitat i, finalment, tornin a casa (Sequi, Touray i Zuleyka, 2013).

Tot i l'esmentat anteriorment, en l'actualitat, en algunes cultures i sobretot en les zones més urbanes, l'acte es pot realitzar de forma individual i sense celebracions, a conseqüència de les sancions penals imposades en els països on es practica i de les campanyes internacionals contra la MGF.

1.5. Per què es practica

La mutilació genital femenina s'ha preservat pel gran pes que té en la comunitat practicant en dotar a la nena d'una identitat ètnica i de gènere. Les ètnies practicants de MGF consideren la mutilació com un pas necessari per garantir la seva puresa com a sinònim de virginitat. I en elles preservar la virginitat fins al matrimoni és un signe de dignitat i d'honra tant per la dona com per a la seva família, el seu futur marit i la família d'aquest. En països i ètnies on la seva pràctica està molt estesa, la MGF compta amb el suport tant d'homes com de dones, que generalment no la qüestionen, i qualsevol persona que s'aparti de la norma pot ser objecte d'estigmatització, de pràctiques discriminatòries o d'exclusió social; i pot enfrontar-se a la condemna, l'assetjament i l'ostracisme, totes experiències perjudicials per a la salut. A les famílies els resulta difícil abandonar la pràctica sense el suport de la resta de la comunitat. De fet, s'acostuma a practicar fins i tot sabent que infligeix dany a les nenes, perquè consideren que els beneficis socials són més alts que els seus desavantatges (OMS, 2008).

La MGF també s'ha convertit en una prova física de l'entrada d'una noia en l'edat adulta, fet que en garanteix la femineïtat i el coneixement necessari per pertànyer a la comunitat i al món secret de les dones (Kaplan *et al.*, 2013).

La MGF és una norma social profundament fixada i amb arrels històriques antigues. Les raons que la sustenten són molt variades, moltes vinculades a creences, amb un component social, cultural i identitari molt fort. Entre elles destaquen:

Raons sociològiques

Es practica com a «ritual d'iniciació» de les nenes en el seu pas a l'edat adulta, o en nom de la integració i del manteniment de la cohesió social (la circumcisió és una «marca» per a tota la vida i simbolitza que la seva unió amb el grup també ho serà).

Creences socials vinculades a certes idees religioses

Així com la circumcisió masculina és un precepte religiós, per tant, obligatòria; la femenina forma part de la tradició, és a dir, només té caràcter de recomanació i no és obligatòria. És important ressaltar que és una pràctica preislàmica i que l'Alcorà no en fa esment ni al·lusió en cap versicle, a diferència de la Bíblia, que sí que ho fa per als homes.

Raons higièniques i estètiques

Les persones practicants tenen la creència que els genitals femenins són bruts i antiestètics, per la qual cosa és una forma de purificar (l'ablació en alguns contextos socioculturals és sinònim de «purificació») i de fer desitjable a la dona.

Raons psicosexuals i reproductives

El principal motiu és controlar la sexualitat de la dona. Es pensa que la MGF mitiga el desig sexual i garanteix la fidelitat femenina. Entre les raons reproductives s'argüeix que facilita el part (quan els estudis demostren el contrari) o que afavoreix la fertilitat (idea que tampoc és certa).

Raons econòmiques

La perpetuació de la MGF no només es deu al fet que les «circumcidadesores» generen ingressos exercint aquesta activitat, cobrant diners i altres béns (roba, aliments, ornaments, etc.). La cerimònia també acostuma a convertir-se en un acte festiu en què tot aquell que hi acudeix ha d'aportar regals o diners. Això, per a la família que l'organitza, és una important font d'ingressos.

Medicalització de la mutilació genital femenina

Actualment està augmentant, tant en zones urbanes com en famílies de nivell econòmic alt, la MGF realitzada per personal sanitari qualificat, en bones condicions higièniques i amb anestèsia local o general. Aquests actes de mutilació generalment són pagats, de vegades a un alt preu, amb el pretext d'obtenir-ne «millor qualitat» o per raons de seguretat. Fins i tot a Europa, algunes persones de l'àmbit mèdic han ofert formes «segures» de MGF i, fins i tot, una mutilació «mínima» per complir amb la tradició.

1.6. Conseqüències per a la salut

La MGF pot tenir un impacte greu en la salut i el benestar de la dona i de la nena, amb múltiples conseqüències físiques i psicològiques nefastes, no només degudes a la intervenció per se, sinó a les condicions en què aquesta es practica.

Es tracta d'un ritual realitzat en la majoria dels casos en condicions pèssimes, en llocs apartats, sense condicionar i sense unes mínimes garanties higièniques. No s'empra anestèsia de cap mena i l'instrumental, compost per utensilis com ara fulles d'afaitar, sovint es fa servir per a més d'una nena.

Segons la literatura disponible, les conseqüències en la salut es descriuen i s'han classificat més comunament sobre la base del moment en què apareixen (a curt termini, en el moment del tall o immediatament després, i a mitjà i llarg termini), de la natura de les conseqüències (p. e., des del punt de vista obstètric, psicològic, sexual i social) o des d'ambdues perspectives (vegeu **Taula 1**).

I tot i que l'MGF està àmpliament reconeguda com un procediment que provoca lesions físiques i psicològiques, el fet d'aportar i recopilar dades precises sobre les conseqüències i les defuncions relacionades amb la MGF és tot un repte (OMS, 2016).

A la **Taula 1** es presenta una visió dels riscos per a la salut (immediats i també a mitjà i llarg termini) i de les complicacions en matèria d'obstetrícia, així com de les conseqüències per a la salut psicosexual de la dona i de la nena (Sistema Sanitari d'Euskadi, 2016). Entre els efectes a mitjà termini, sobretot cal destacar que poden produir-se anèmies greus provocades per les hemorràgies i infeccions, que de vegades poden associar-se amb problemes de malnutrició. També poden aparèixer altres complicacions com la infecció pelviana, menstruacions doloroses i formació de cicatrius queloides.

A més dels riscos per a la salut resumits a la Taula 1, hi ha tot un conjunt de procediments i d'activitats de la vida quotidiana que poden ser dificultoses a causa de les distorsions anatòmiques. En aquest sentit,

són destacables els exàmens ginecològics, les citologies, l'evacuació de l'úter després d'un avortament, la col·locació del dispositiu intrauterí (DIU) i l'ús de tampons, especialment pel que fa als casos de MGF de tipus III (OMS, 2016).

IMMEDIATES

A MITJÀ I LLARG TERMINI

Dolor intens	Alteracions ginecològiques: infeccions vaginals, malaltia inflamatòria pelviana, hematocolps, dismenorrea
Hemorràgia	Alteracions urinàries: ITU de repetició, pielonefritis, incontinència urinària, retenció urinària Infeccions recurrents del tracte urinari (ITU)
Xoc hipovolèmic, mort	Fístules ginecològiques Cicatrització anòmala dels teixits (fibrosi, cicatrius queloides)
Lesió d'òrgans perifèrics	Infeccions per VIH, i el virus de les hepatitis B (VHB) i C (VHC)
Retenció urinària	Anèmia
Infecció local	Disparèunia, disminució de la sensibilitat sexual
Septicèmia	Esterilitat
Tètanus	Complicacions obstètriques: parts prolongats, esquinçaments perineals, hemorràgia postpart, major taxa de cesària i de morbimortalitat perinatal
Por, angoixa	Sentiment de vergonya, angoixa, estrès posttraumàtic, depressió

Taula 1. Conseqüències immediates i a mitjà i llarg termini de la realització de la MGF
Font: Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

1.7. Distribució geogràfica de la MGF, dades de prevalença, i ètnies practicants i no practicants

En xifres, es calcula que actualment més de 200 milions de dones i nenes a tot el món han estat mutilades (UNICEF, 2016) i que, cada any, més de 3 milions de nenes corren el risc de ser sotmeses a aquesta pràctica (OMS, 2017).

L'OMS estima que entre 100 i 140 milions de nenes i dones de tot el món han estat sotmeses a un dels tres primers tipus de mutilació genital femenina. Les estimacions basades en les dades més recents sobre prevalença indiquen que 91,5 milions de dones i nenes majors de nou anys a l'Àfrica pateixen en l'actualitat les conseqüències de la mutilació genital femenina. A més, les últimes dades d'UNICEF (2016) indiquen que més de 63 milions de nenes hauran estat sotmeses a MGF l'any 2050, i que més de 3 milions de nenes menors de quinze anys són mutilades cada any a països d'Àfrica, l'Àsia, l'Orient Mitjà i la península Aràbiga. Així mateix, també es taxa ja en 200 milions les dones i nenes que han patit MGF arreu del món (UNICEF, 2016). D'aquestes, més de la meitat viuen en només tres països (Indonèsia, Egipte i Etiòpia), i 44 milions són noies de més de quinze anys.

S'estima que la MGF es practica actualment també en comunitats de persones que han emigrat a Europa, el nord d'Amèrica i Austràlia; així com entre la comunitat indígena embera, a Sud-amèrica. I que, pels fluxos migratoris i la globalització, aquesta pràctica pot trobar-se en comunitats de tot el món (vegeu **Figura 2**).

A l'Àfrica, se sap que la MGF és una pràctica comuna en certes comunitats de trenta països: Benín, Burkina Faso, el Camerun, el Txad, la Costa d'Ivori, Djibouti, Egipte, Eritrea, Etiòpia, Gàmbia, Ghana, Guinea (Guinea-Conakri), Guinea-Bissau, Guinea Equatorial, Kenya, Libèria, Mali, Mauritània, el Níger, Nigèria, República Centreafricana, República Democràtica del Congo, República Unida de Tanzània, el Senegal, Sierra Leone, Somàlia, el Sudan, Togo, Uganda i Zàmbia.

Alguns grups ètnics de països asiàtics practiquen la MGF, com certes comunitats de l'Índia, Indonèsia, Malàisia, el Pakistan i Sri Lanka.

A l'Orient Mitjà, la pràctica es manté en els Emirats Àrabs Units, Oman i el Iemen, així com a l'Estat de Palestina, el Kurdistan iraquès i Israel.

També se sap que, a Amèrica del Sud, determinades comunitats practiquen la MGF a Colòmbia, l'Equador i el Perú.

A Europa de l'Est, informes recents mostren que algunes comunitats practiquen la MGF a Geòrgia i a la Federació Russa.

I en molts països occidentals com Austràlia, Canadà, els Estats Units, el Regne Unit i altres estats europeus es du a terme la MGF entre poblacions en situació de diàspora procedents de zones on la pràctica és comuna.

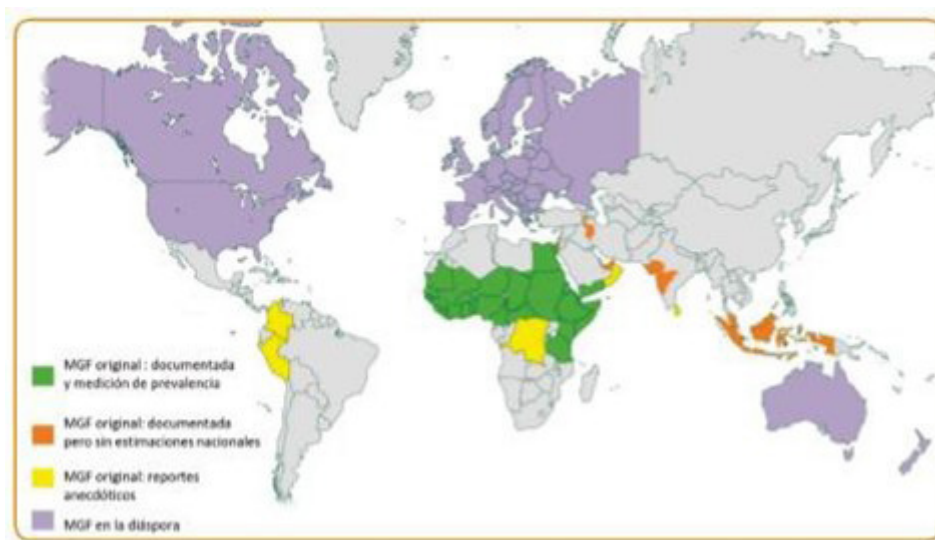


Figura 2. Distribució mundial de la MGF
 Font: Guia per a professionals (UNAF, 2013)

Els països amb major prevalença del món (més del 85%) són Djibouti, Egipte, Guinea, Mali, Sierra Leone, Somàlia i el Sudan. També presenten una prevalença alta (60-85%) Burkina Faso, Eritrea, Etiòpia, Gàmbia i Mauritània. Amb una prevalença mitjana (30-60%) apareixen el Txad, la Costa d'Ivori, Guinea-Bissau i Libèria. I en els catorze països restants la prevalença oscil·la entre l'1% del Camerun o Uganda i el 25% de Nigèria o el Senegal (**Figura 3**).

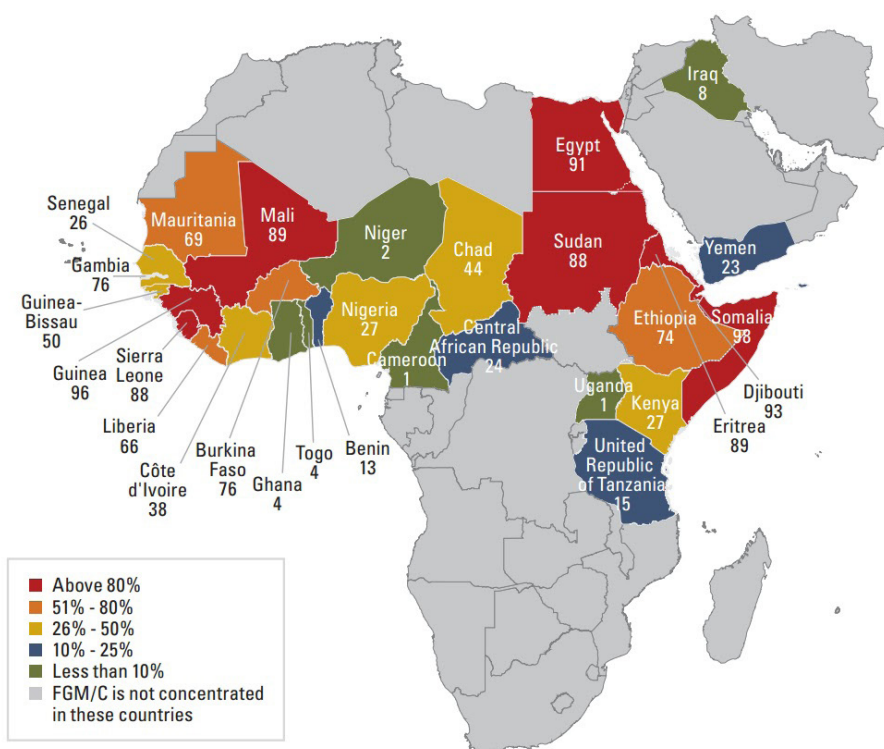


Figura 3. Prevalença de la MGF a l'Àfrica
 Fonts: UNICEF (2013); Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

La prevalença varia notablement d'un país a un altre, així com dins dels diferents països entre regions, però sens dubte l'ètnia és el factor més influent que determina, al seu torn, el tipus de procediment realitzat. Les estimacions actuals indiquen que aproximadament el 90% dels casos de MGF són del tipus I, II i casos en què es va fer un «tall» en els genitals de les nenes, però no es va extirpar carn (tipus IV), estant dins del tipus III el 10% restant (Yoder i Khan, 2008).

En les diferents regions es practiquen unes o altres intervencions. Així, a la regió occidental de l'Àfrica subsahariana es duen a terme els tipus I i II, mentre que en llocs més orientals com el Sudan, Somàlia, Eritrea i determinades àrees d'Etiòpia es practica predominantment el tipus III (**Figura 4**).

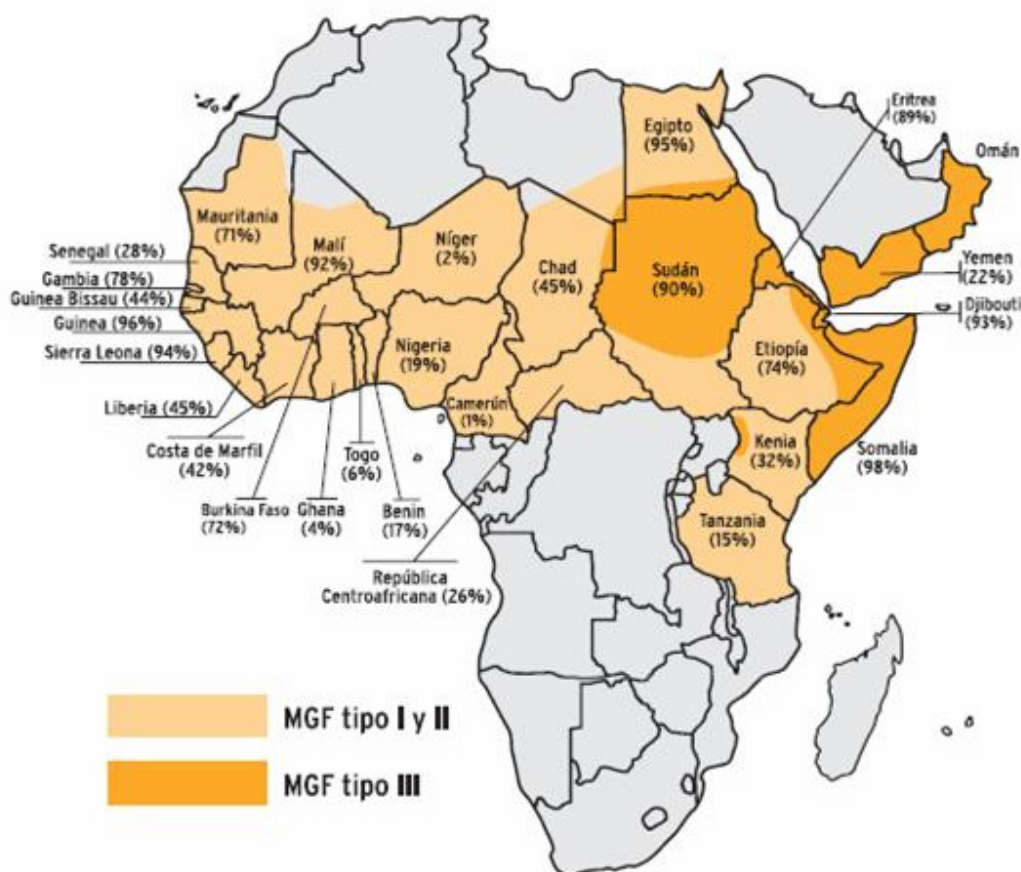


Figura 4. Distribució de la MGF, tipus i prevalença a l'Àfrica
 Fonts: Mutilación genital femenina. Manual para profesionales; A. Kaplan (2010)

Cal tenir en compte que la pràctica de la MGF no es produeix amb la mateixa prevalença a totes les zones ni en un mateix país. Tot i existir països on es realitza de forma generalitzada, existeixen grups o ètnies que no la porten a terme. Per parlar de forma correcta, hauríem de diferenciar entre grups practicants i no practicants de la MGF. Com a exemple de grups practicants i no practicants, poden citar-se els següents:

Grups practicants de la MGF

Sarahule, diula, mandinga, fulbe, soninke, bàmbara, dogon, edo, awusa, fanti.

Grups no practicants de la MGF

Wòlof, serer, ndiago.

Així mateix, sense generalitzar, podem trobar-nos amb dones pertanyents a algun grup practicant que no tingui realitzada la MGF i viceversa. Una de les explicacions a aquest fet és la transferència cultural que es produeix en el si de matrimonis entre persones pertanyents a diferents grups (una persona practicant i una altra no practicant); en aquest context, a la dona que pertany a un grup no practicant se li pot arribar a exigir tenir feta la MGF per poder contraure matrimoni amb un home que pertanyi a un grup practicant.

A l'Àfrica hi ha constància d'uns 3.000 grups ètnics i, dins d'un mateix país, acostumen a cohabitar diversos d'ells. Per això, tant en la prevenció com en l'atenció a les víctimes de MGF, serà de gran utilitat conèixer el país d'origen, així com l'ètnia o zona geogràfica d'on procedeixin (vegeu **Taula 2**).

Taula 2. Països i ètnies de risc de MGF: prevalences i tipus

PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF I DADES DE PREVALENCIA	ÈTNIA PRACTICANT / ZONA GEOGRÀFICA	TIPUS MÉS PRACTICATS DE MGF
Benín (9%)	Sobretot en el nord. Ètnies: bària, bojo, najo, peulh, dama, ioruba, benín, edo, fulani-peulh-fulbe, baatonau.	Tipus I i II
Burkina Faso (76%)	Sobretot en les províncies de Comeo, Ganzourgou, Houet, Kenedougou, Kossi, Kadiogo, Mouhoun Nahouri, Yatenga i Zounweogo. Ètnies: mandinga, diula, bàmbara, soninke, sarakole, marka, malinke, tukulotr, puulaar-fulani-peulh-fulbe i gourmanché.	Tipus I i II
el Camerun (1%)	En àrees del nord, est i sud-oest. Ètnies: fulani-peulh-fulbe, haussa i igbo.	Tipus I i II
el Txad (44%)	Sobretot en l'est i en el sud. Ètnies: fulani-peulh-fulbe i shuwa.	Tipus I i II. Tipus III a la frontera amb el Sudan
la Costa d'Ivori (38%)	Sobretot en el nord, nord-est i oest del país. Ètnies: mandinga, soninke, malinke, diula, guere, baule, mwan, fanti, foula, bàmbara, senufo, tagwana djimini, lobi, birifor, koulango, dan, yacouba, toura, gouro.	Tipus I i II
Egipte (87%)	Sobretot a la zona sud. Musulmans i cristians coptes a totes les ètnies del país.	Tipus I i II. Tipus III a la frontera amb el Sudan
Eritrea (83%)	Cristians i musulmans somalis de la zona d'Harar i les ètnies àfar i tigray.	Tipus I, II i III

Etiòpia (74%)	Ètnies: amhara, waredube, falasha, kafitscho, oromo, danakil, tigray, ometo, kufa hamític, babea, sidamo, gurage, shankila, àfar, somalis i harar, i alguns grups a Gojam.	Tipus I, II, III i IV Tipus III a la frontera amb el Sudan i Somàlia
Gàmbia (75%)	Ètnies: haussa, mandinga, sarakole, fula-fulani, diula, soninke, tukolor, diula, sarahuli, bàmbara.	Tipus I, II i III
Ghana (4%)	Sobretot a les regions oriental superior, occidental superior i nord. Ètnies: fulani, soninke, fanti, haussa, ioruba, bussani, frafra, kantosi, kassena, kussasi, mamprushie, mossi, nankani, dagari, gurunsi, lobi, sissala i wali.	Tipus I i II
Guinea (97%)	Ètnies: peulh, malinke, sousou, guerrees, toma, nalu, fulani, mandinga, bàmbara.	Tipus I, II i III
Guinea-Bissau (45%)	24 pobles incloent soninke, biafada, mandinga, malinke tukolor-puular, sousou, diula, nalu, fulani-peulh-fulbe, bijagós.	Tipus I i II
Kenya (21%)	Ètnies: massai, kuria, kisii, nandi, kipsigis, kamba, kikuyu, digo, taita, giriama, dorobo, samburu, kamasia, elgeyo, pokot, embu, meru, terik, marakuer, chagga, kavirondo, watendee, wakamba, kitosh, lumbwa	Tipus I i II Tipus III a l'oest i a zones de l'est frontereres amb Somàlia
Libèria (50%)	Ètnies: mandinga, sousou, fulani, diula, gola, kisii.	Tipus I i II
Mali (89%)	Tots, inclosos cristians: soninke, malinke, tukolor-pulaar, fulani-peulh-fulbe, bàmbara, dogon, sarakole, songhai sarakole, mandinga.	Tipus I i II Tipus III al sud del país
Mauritània (69%)	Ètnies: soninke, malinke, tukolor-pulaar, fulani-peulh-fulbe, sarakole, moor.	Tipus I i II
el Níger (2%)	Ètnies: shuwa, gourmanché, kourtey, songhai, wogo, soninke, fulani-fulbe i més del 80% de la població haussa i peulh.	Tipus I i II
Nigèria (25%)	Ètnies: aboh, edo, haussa, igbo, ioruba, tukolor-pulaar, fulani-peulh-fulbe, efik, shuwa.	Tipus I i II Tipus III al nord-oest del país

Oman	Sobretot entre els Daudi Bohra (secta musulmana).	Tipus III
República Centreafricana (24%)	La zona sud del país, ètnies banda i mandjia.	Tipus I i II
el Senegal (25%)	Sobretot a la zona oriental. Ètnies: bàmbara, soninke, mandinga, malinke, tukulor-pulaar, diula, fulani-peulh-fulbe, sousou.	Tipus I i II
Sierra Leone (90%)	Totes les ètnies: ioruba, mandinga, sousou, fulani-peulh-fulbe, mendé, temme, loko, limba, kono, kuranko, excepte els krios (criolls).	Tipus I i II
Somàlia (98%)	Totes les ètnies: harrar, àfar, danakil, galla, isaq.	Tipus III
el Sudan (87%)	Sobretot al nord del país. Ètnies: fulani-peulh-fulbe, beja, handandana, beni amir, kababish, baggara, danagla, shaygia, gaaliyeen, rubatab, amarar, fallata, bushairiya, hassanie, bisharin, ababde, mensa, hababa, bund burun, abn harz, musulam iye, awlad hahil, singa, sinnar.	Tipus I, II i predomina el III
Tanzània (15%)	Ètnies: shaga, massai, basembeti-suba, bakuria, komaki, chaga, pare, shambala, gogo, rangi, turu, bena, hehe, mtwara, arusha.	Tipus I, II i III
Togo (5%)	A la zona nord del país. Ètnies: gourma, cotocoli, tchamba, mossi, yanga, fulani-peulh-fulbe, ioruba.	Tipus I i II
Uganda (1%)	Ètnies: pokot, sabiny, sebei.	Tipus I, II i III
el Iemen (19%)	Sobretot entre els Daudi Bohra (secta musulmana) i a la costa.	Tipus III
Djibouti (93%)	Ètnies: iemeni, àfar, issa.	Tipus II i III

Taula 2. Països i ètnies de risc de MGF: prevalences i tipus

Font: «Complicaciones obstétrico-ginecológicas en mujeres procedentes de países con riesgo de ablación/mutilación genital femenina: estudio comparativo», tesi doctoral de Laura Gombau Giménez, 2018

Segons investigacions del Parlament Europeu, unes 500.000 dones i nenes de la Unió Europea (UE) han estat sotmeses a la MGF (UE, 2016). Alguns estudis, realitzats principalment a Europa, han intentat quantificar el nombre de nenes i dones immigrades que han patit la pràctica o estan en situació de risc, però aquests esforços no han estat sistemàtics en tots els països afectats. Segons un d'aquests estudis, que va compilar dades estadístiques entre 2008 i 2011, cada any 20.000 dones en risc de MGF sol·liciten asil a la Unió Europea (ACNUR, 2014). En xifres absolutes, França (4.210), Itàlia (3.095), Suècia (2.610), el Regne Unit (2.410), Bèlgica (1.930), Alemanya (1.720) i els Països Baixos (1.545) van ser els principals llocs d'asil per a aquestes dones i nenes l'any 2011.

I en aquell període de quatre anys (2008-2011), Espanya, Finlàndia, França, Grècia, Irlanda, els Països Baixos i el Regne Unit van rebre de mitjana més del 20% de les dones i nenes sol·licitants procedents de països on es practica la MGF. Pel que fa a Bèlgica i Alemanya, van rebre una mitjana de més del 10%. No obstant això, a Europa continua havent-hi manca de dades precises i la investigació sobre la prevalença de la MGF és limitada.

Segons el «Mapa de la mutilación genital femenina en España», elaborat per Kaplan i López (2017), l'any 2016 residien a l'Estat espanyol gairebé 250.000 persones originàries de països on es practica la MGF (**Figura 5**).

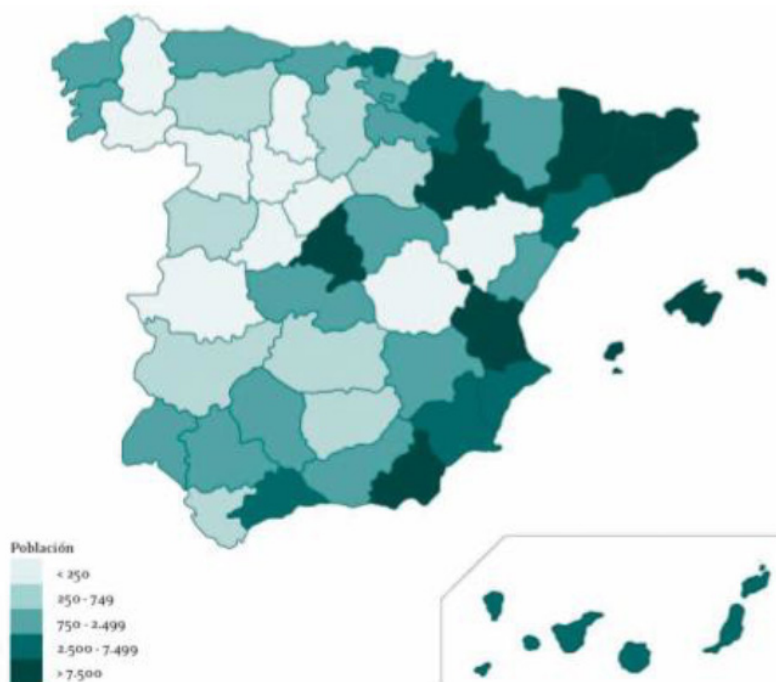


Figura 5. Distribució de la MGF a Espanya

Font: «Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009». Antropología Aplicada 1 (Kaplan i López, 2010)

Senegal era, en el moment de realitzar l'estudi, el principal país d'origen del conjunt de població de risc, amb gairebé 70.000 persones residents a Espanya. El seguia Nigèria, amb unes 45.000. Mali i Gàmbia s'acostaven a les 25.000 persones residents. I Ghana, Guinea i Mauritània constituïen la resta de països d'origen que superaven les 10.000 persones residents a l'Estat espanyol.

La meitat de les nenes originàries de països de risc respecte de la MGF que residien a Espanya eren d'origen nigerià (5.000) i senegalès (4.000). Gàmbia, Mali, Etiòpia, Ghana i Guinea superaven el miler de nenes residents al país.

A Catalunya hi vivien 76.095 persones provinents de països africans on es practica la mutilació (més d'una tercera part del total de l'Estat espanyol). Entre elles, hi havia 21.298 dones i 6.295 nenes de 0 a 14 anys en risc de ser sotmeses a l'ablació.

Mentre que a la Comunitat de Madrid, al País Valencià i al País Basc gairebé la meitat de les dones són originàries de Nigèria, a Catalunya hi predominen les d'origen senegalès, gambià i nigerià. A Andalusia i a les Balears, les dones de Nigèria i el Senegal lideren les estadístiques. A les Canàries predominen les dones d'origen senegalès i maurità, mentre que a Aragó resideixen majoritàriament dones del Senegal, Gàmbia, Ghana i Guinea (Kaplan i López, 2017).

I considerant que és de vital importància recalcar que la MGF es realitza en el context cultural d'una ètnia, és a dir, no està relacionada amb una religió en concret ni obeeix a una distribució geogràfica que correspongui exactament a un país; resultarà d'interès mencionar quines són les ètnies més conegudes en el nostre àmbit geogràfic:

Ètnies practicants de la MGF

sarahule, diula, mandinga, fulbe, soninke, bàmbara, dogon, edo, awusa, fanti.

Ètnies no practicants de la MGF

wòlof, serer, ndiogo.

Les dades consultades del padró municipal de l'Ajuntament de Terrassa, el febrer del 2023, ens indiquen que hi viuen 616 dones i nenes provinents de països africans. La gran majoria d'elles són senegaleses i pertanyen a l'ètnia wòlof, no practicant de la MGF (vegeu **Taula 3**).

Així mateix, contemplant aquesta mateixa taula per franges d'edat, es detecta que a la ciutat de Terrassa viuen 55 menors amb edats compreses entre els 5 i els 14 anys. Cal destacar que és en aquesta franja d'edat en què és més freqüent que es puguin donar situacions de pràctica de MGF.

De tota manera, i des de la consideració que, en algunes zones, la MGF es realitza durant la infància, fins i tot un parell de dies després del naixement; i en altres es porta a terme durant la infantesa, a l'hora de contraure matrimoni i durant el primer embaràs d'una dona o després del naixement del seu primer fill, en la prevenció de la MGF serà important fer igualment el seguiment adient d'altres grups de nenes i de dones que s'observen per diferents franges d'edat en la **Taula 3** adjunta.

Taula 3. Nombre de dones provinents de països africans per nacionalitat i edat residents a Terrassa

NOMBRE DE DONES PER NACIONALITAT					
Benín	0	Guinea-Bissau	2	Rep. Dem. del Congo	2
Burkina Faso	2	Guinea Equatorial	71	el Senegal	349
el Camerun	8	Guinea	11	Sierra Leone	2
la Costa d'Ivori	5	Kenya	0	el Sudan	1
Egipte	10	Libèria	0	República Unida de Tanzània	2
Eritrea	0	Mali	9	Togo	1
Etiòpia	5	Mauritània	0		
Gàmbia	9	Nigèria	33		
Ghana	3	República Centreafricana	1		

NOMBRE DE NENES PER NACIONALITAT

Benín	0	Guinea-Bissau	0	Rep. Dem. del Congo	0
Burkina Faso	0	Guinea Equatorial	3	el Senegal	67
el Camerun	0	Guinea	1	Sierra Leone	0
la Costa d'Ivori	1	Kenya	1	el Sudan	0
Egipte	1	Libèria	0	República Unida de Tanzània	0
Eritrea	0	Mali	4	Togo	0
Etiòpia	3	Mauritània	0		
Gàmbia	2	Nigèria	6		
Ghana	1	República Centreafricana	0		

NOMBRE DE NENES/DONES PER EDATS

De 0 a 4 anys	11
De 5 a 9 anys	18
De 10 a 14 anys	37
De 15 a 18 anys	24
Amb 19 anys o > de 19 anys	526

2. MARC JURÍDIC

2.1. Convencions internacionals

Hi ha dues convencions internacionals que contenen articles que s'apliquen a la MGF:

La Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets dels Nens i les Nenes

Acord internacional que fou aprovat per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 20 de novembre del 1989. Va ser el primer instrument vinculant que abordava explícitament les pràctiques tradicionals nocives com a violació de drets humans. I exigia específicament als diferents governs que adoptessin totes les mesures eficaces i adequades per abolir la tradició de pràctiques perjudicials per a la salut dels nens i les nenes. Aquesta convenció té el caràcter de llei per a nosaltres, ja que el Govern espanyol va ratificar-la a finals del 1990.

La Convenció de l'ONU sobre l'Eliminació de totes les Formes de Discriminació en contra de les Dones

Va entrar en vigor el 1981, i reconeixia la MGF com una forma de violència de gènere contra les dones. En ella es demanava als governs signants que adoptessin les mesures adequades i efectives amb vista a erradicar la pràctica, inclosa la introducció d'estratègies d'atenció i educació adequades.

Aquestes convencions s'han vist reforçades per dues conferències mundials. La Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament (ICPD), per les seves sigles en anglès, el Caire, setembre del 1994), que va condemnar la MGF. I la Conferència Mundial sobre la Dona (Beijing, 1995), que també va condemnar la MGF i va fer una crida als governs perquè donessin suport activament als programes per aturar-la.

2.2. Regulació legislativa a l'Àfrica

Diferents països han desenvolupat polítiques i legislacions específiques per a la prohibició de la MGF, juntament amb altres instruments legals a escala internacional i regional. Un exemple d'ells és el Protocol de la Carta Africana dels Drets Humans i dels Pobles sobre els Drets de les Dones a l'Àfrica (Maputo, juliol del 2003), o la Solemne Declaració d'Igualtat de Gèneres a l'Àfrica (2004). Endemés, a l'estiu del 2016, el Parlament de la Unió Africana (UA) va prohibir la mutilació genital femenina als seus cinquanta estats membres. Les ONG ho van celebrar, però van insistir-hi comentant que: «Cal treballar amb aquestes comunitats des de dins i mostrar alternatives, com donar suport a les dones que practiquen l'ablació perquè puguin canviar de feina».

2.3. Legislació europea sobre la MGF

El Consell d'Europa considera la MGF una violació molt greu dels drets humans i una forma de violència contra la dona injustificable. En la Resolució 1.247 del Consell d'Europa relativa a la Mutilació Genital Femenina (2001), es sol·licita als estats membres l'elaboració de «legislació específica que prohibeixi la mutilació genital i declari la mateixa com una violació dels drets humans i de la integritat corporal» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) i que les persones responsables siguin jutjades «inclosos els membres de la família i el personal sanitari per càrrecs penals de violència amb resultat de mutilació, inclosos els casos de mutilació que es produeixin en altres països» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). En aquesta resolució també s'exhorta als estats a oferir asil a les mares i filles que temin ser sotmeses a la MGF i a què permetin la interposició de mesures judicials contra els responsables quan arribin a la majoria d'edat.

L'11 de maig del 2011 es va signar el Conveni d'Istanbul, el primer tractat sobre violència contra la dona i violència en el si familiar emès pel Consell Europeu. Els països signants, entre ells Espanya, es van comprometre a acatar les normes emeses relatives a la MGF. Aquest va entrar en vigor l'1 d'agost del 2014. El Conveni d'Istanbul pretén protegir les dones de totes les formes de violència; contribuir a eliminar la discriminació contra la dona; promoure la igualtat substantiva de gènere; dissenyar un marc integral per protegir i ajudar les víctimes de la violència contra la dona i de la violència domèstica; i posar fi a la impunitat de les persones perpetradores després d'haver comès tals actes. La Convenció d'Istanbul obliga els estats a prevenir, perseguir i eliminar la violència física, psicològica i sexual, inclosa la violació, les agressions sexuals i l'assetjament sexual, el matrimoni forçat, l'avortament forçat, l'esterilització forçada, la MGF i els assassinats, inclosos els delictes en nom de l'anomenat «honor».

2.4. Legislació sobre MGF vigent a Espanya

A l'Estat espanyol la pràctica de qualsevol mena de MGF constitueix un delictes de lesions tipificat a l'article 149 de la Llei Orgànica 11/2003 del Codi Penal. En aquest apartat s'estableix una pena de 6 a 12 anys de presó per a la persona que perpetri la mutilació i, en cas que aquesta sigui realitzada a una menor, pot arribar a aplicar-se «la inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda i acolliment per un període d'entre 4 i 10 anys».

El 2005 es va aprovar la Llei Orgànica 3/2005 per la qual la pràctica de la MGF es persegueix extraterritorialment. És a dir, si la MGF es detecta a Espanya, tot i haver-se produït en un país estranger, pot aplicar-se la sanció corresponent sempre que la persona autora o l'afectada es trobin en el territori nacional.

Un altre pas significatiu ha estat l'aprovació de la Llei Orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la Igualtat Efectiva de Dones i Homes. Gràcies a aquesta llei es modifica la Llei d'Asil i s'amplien els motius per a optar a l'estatut de persona refugiada a dones que fugen dels seus països d'origen a causa d'un temor fundat a patir persecució per raons de gènere. Entre aquests motius s'inclou explícitament la MGF.

La jurisdicció espanyola és competent per a perseguir la MGF realitzada tant en territori espanyol com fora del territori nacional (persecució extraterritorial). En aquest últim cas, en virtut del que preveu l'article 23.4 de la Llei Orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, modificada per la Llei Orgànica 1/2014, de 13 de març, la jurisdicció espanyola és competent per a conèixer la mutilació genital realitzada per persones de nacionalitat espanyola o estrangeres, fora del territori nacional, quan es compleixin les condicions especificades en aquest article:

- 1. Si una nena amb nacionalitat espanyola, o la residència de la qual estigui fixada a Espanya, viatja al país d'origen i és mutilada, s'aplica l'extraterritorialitat. Si s'imputa als pares i aquests tenen la nacionalitat espanyola o la residència, seran inculpats.*
- 2. Si la persona autora no està a Espanya, no podrà ser jutjada.*
- 3. Si una nena amb nacionalitat espanyola o amb la residència fixada a Espanya es nega a ser mutilada, pot adreçar-se al consolat espanyol com a ciutadana espanyola.*
- 4. Si una nena arriba mutilada a Espanya (sense haver estat resident a Espanya), no es pot jutjar el delictes, perquè quan es va produir la comissió del mateix la nena no era resident ni ciutadana espanyola.*

La Llei 26/2015, de 28 de juliol, de Modificació del Sistema de Protecció a la Infància i a l'Adolescència, estableix a l'article 11.2 que seran principis rectors de l'actuació dels poders públics en relació amb menors:

«La protecció contra tota forma de violència, que hi inclou el maltractament físic o psicològic, els càstigs físics humiliants i denigrants, el descuit o tracte negligent, l'explotació, la realitzada a través de les noves tecnologies, els abusos sexuals, la corrupció, la violència de gènere o en l'àmbit familiar, sanitari, social o educatiu, i també s'hi inclou l'assetjament escolar, així com el tràfic d'éssers humans, la mutilació genital femenina i qualsevol altra forma d'abús».

L'Ordre 1/2016, de 19 de maig, de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es regulen les mesures de col·laboració i de coordinació sociosanitària en l'àmbit de la protecció integral del o de la menor i s'aprova el nou full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors.

La tipificació del delictes de MGF a Espanya es caracteritza perquè és perseguible d'ofici sense necessitat de denúncia prèvia. És un delictes públic, per la qual cosa qui en tingui coneixement té l'obligació de denunciar-lo. Es jutja tant la consumació com l'intent; també les persones que hi hagin intervingut, que l'hagin induït i consentit, sense que siguin atenuants el consentiment de la víctima, la cultura, la religió o la tradició (que no es contemplen com a causes de justificació).

La reincidència compta per a la determinació de la pena i el parentiu n'és un agreujant. Les mesures cautelars que es poden aplicar són la prohibició d'eixida d'Espanya i la retirada de passaport.

2.5. Legislació sobre MGF vigent a Catalunya i protocols d'intervenció

A la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del Dret de les Dones a Erradicar la Violència Masclista, s'estableixen mesures per prevenir la MGF. El capítol 5 recull les accions dels poders públics en situacions específiques i fa menció especial a l'obligació del Govern de la Generalitat de promoure la mediació comunitària en les famílies quan hi hagi risc de mutilacions genitals. També es contempla que s'ha de comptar amb mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per a poder afrontar la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, i també mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. L'article 5, on s'estableixen els àmbits de la violència masclista, regula la mutilació genital femenina en l'àmbit social i comunitari; i en els articles 57.3, 58.3 i 59.2 s'ofereix servei d'atenció i acolliment d'urgència, d'acolliment i recuperació, i d'acolliment substitutori de la llar pels casos de MGF o de persones en risc de patir-la; i finalment, a l'article 75 es recullen les mesures que ha d'adoptar el Govern en prevenció de la MGF. Segons aquest últim article, el Govern, a més d'observar la legislació vigent, ha d'adoptar les mesures necessàries per a:

- a) Promoure la mediació comunitària en les famílies si hi ha risc de mutilacions genitals. En aquests casos s'ha de procurar que a la negociació hi participin persones expertes, i també persones de les comunitats afectades per aquestes pràctiques, i assegurar l'actuació d'agents socials d'atenció primària.
- b) Garantir mesures específiques per a prevenir i erradicar les mutilacions genitals femenines, impulsant actuacions de promoció de les dones dels països on s'efectuen aquestes pràctiques i formant les persones professionals que hi han d'intervenir.
- c) Actuar en l'àmbit de la cooperació internacional en el sentit de treballar des dels països d'origen per a erradicar aquestes pràctiques.
- d) Comptar amb mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per a poder afrontar la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, i també protocols de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de risc per a la salut de les menors d'edat, el personal professional ha de poder disposar de mecanismes que possibilitin la realització de la intervenció quirúrgica.

La Llei 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència, dedica un extens article a la prevenció de la MGF. Aquest és l'article 76:

«Article 76:

1. *L'objecte de la prevenció de les ablacions o les mutilacions genitals de les nenes i les adolescents són les situacions en què concorren indicadors o factors de risc que fan palesa la probabilitat que la menor que s'hi trobi resulti en el futur víctima d'aquestes pràctiques.*

2. *La identificació d'indicadors o de factors de risc d'ablació o de mutilació genital respecte a una nena o una noia menor d'edat ha de donar lloc a una intervenció socioeducativa en el seu entorn, amb la finalitat que la família de la nena o de la noia sigui la que decideixi no practicar-li l'ablació o la mutilació genital.*

3. *Si en qualsevol moment es valora que existeix el risc que la nena o la noia pot ser mutilada, dins o fora del territori de l'Estat, s'ha de derivar el cas a la Fiscalia o al jutjat competent perquè adopti les mesures necessàries per a impedir la consumació de l'ablació o la mutilació dins del territori de l'Estat, i també, si escau, per a prohibir la sortida de la nena o de la noia de l'Estat, per tal que la consumació de l'ablació o la mutilació no pugui tenir lloc a l'exterior.*

4. *Les nenes i les noies víctimes de l'ablació o la mutilació genital han de rebre el suport necessari per a evitar els danys físics o psíquics que se'n poden derivar, o, si escau, per reparar-los.*

5. *L'Administració de la Generalitat es pot personar en els procediments penals per a perseguir extraterritorialment la pràctica de l'ablació o la mutilació genital femenina, sempre que les persones responsables es trobin a l'Estat, en la forma i amb les condicions establertes per la legislació processal».*

La Llei 17/2015, de 21 de juliol, d'Igualtat Efectiva de Dones i Homes, en l'article 48.3, respecte a les mutilacions genitals femenines disposa:

«*Les administracions públiques de Catalunya competents en matèria sanitària, en l'àmbit de llurs respectives competències, han de prendre les mesures adequades per prevenir i detectar la mutilació genital femenina, i per informar les dones afectades, incloses les menors d'edat, sobre la possibilitat, si escau, de revertir o de mitigar, per mitjà de mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica, els efectes de la mutilació practicada».*

La Llei Orgànica de Protecció Integral a la Infància i l'Adolescència davant de la Violència (LOPIVI) conté una definició de violència, i a l'article 1.2 estableix:

«*A l'efecte d'aquesta llei, s'entén per violència tota acció, omissió o tracte negligent que priva les persones menors dels seus drets i benestar, que amenaça o interfereix el seu ordenat desenvolupament físic, psíquic o social, amb independència de la seva forma i mitjà de comissió, inclosa la realitzada a través de les tecnologies de la informació i la comunicació, especialment la violència digital. En qualsevol cas, s'entendrà per violència: el maltractament físic, psicològic o emocional, els càstigs físics, humiliants o denigrants, el descuit o tracte negligent, les amenaces, injúries i calúmnies, l'explotació, incloent-hi la violència sexual, la corrupció, la pornografia infantil, la prostitució, l'assetjament escolar, l'assetjament sexual, el ciberassetjament, la violència de gènere, la mutilació genital, el tràfic d'éssers humans amb qualsevol fi, el matrimoni forçat, el matrimoni infantil, l'accés no sol·licitat a pornografia, l'extorsió sexual, la difusió pública de dades privades, i la presència de qualsevol comportament violent al seu àmbit familiar».*

També es compta amb dos protocols de la Generalitat de Catalunya que tracten específicament el fenomen: el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina de l'ex-Departament d'Acció Social i Ciutadania (actual Departament de Drets Socials) i el Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina del Departament d'Interior.

3. CONSIDERACIONS ÈTIQUES ENTORN DE LA MGF

El respecte a les diferents cultures no vol dir que tot hagi de ser acceptat sota una justificació cultural. El rebuig d'aquesta pràctica cultural ha de sustentarse en la defensa de persones en alta situació de vulnerabilitat i en la certesa que determinades pràctiques constitueixen un dany irreversible. En tals condicions, el rebuig d'una pràctica cultural que vulnera els drets humans no és un signe de racisme ni de xenofòbia, ja que no és un rebuig cap a les persones ni cap a la seva cultura, sinó cap a l'acció concreta. Per això els i les professionals han de deliberar juntament amb els pares sobre els valors culturals que es troben a la base d'aquestes pràctiques, per tal que els progenitors comprenguin que cal harmonitzar aquests valors amb el respecte al benestar de les seves filles. D'aquesta manera, els pares han de tenir la possibilitat d'analitzar el valor de les seves tradicions i de com aquestes influeixen en el fet que les seves filles puguin gaudir plenament del seu cos i de la seva vida. Han de veure els i les professionals com un recurs d'ajuda o, fins i tot, si la mare ja ha estat mutilada, com un recurs perquè la nena tingui unes millors condicions de vida. La relació no ha de culpabilitzar ni jutjar els pares, avis o familiars, però sí que ha de crear l'espai necessari perquè quedi clara la responsabilitat directa del pare i de la mare en el tema de la MGF.

Cal ressaltar la importància del treball en xarxa per a vetllar per la salut de les menors i per a protegir-les de pràctiques com la MGF, que atempta contra aquesta. També resultarà molt important contactar amb les persones responsables dels centres educatius. Igualment, és fonamental que els i les professionals que treballen en aquest tema tinguin formació i sensibilitat intercultural i antiracista, perquè des d'aquesta perspectiva s'evitarà la possibilitat de caure en errades que serien irreversibles per a la inclusió i per al sentiment de pertinença de les famílies.

El rebuig envers la violació de la integritat física de les dones i les nenes, amb independència de la seva raça, estatus socioeconòmic, religió o país d'origen, suposa la contemplació de l'ètica biomèdica (amb els seus principis de no maleficència, beneficència, autonomia i justícia) enfront del relativisme cultural, que ha tendit a incloure aquesta pràctica aberrant en el conjunt de les peculiaritats culturals.

Finalment, és important destacar que, seguint la línia de gestió de l'ètica contemplada per Médicos del Mundo España en el document titulat «Política de Médicos del Mundo España. Sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)», del 2017, es consideraran els següents punts:

- 1) L'adopció de l'ús del terme «supervivent» en lloc del de «víctima» en les intervencions, ja que emfatitza la resiliència i l'apoderament de la dona, reconeix la violència que ha patit i, a més, confereix importància al seu paper actiu contra aquesta violència.
- 2) L'expressió «comunitats que practiquen la MGF» fa referència de manera neutral a les comunitats en les quals es continua realitzant la pràctica. L'expressió «comunitats afectades per la MGF» busca emfatitzar que aquesta pràctica és perjudicial tant per a la dona/nena com per a tota la comunitat.
- 3) Per tractar directament amb persones o amb comunitats afectades, s'hauria de preguntar quin dels diferents termes («tall», «ablació», «escissió», «mutilació») prefereixen per referir-se a la MGF.
- 4) En el tracte amb els mitjans de comunicació, haurem de ser conscients de la seva importància per a augmentar la conscienciació sobre els efectes de la MGF. Per això, caldrà tenir present que la informació que se'ls proporcioni haurà de ser precisa i detallada, per generar una major sensibilització sobre la MGF, perquè no es distorsioni la realitat i perquè es pugui contribuir així a l'apoderament de les supervivents. En aquest sentit, caldrà prestar especial atenció al fet que els testimonis de les mediadores emfatitzin la seva tasca com a activistes i no tant la seva experiència personal.

5) En tractar amb titulars d'obligacions, es tindrà especial sensibilitat en el llenguatge per tal que no s'abordi el tema de la MGF de manera estigmatitzant. En aquest protocol de prevenció de la MGF de la ciutat de Terrassa, es vol destacar la importància de fer servir un discurs conciliador i de proximitat, i amb un llenguatge inclusiu.

6) En el llenguatge visual, s'haurà de tenir especial cura amb les imatges i les fotografies, ja que poden desencadenar l'efecte contrari al desitjat; és a dir, poden generar estereotips molt negatius, desapoderament i, fins i tot, provocar en les persones afectades un efecte de revictimització. Per això les imatges seleccionades per sensibilitzar i crear un sentit d'unitat contra aquesta pràctica han d'estar allunyades d'estereotips sensacionalistes que reflecteixin de forma distorsionada la MGF, per evitar l'estigmatització i el racisme.

7) Cal destacar també que, de la mateixa manera que proposa Médicos del Mundo España, es prestarà especial atenció a l'avaluació de l'impacte de les intervencions realitzades i a la generació i gestió de coneixement al respecte.

La coordinació entre els diferents serveis i recursos és important per oferir una atenció integral amb la finalitat de garantir el benestar de les nenes i de les dones que han patit o que corren risc de patir MGF. Per a això, necessitem tenir clara consciència de totes les situacions que podrien produir-se i en quin moment del procés assistencial es podrien detectar:

Dones adultes que han patit una mutilació

Poden acudir a atenció primària per qualsevol motiu i, amb més freqüència, per patologies derivades de les seqüeles de la MGF. També poden acudir als serveis de ginecologia i obstetrícia derivades pels metges o metgesses de família o perquè estiguin embarassades.

Nenes menors que ja han patit una mutilació

En funció de l'edat, poden acudir a pediatria o al metge o metgessa de família (si tenen més de quinze anys). Amb totes les dones, menors o majors d'edat, qualsevol servei ha d'estar atent per atendre les seqüeles físiques i psicològiques i pal·liar-les.

Nenes menors que no han patit una mutilació, però en corren el risc

Avaluades principalment pels equips de pediatria, representen el repte més gran perquè tenim l'opció de prevenir la MGF (vegeu l'Apartat 5). A elles van enfocats els principals esforços en matèria de prevenció i és en aquest punt on la coordinació d'actuacions amb la resta de professionals poden influir decisivament per salvaguardar la seva integritat.

S'aprofitarà qualsevol visita o consulta per generar un clima de confiança i de respecte que faciliti l'abordatge posterior del tema. En cas de sospita de risc imminent, és recomanable preguntar sobre la MGF ja en la primera trobada. Preguntar-ho sempre és una oportunitat i la idoneïtat dependrà de la valoració professional.

Les intervencions realitzades de forma programada i coordinada amb altres professionals són més efectives i ofereixen a les famílies informació i suport. En aquest marc, la prevenció de la MGF es pot introduir com un tema més relacionat amb la salut, en el transcurs de les successives trobades o entrevistes que es mantinguin amb la família. Serà important contemplar, alhora, la inclusió de la família com a persones agents actives de prevenció.

Tant en la prevenció com en el tractament, hem d'optar per incloure els homes en el procés. No només perquè es facin conscients de la complexitat de la realitat de les seves dones i filles, sinó perquè participin activament i siguin també impulsors del canvi en aquest costum.

Aquest procés és llarg perquè suposa un canvi en conceptes molt arrelats. Un error sistemàtic comú és detectar la situació in extremis, quan la família està a punt de viatjar al seu país d'origen. En aquest mo-

ment, sorgeix el dilema de denunciar o no. Una denúncia podria suposar la pèrdua de la relació de confiança establerta amb la família i que no tornem a saber res d'ells, però no denunciar podria tenir conseqüències irreparables. Cal protegir el bé superior de la menor i, per a fer-ho, cal assegurar que s'articulin tots els mecanismes legals de protecció. El fet de no denunciar-ho pot posar en risc la situació de la menor. Així doncs, i per tot l'anteriorment esmentat, cal començar el procediment de sensibilització amb antelació i avaluar la necessitat de recórrer a plans específics de suport addicionals.

4. PREVENCIÓ DE LA MGF

El nostre objectiu és evitar que a les nenes, filles de mares amb MGF, se'ls practiqui la mutilació. Per a això, és fonamental que els i les pediatres estiguin formats en matèria de mutilació, en què significa per a les famílies de les ètnies que les practiquen i en com poder accedir-hi sense que se sentin rebutjades per les seves tradicions, per tal que confiïn en els i les professionals i prenguin la decisió més oportuna, en el sentit de no dur a terme la MGF.

En el nostre medi, i de cara a la infància, generalment, podrem contemplar la prevenció des de dos vessants:

Una nounada de la qual ja sabem que la seva mare va ser mutilada.

Una nena, no acabada de néixer, que presenta factors de risc.

4.1. Factors de risc

Entenem per factors de risc les condicions o circumstàncies que poden contribuir a la realització d'aquesta pràctica perjudicial. Quan no tenim constància dels antecedents familiars de MGF d'una nena, hem de sospitar en el cas que es donin en la menor una o diverses d'aquestes circumstàncies:

Procedència d'una ètnia on es practica la MGF, o que l'origen sigui d'un país on es realitza. (Tenint especial cura de no estigmatitzar les persones pel país d'origen.)

Antecedents familiars de dones que han patit MGF. Principalment la seva mare i germanes grans.

Verbalització per part de la família d'una postura favorable a aquesta pràctica.

Posició davant la pràctica del pare i la mare (amb pes específic de la posició del pare) i pressió de la família extensa.

Pertànyer a una família en què el mite del retorn al seu país existeix i per als quals és important respectar les seves tradicions a fi de poder reintegrar-se en la seva societat d'origen.

Proximitat d'un viatge al lloc d'origen per visitar als seus familiars, o passar-hi les vacances. I antecedents de viatges.

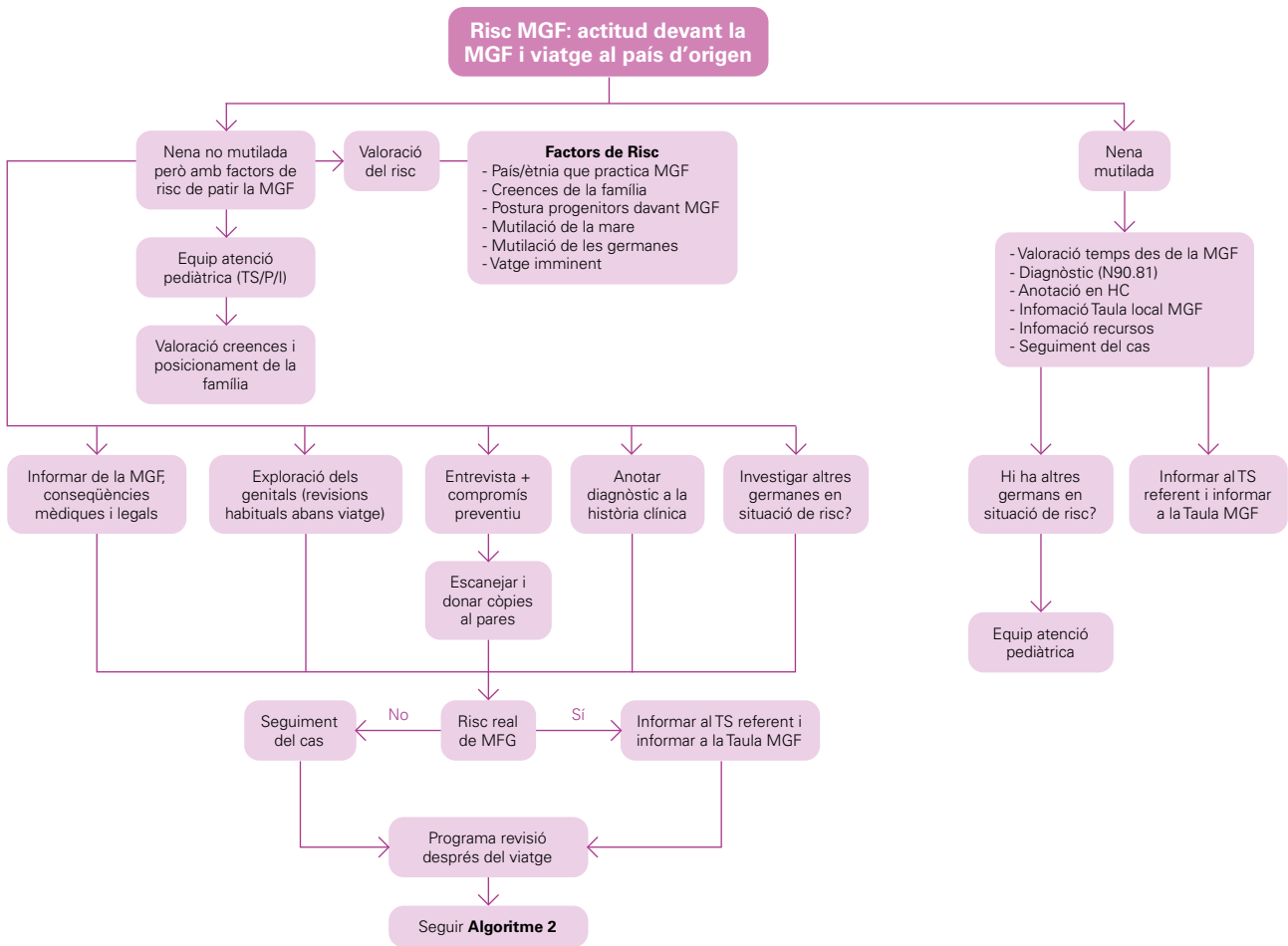
No signatura del compromís informat d'evitació MGF.

4.2. Algoritme d'actuació pediàtrica

Si en l'informe d'alta de maternitat de la nena es recull que la seva mare ha patit una mutilació, s'haurà de registrar degudament en la història clínica de la menor. Si no en tenim cap constància i la nena presenta factors de risc, haurem de preguntar al pare i la mare.

En els successius controls al llarg de la vida de la nena se li faran les exploracions genitals establertes des dels serveis de salut. Igual que amb les dones adultes, quan s'hagi establert una relació de confiança amb els pares i la menor, parlant sempre des del respecte, haurem de desenvolupar actuacions de prevenció

davant la MGF. Entre aquestes actuacions s'ha d'esbrinar la postura dels pares respecte a la mutilació, desterrar falsos mites, resoldre dubtes, exaltar les tradicions positives dels seus costums i informar de la legislació vigent que s'aplica al nostre país (vegeu **Algorisme 1**).



En el cas que la nena no sigui acabada de néixer i no tinguem cap constància de si ha estat mutilada o no, hem de realitzar una exploració genital. Quan els genitals estiguin indemnes i hi hagi factors de risc, això s'ha d'anotar en la història clínica, i es continuarà amb les revisions quan siguin pertinents i, igual que en el cas anterior, s'abordarà el tema quan la relació amb la família ho permeti o davant d'un viatge imminent al seu país d'origen. Els viatges als països d'origen solen ser un punt crític en aquest procés assistencial, perquè és llavors, durant les visites a les seves famílies, quan les nenes corren més risc. Si tenim constància que aquest viatge es durà a terme hauríem de:

1 Informar i sensibilitzar als pares si no ho hem fet fins ara

Això inclou parlar-los dels riscos per a la seva filla i de les conseqüències físiques, psicològiques i sanitàries que podria tenir per a ella la MGF, així com les repercussions legals que tindria directament sobre ells.

2 Oferir-los la signatura del compromís de no mutilació

En qualsevol cas, recalcarem la importància de la signatura d'aquest document, encoratjant-los a què l'ensenyin als seus familiars i es concertarà una cita per explorar a la nena quan tornin. Aquest compromís s'empra com a mesura dissuasiva davant de familiars que pressionin per a realitzar la MGF a la nena. En el cas que els pares es neguin a signar el document del compromís de no mutilació o que, així i tot, la nostra sospita sigui alta, s'establirà coordinació amb el Servei de Polítiques de Gènere (SPG), que serà l'enllaç amb la Taula Local de Prevenció de MGF de Terrassa i es valorarà l'activació del circuit d'intervenció davant un cas real de risc, i si resulta pertinent es posarà en marxa la comunicació amb la Fiscalia de Menors per a la seva intervenció.

En cas de proximitat imminent de viatge al país d'origen, es durà a terme el treball en xarxa (que reflecteix aquest primer algoritme, i del qual la Taula de MGF n'estarà sempre informada), per esbrinar si hi ha situació de risc de MGF i si és possible neutralitzar-lo.

En cas de no existir risc imminent, la intervenció serà bàsicament preventiva i es realitzarà fonamentalment a les consultes de pediatria/infermeria d'atenció primària, incorporant-la com una altra activitat més dins del Programa de Promoció de Salut Infància-Adolescència, en col·laboració amb altres professionals implicats en aquest tipus de treball assistencial. Es registrarà a la història clínica el resultat de l'exploració dels genitals, conjuntament amb totes les intervencions preventives que es duguin a terme. I s'assenyalarà a les famílies o persones responsables la importància d'avisar de possibles viatges al país d'origen per adequar activitats preventives necessàries (vacunes, higiene, dieta, actuació davant de determinats símptomes com diarrea o febre...).

En casos de possible risc, s'informarà de les conseqüències de la realització de la pràctica per a la salut de la nena, s'abordaran també altres mesures preventives necessàries abans d'efectuar el viatge, es revisaran els genitals de la menor, es reforçarà la decisió de no practicar la mutilació, destacant-ne els aspectes positius i ajudant a desenvolupar habilitats per argumentar o resistir davant de possibles pressions. També s'oferirà a la família que signi el compromís preventiu. I es registraran a l'historial totes les activitats dutes a terme. En casos dubtosos, es pot valorar la possibilitat de sol·licitar una mediació (persones referents des d'associacions vinculades a la Taula de MGF i en col·laboració amb els Serveis de Ciutadania i de Polítiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa, si la família hi està d'acord).

En aquells casos en què no es doni un treball de col·laboració amb la família, o hi hagi evidències de pràctica de la MGF, els cossos de seguretat n'estaran assabentats per recollir tota la informació de la xarxa atencional, dur a terme una entrevista amb els progenitors de la menor i, en cas de risc de MGF, efectuar derivació d'ofici de prevenció de MGF al jutjat d'instrucció de guàrdia i a la Fiscalia, per tal que es valori l'oportunitat d'adoptar-ne mesures cautelars. Entre aquestes possibles mesures cautelars s'inclourien:

Prohibició administrativa als progenitors de traslladar la menor fora del territori espanyol, o requerir-los que no ho facin si no és amb autorització judicial.

Prohibició d'expedició del passaport de la menor o retirada del passaport si ja ha estat expedit.

Presentació periòdica de la menor al metge o a la metgessa forense.

Atribució de la pàtria potestat al progenitor contrari a la pràctica de la MGF.

Sol·licitud de l'informe i/o del seguiment del cas al servei competent (Serveis Socials, equips d'assessorament tècnic i d'atenció a la víctima, etc.).

4.2.1. Compromís preventiu de no mutilació

El compromís de no mutilació és un document que signen els pares de la nena, en el qual es comprometen a no realitzar la mutilació genital femenina a la seva filla. El document per si sol no té valor a efectes legals. S'empra com a mesura dissuasiva davant els familiars que puguin pressionar per intervenir a la menor. La finalitat és que, mostrant aquest document, els pares s'acullin al mateix en el seu lloc d'origen i el facin servir com a justificació o argument a favor de la seva oposició a què la seva filla sigui mutilada.

Des del 2018 es compta amb la participació de les Consultes d'Atenció als Viatgers, per les quals passen les nenes que viatjaran als seus països d'origen per a l'administració de les vacunes corresponents. Des d'aquestes consultes es facilita als pares i mares el full de compromís preventiu en el qual acorden no consentir que es mutili a la nena durant el viatge i accedeixen a fer que sigui revisada pel seu pediatre o la seva

pediatra a la tornada. Però no totes les famílies aniran a aquestes Consultes d'Atenció als Viatgers. Aquest document escanejat s'ha de penjar a la història clínica compartida. I d'ell es donarà una còpia als pares.

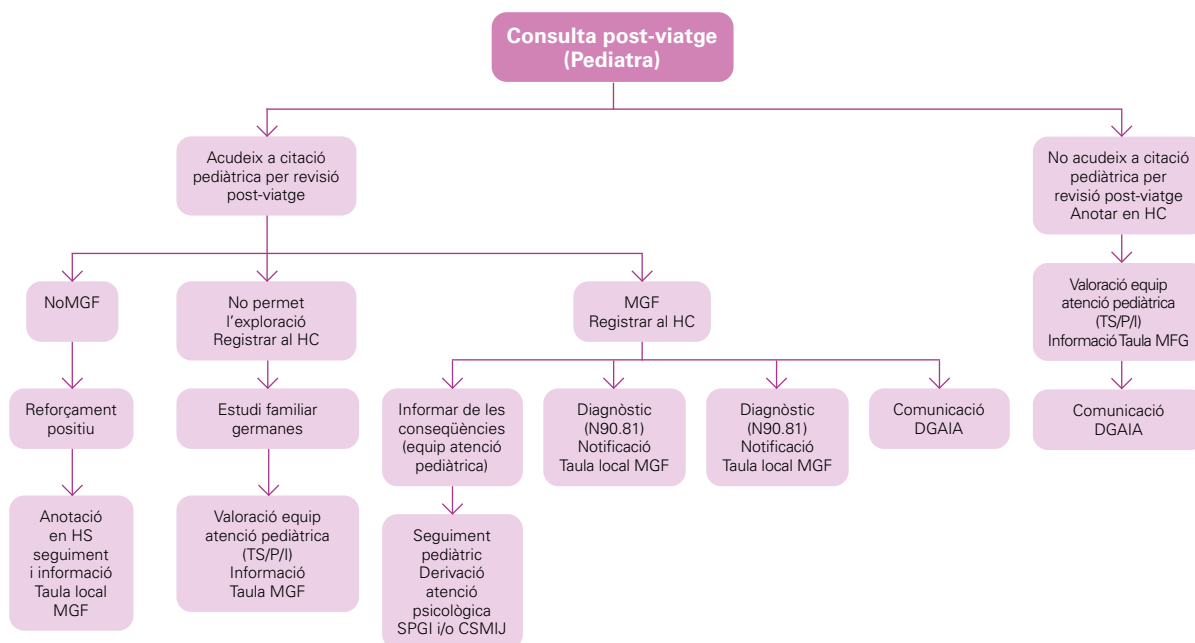
4.2.2 Protocol post-MGF

Al retorn del viatge, se citarà a la menor per a una revisió. Si no s'ha practicat la MGF, es reforçarà la posició dels pares i es continuarà l'atenció a la nena i a la família.

Si la nena arriba a la consulta mèdica mutilada, sense haver-hi cap registre previ en el sistema de salut, hem d'esbrinar d'on procedeix la menor. Pot ser que tingui una història clínica en una altra província o comunitat autònoma i que no puguem accedir-hi a la informació. Si no podem afirmar que la menor ha estat mutilada després de la seva arribada, no s'enviarà part de lesions al jutjat o a la Fiscalia de Menors. Davant de casos complexos es pot recórrer als Comitès d'Ètica Assistencial. S'haurà d'informar igualment a la Taula de MGF de Terrassa en el cas que la nena arribi mutilada d'una lesió antiga.

No obstant això, si hi ha constància que aquesta nena va ser explorada amb anterioritat i no havia patit mutilació, i després del viatge sí, el personal sanitari haurà de valorar les possibles seqüeles, planificant des d'aquest moment atencions per pal·liar els danys, tant físics com psicoemocionals; i també haurà d'elaborar un informe de lesions (vegeu **Algoritme 2**). Igualment, s'haurà de notificar la situació de maltractament infantil tant a la Taula de MGF de Terrassa com a Fiscalia i a la DGAIA que derivarà el cas al/als servei/s corresponent/s —Serveis Socials i/o Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, (EAIA), Equips de Valoració de Maltractaments Infants (EVAMI)—.

Tenint en compte el bé superior de la menor, en el cas que hi hagués un conflicte ètic, es pot presentar el cas al Comitè d'Ètica Assistencial corresponent.



Es valora que cal fer més d'una citació abans d'informar la taula MGF. En cas que no contestin o no vinguin, es poden fer dues citacions per telèfon o per carta, o les dues opcions. S'han de contemplar tot un seguit d'indicadors susceptibles de MGF practicada en una menor:

Canvi de comportament de la nena a la tornada de vacances, tristesa, desconfiança, retraïment, manca d'interès, canvis de caràcter.

Alteracions en l'estat de salut de les nenes: anèmia produïda per sagnat postmutilació, molèsties en la zona genital, infeccions d'orina. Pal·lidesa cutaneomucosa.

Absentisme escolar al·legant motius de salut. I en centres educatius, observar si la menor camina amb les cames juntes o molt separades, si es neguiteja a l'hora d'asseure's, si no realitza exercicis físics o no vol participar en jocs que impliquen moviment, si fa comentaris a companyes i/o companys del centre educatiu.

Incompliment injustificat i reiterat de les visites a la consulta pediàtrica, sobretot si es tracta de nenes en edats compreses entre 4 i 10 anys, etapa on és més freqüent la realització de la MGF.

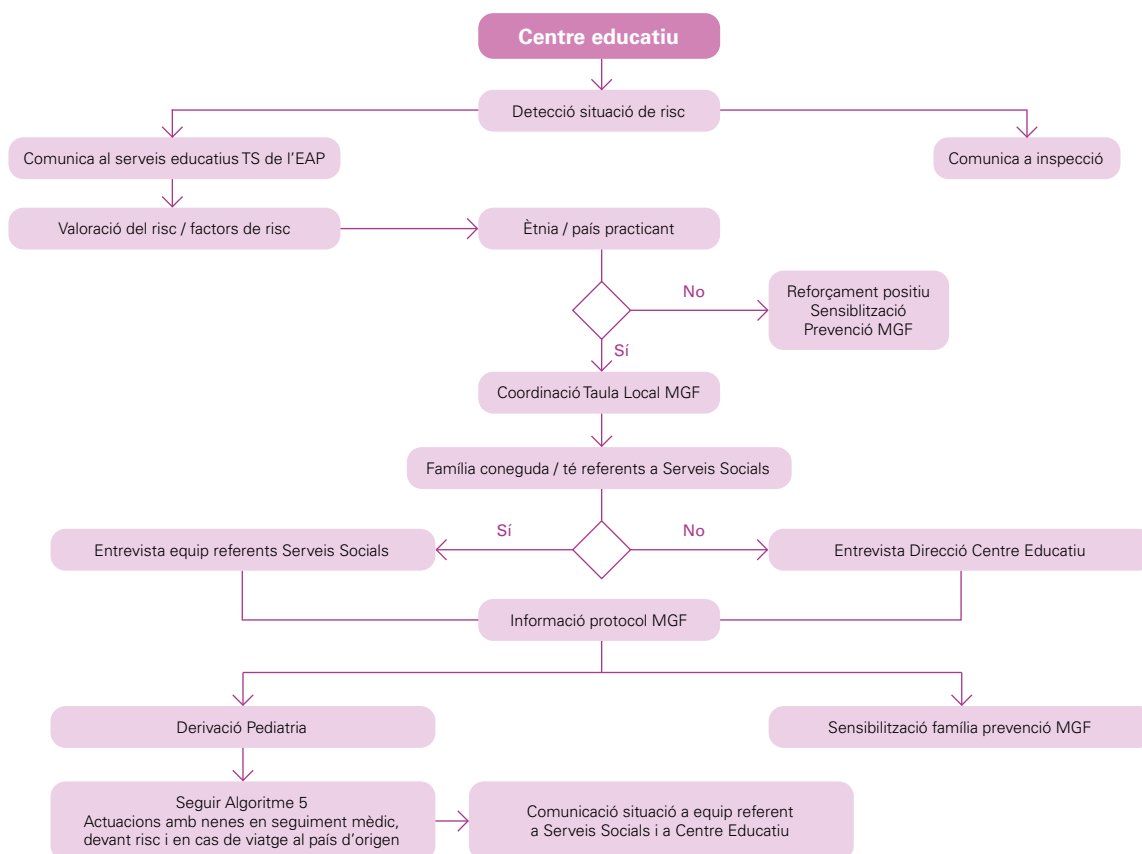
Incompliment de la visita pactada després del viatge.

En cas de sospita de consumació de MGF, els cossos de seguretat (tant amb intervenció professional prèvia com sense intervenció professional prèvia) hauran de dur a terme tant la tramitació de la denúncia al jutjat, com la investigació que des del jutjat se'ls requereixi.

Aquest segon algoritme evidencia la importància de què la menor pugui efectuar seguiment pediàtric i psicològic (que podria dur a terme des del Servei Infanto-Juvenil del SIE i/o des del CSMIJ o el Servei de Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital de Terrassa).

4.3. Algoritme d'actuació en centres educatius

Si dins del centre escolar se sospita que a una menor se li ha practicat la MGF, o se li pot practicar la MGF en el decurs d'un viatge al país d'origen de la família, cal seguir el protocol d'actuació dels centres educatius en aquests casos (vegeu **Algoritme 3**). La sensibilització per a la prevenció de MGF es farà a tota la població en general.



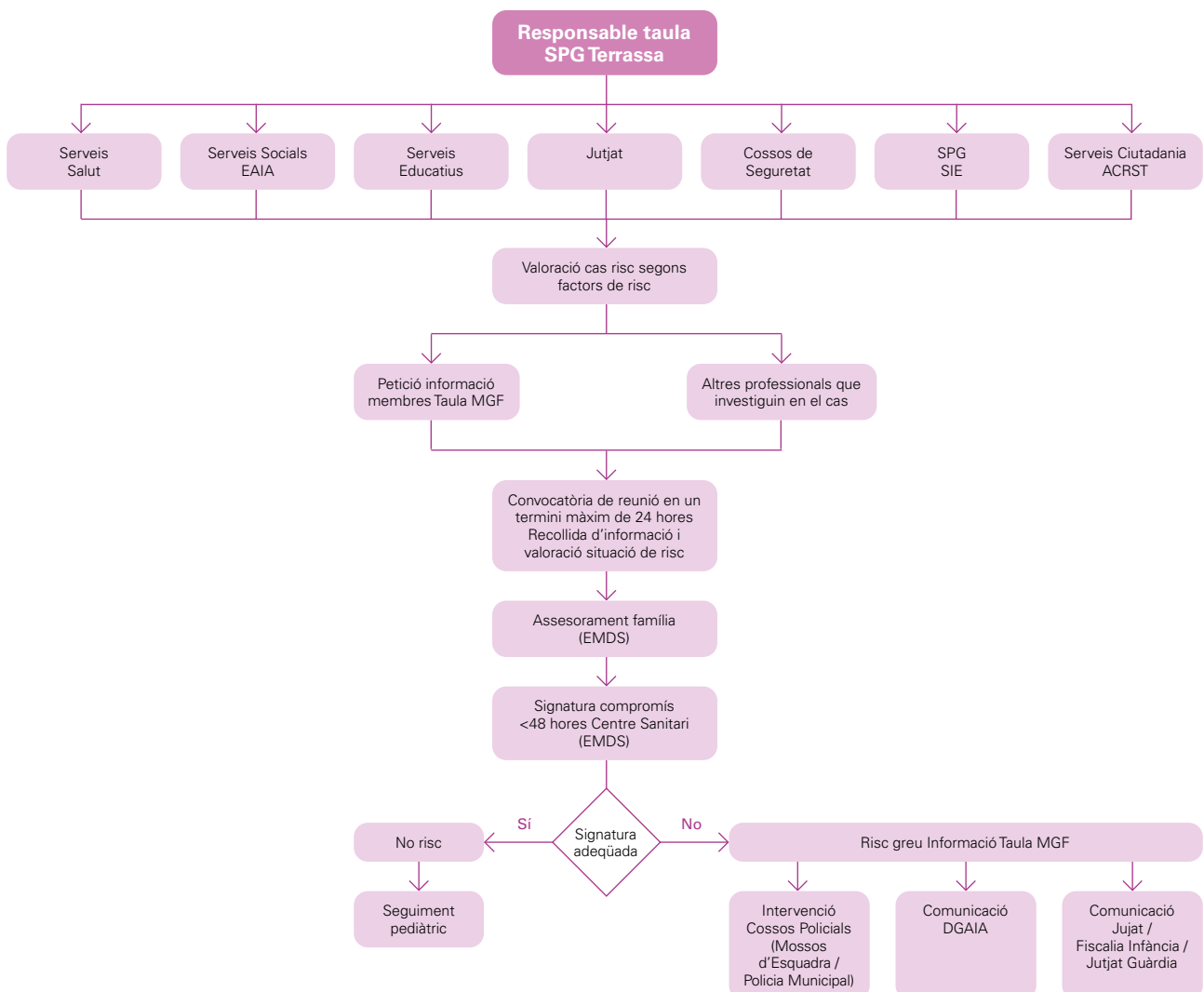
En cas de proximitat imminent de vacances o de viatge al país d'origen i/o de comentaris de la menor, de la família o de les amigues de la menor en tal sentit en el centre educatiu, es durà a terme un treball en xarxa per poder esbrinar si hi ha situació de risc i neutralitzar-la si aquesta existeix. Si no s'aconsegüís, per part dels cossos de seguretat caldrà derivar ofici de prevenció de MGF al jutjat d'instrucció de guàrdia i a la Fiscalia per tal que es valori l'oportunitat d'adoptar mesures cautelars.

Des de les escoles bressol o els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) es poden detectar casos de menors en risc de poder patir MGF, els quals seran comunicats a la Taula de MGF de Terrassa. Des d'aquesta coordinació amb la Taula de MGF se seguiran també la resta d'actuacions que figuren en l'Algoritme 3 (vegeu **Algoritme 3**).

Si la família té expedient obert a Serveis Socials, però amb poc seguiment, es valorarà poder efectuar l'entrevista al centre educatiu per part tant de Serveis Socials com de la direcció del centre.

4.4. Algoritme d'actuació general davant un cas de risc de MGF real

Per últim comentar que si es detecta, des de qualsevol àmbit, que una menor pot patir o haver patit risc real de MGF, cal contemplar la materialització de l'**Algoritme 4**. La via judicial serà el darrer esglaió del procés i només s'utilitzarà en aquells casos en què les intervencions protocolitzades no hagin aconseguit les garanties necessàries.



4.4.1 Actuacions en casos de risc alt imminent

Les actuacions dels cossos policials davant una situació de risc alt imminent contemplaran la recollida d'informació i la realització d'un atestat informant de les gestions practicades i sol·licitant mesures cautelars. Es lliurarà l'original en mà al jutjat d'instrucció de guàrdia, i una còpia a la secció de menors de la Fiscalia. Igualment, aquests hauran d'estar atents a les mesures cautelars que emeti el jutjat.

Davant de risc greu, cal que Serveis Socials i/o els Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) efectuin comunicació a la DGAIA per valorar quin treball es farà amb la família.

En aquests casos, es farà igualment comunicació a l'Oficina d'Atenció a les Víctimes del Delicte (OAVD) de la ciutat, per tal que en consonància amb les seves funcions puguin oferir atenció, suport i orientació a les víctimes, amb l'objectiu que puguin exercir els drets que els reconeix la legislació vigent, així com una atenció integral per potenciar la recuperació personal i reduir la victimització. Destacar així mateix que, en el supòsit que des d'aquesta mateixa oficina, en el treball d'acompanyament a víctimes, es poguessin detectar casos de risc de MGF, es procediria al seguiment de l'**Algoritme 4**.

4.5 Educació com a mesura de prevenció

4.5.1. Actituds i estratègies

Perquè el nostre treball de prevenció sigui efectiu hem de conèixer la realitat de la pràctica de la MGF i l'important significat que té en la cultura de les comunitats practicants. Això implica desfer-nos dels nostres prejudicis i realitzar un exercici d'empatia que ens permeti entendre les circumstàncies en què es troben aquestes dones. Deixant de banda una actitud etnocèntrica —en què els nostres preceptes són assumits com superiors i les seves creences menystingudes—, l'ídoni és apropar-se parlant el seu propi idioma. Per superar les barreres idiomàtiques i culturals, podem optar per mediadores interculturals.

No hem d'oblidar que, encara que la MGF en el nostre medi és entesa en el marc dels drets humans, per a aquestes dones és una «zona sensible». Abordar el tema suposa exposar-se obertament a una experiència íntima i dolorosa.

Per tot això, la sensibilització és un procés llarg, que requereix una escolta activa i respecte cap a les seves idees i sentiments. Amb la nostra actitud hem de mostrar-nos com un element de suport, que pot influir en un procés d'aprenentatge que es divideix en tres etapes:

Tenir coneixement de la informació

Aquest fet implica la identificació d'experiències, valors, creences... i la posterior expressió de la seva situació d'acord a com les dones integren tota aquesta informació en la concepció de si mateixes, de les seves funcions i de la posició que ocupen en la família i la societat.

Aprofundir

Això inclou desenvolupar idees i coneixements, analitzar aquesta informació i reflexionar sobre el component emocional d'allò que coneixen, saben i senten per reorganitzar la informació.

Actuar

Basant-se en els coneixements adquirits, respondre en conseqüència i desenvolupar nous recursos i habilitats, instruint en la presa de decisions per a plasmar-les en la seva realitat i aprendre a tenir una actitud crítica i constructiva respecte a si mateixes i el món que les envolta.

Com a professionals, el nostre paper s'enfoca a exercir de guies i no de jutges, oferint un espai on puguin expressar-se lliurement. Això implica presentar una actitud tolerant que es basi a acceptar a qui tenim da-

vant tal com és, tenint en compte la vàlua d'aquesta persona i la seva capacitat d'aprendre, sent coherents amb el missatge que transmetem.

4.5.2. Actitud assertiva en informar sobre conseqüències negatives i desmitificació de creences

Un punt fonamental i que no hem d'oblidar és que la majoria de les famílies que practiquen la MGF a les seves filles ho fan pensant que és beneficiós per a elles, de manera que és important aconseguir empatia amb la família i adoptar una actitud assertiva, mantenint amb fermesa els arguments pel que fa a les conseqüències negatives que suposa la seva realització. Com a part de la informació a proporcionar, a part de les conseqüències físiques i psicològiques que la MGF implica, hem de desmentir els mites amb els quals han crescut i que han servit per a perpetuar la mutilació. Per a això hem de comptar amb bons arguments:

La imposició religiosa

A l'Alcorà no hi ha al·lusions explícites a la MGF. El que sí que ve escrita és aquesta frase del profeta: «Cuideu de les vostres filles i no les feu mal». A més a més, en molts països musulmans no es practica i en algunes comunitats cristianes sí que es fa. Convé convidar a la reflexió preguntant per què hi ha ètnies que són africanes i musulmanes on no es practica la mutilació genital a les dones.

Motius d'higiene

És convenient al·ludir a les persones no mutilades, mostrar imatges de com són els genitals adults, perquè es vegi que no hi ha res de monstruós en el seu desenvolupament. A més, assenyalar les complicacions relacionades amb les infeccions que es poden patir pot ajudar a desmuntar el mite que els genitals són una cosa bruta per se. També pot resultar d'interès la idea que la MGF pot produir un augment d'infeccions.

Garantir el benestar de les nenes, la seva integració social

En aquest punt, el primer és mostrar a la família les nombroses complicacions que comporta la MGF i intentar fer-los entendre que la salut és primordial, per sobre de la tradició i del matrimoni. És habitual que l'home exigeixi que la seva futura dona estigui mutilada, però també cal recalcar que els homes africans cada vegada comencen a reclamar més que les dones no estiguin mutilades, perquè el fet de mantenir relacions sexuals amb algú que no només no les gaudeix sinó que les pateix i pot arribar a resistir-s'hi tampoc és plaent per a ells. Aquí també hi entra en joc el coneixement de la legislació, no tant per acovardir, sinó perquè aquest els ajudi a fer front a les pressions familiars en els desplaçaments al país d'origen.

El costumisme i la tradició

Hi ha tradicions que són beneficioses per a les persones i altres que no. Cal centrar-se en aquelles que ens fan créixer com a persones, i deixar enrere les que vagin en detriment de la salut de les dones.

Estètica

Un cop més, recórrer a les imatges i a l'exemple de dones no mutilades és útil perquè es vegi com és el clítoris i que en la seva part externa no arriba a la mida del penis. En les dones no mutilades, el clítoris no continua creixent. A més, ressaltar la seva funció lubricant com a característica protectora ajuda en el procés.

La moral, el control de la virginitat

Per transmetre el valor de la fidelitat a la parella, no cal danyar els genitals. La fidelitat és un concepte moral, no una qualitat física. El ser o no fidel no depèn de l'existència de la MGF. La sexualitat de les dones ha de ser igual de lliure que la dels homes.

La mutilació incrementa el nombre de fills i filles

Aquí seria útil destacar que les infeccions continuades poden derivar en infertilitat. A més, la mutilació ocasiona més problemes durant el part. Hi ha dones que no estan mutilades i tenen nadons saludables.

El plaer sexual dels homes s'incrementa

Cal explicar que el plaer sexual deriva d'altres pràctiques més enllà de la penetració. Que hi ha moltes for-

mes de conèixer el cos i de gaudir-ne en parella. És positiu transmetre que el sexe no serveix simplement per engendrar fills i filles, sinó que és una forma de comunicació íntima i satisfactòria que serveix per unir més les persones que el practiquen, i que engloba sentiments com l'afecte i el respecte; emocions i sentiments positius que ens fan més feliços. Quan la dona ha patit una MGF, la vida sexual de la parella es veu afectada.

4.5.3. Recomanacions per als i les professionals

Contemplar la importància de l'escolta activa i empàtica.

Abordar el tema quan hàgim establert una relació de confiança.

Preveure com superar la barrera idiomàtica. Podem servir-nos del cònjuge o d'una medidora intercultural. No és aconsellable usar els i les menors com a intèrprets.

La formació i la sensibilitat intercultural i antiracista són imprescindibles.

Saber de què estem parlant i amb qui n'estem parlant. Per això la nostra formació en aquesta matèria és important, per legitimar els nostres arguments i acostar postures sense ofendre a qui tenim davant.

Proporcionar informació útil i adequada. No perdre'ns en tecnicismes, però sí fer conèixer les conseqüències en la salut, la legislació i els recursos d'ajuda. Es pot emprar material gràfic per donar suport a les explicacions.

Donar espai al silenci, permetre les expressions i no tallar els discursos. Donar peu a la reflexió.

No obligar ningú a parlar sobre el tema. És millor posposar-ho per una altra ocasió en què la persona estigui més receptiva. El moment en què hem d'indagar més és quan sapiguem que es realitzarà un viatge, i abans no s'hagi fet cap pregunta ni s'hagi posat en marxa cap activitat preventiva.

Parlar obertament de les dificultats que pot trobar la persona durant el viatge per pressió de la seva família i la seva possibilitat d'afrontar-los, ajudant-la a identificar, de forma realista, quins membres de la família són més proclius a la mutilació i les possibilitats que prioritzin la salut de la nena per sobre de la seva pràctica cultural.

Estar preparats per a les reaccions que es puguin tenir davant l'abordatge d'aquest tema, que pot resultar summament invasiu de la privacitat.

Reforçar positivament els pares que siguin d'ètnies practicants quan decideixen no sotmetre a la seva filla a la mutilació. Aquest reforçament positiu implica felicitar-los, reconèixer els aspectes positius de la seva cultura i emfatitzar que el fet que les seves filles es nodreixin de les tradicions d'ambdós llocs resultarà enriquidor per a elles.

Recalcar la idea que està en la seva mà canviar les bases de la seva comunitat i construir un món més just, sa i feliç per a les seves filles i fills.

L'atenció especialitzada durant l'embaràs i el part a dones amb MGF minimitza el risc de complicacions intrapart, aconseguint que la incidència d'aquestes s'equipari a la relativa a dones sense mutilar. En cas d'haver d'activar els mecanismes per no donar permís de sortida del país, s'ha de procurar fer-ho de forma dialogada, per poder transmetre que és una forma de protegir la seva filla.

És important no trencar el vincle de confiança per poder continuar amb la cura de la nena i de la família: altres filles, cura de la mare si ha patit una mutilació, etc.

4.5.4. Tallers i sessions formatives de sensibilització sobre la realitat de la MGF i sobre prevenció de la MGF

No obstant ser un ritu arrelat a la tradició cultural de la comunitat, la MGF constitueix una forma extrema de discriminació contra la dona i reflecteix una gran desigualtat entre els sexes. Està reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans de les dones i les nenes i, com que és practicada gairebé sempre en menors, constitueix una violació dels drets de la infantesa. Així mateix, viola els drets a la salut, a la seguretat i a la integritat física, el dret de les dones a no ser sotmeses a tortures i a tractes cruels, inhumans o degradants, i el dret a la vida en els casos en què el procediment acaba produint la mort. La pràctica de la MGF també és una vulneració dels drets sexuals i reproductius de les dones. I és tenint en compte aquest context que la Taula de MGF de Terrassa vol treballar per:

Organitzar sessions formatives adreçades a professionals, per contribuir a fomentar un coneixement més ampli, i també per contribuir al canvi d'actituds i a procurar habilitats per facilitar l'afrontament preventiu de la MGF. En aquest sentit, es preveu la realització de sessions de sensibilització sobre la MGF a l'àmbit sanitari, ponències sobre les conseqüències de la MGF a la salut sexual i reproductiva i sobre la construcció d'una atenció integral de qualitat, formacions en prevenció de la MGF dirigides a equips d'orientació de centres d'educació infantil i primària, xerrades de prevenció de MGF i altres formes de violència masclista i tallers dirigits al professorat sobre MGF i altres formes de violència masclista.

Organitzar sessions formatives i tallers per difondre la conscienciació sobre la realitat de la MGF al territori, i sensibilitzar la ciutadania. Aquestes xerrades formatives i tallers abordaran fonamentalment la prevenció de la MGF i altres formes de violència masclista. En tallers amb ciutadania provinent de països on es practica la MGF, es contemplaran espais de reflexió i de diàleg entorn els drets humans, la lluita contra la violència masclista, els drets dels i de les menors i els drets sexuals i reproductius. Igualment, durant aquests tallers l'objectiu serà aprofundir sobre les conseqüències físiques i psíquiques que pateixen les nenes i les dones mutilades, a més de reflexionar sobre les tradicions, els rols masculins i femenins i la MGF com a forma violència masclista. Per tot això, la intenció és que aquests tallers esdevinguin una bona eina de treball per a comprometre a sensibilitzar la comunitat tant aquí com als seus països d'origen.

Continuar duent a terme activitats i tallers per l'apoderament de les dones i per la sensibilització sobre les causes de la violència masclista.

Realitzar tallers formatius amb homes i dones de la comunitat mateixa, perquè puguin constituir-se com a agents actius que afavoreixin les dinàmiques de sensibilització entre les famílies.

5. ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA A LA DONA MUTILADA

5.1. Aspectes generals

La coordinació entre els diferents serveis és important per oferir una atenció integral amb la finalitat de garantir el benestar de les nenes i dones que han patit o que corren risc de patir la MGF. Per a això, necessitem tenir clara consciència de totes les situacions que podrien produir-se i en quin moment del procés assistencial es podrien detectar:

Dones adultes que han patit una mutilació

Poden acudir a l'equip d'atenció pri-mària per qualsevol motiu relacionat o no amb seqüeles derivades de la MGF. També poden acudir a altres serveis com ginecologia i obstetrícia per embaràs o programes de cribratge.

Nenes menors que han patit una mutilació

En funció de l'edat poden acudir a pe-diatria o al metge o metgessa de família (si són més grans de quinze anys). Qual-sevol servei ha de poder atendre les conseqüències físiques i psicològiques en to-tes les dones, siguin menors o majors d'edat.

Filles de dones que han patit una mutilació: nenes menors que no han estat mutilades, però en corren el risc.

Avaluades principalment per l'equip de pediatria re-presenten el repte més gran, perquè tenim l'opció de prevenir. A elles van enfocats els principals esforços en matèria de prevenció i és en aquest punt on la coordinació en les actuacions amb la resta de professionals pot influir en una bona prevenció.

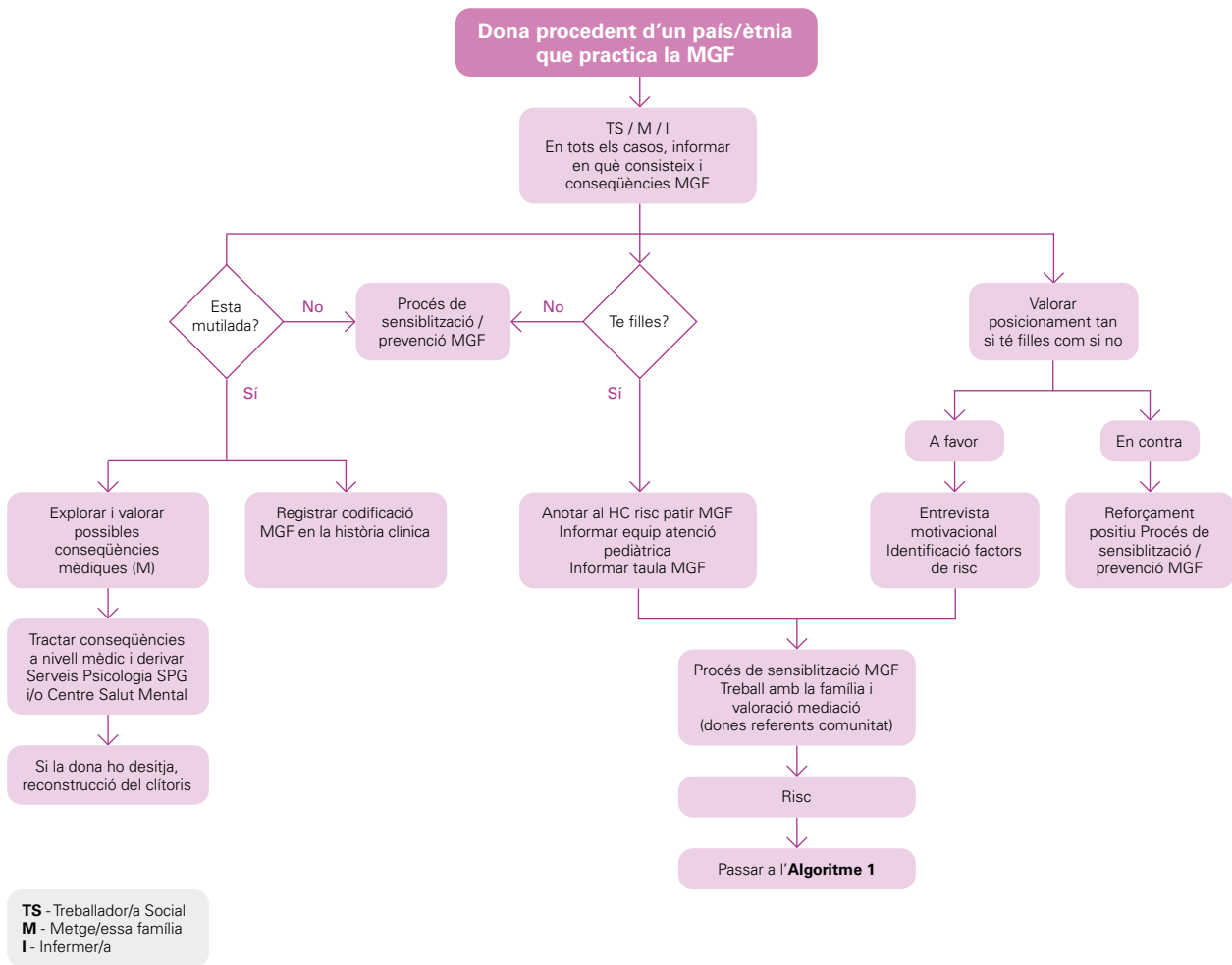
5.2. Atenció a la dona que ha patit MGF

5.2.1. Atenció primària

Una dona que ha patit una mutilació pot acudir a consulta per primera vegada per qualsevol motiu de salut que no té per què estar relacionat directament amb la MGF o les seves seqüeles: infeccions urinàries de repetició, malaltia inflamatòria pelviana, fístules obstètriques, menorràgia, infertilitat, etc.

En una primera consulta es preguntarà sobre el país d'origen, l'ètnia, l'existència de filles i les edats d'aquestes i el temps de residència a Espanya, i més concretament a Catalunya i a Terrassa. Totes aquestes dades han de quedar recollides a la història clínica. La dona encara no ens coneix i tot el que fa referència a l'àmbit sexual i reproductiu poques vegades s'expressa en aquestes ocasions. Per això, és recomanable construir, a poc a poc, una relació de confiança en què prevalgui el respecte i que en el procés n'asseguem la confidencialitat i privacitat. La finalitat és que ella se senti més còmoda i predisposada a parlar i a ser escoltada. A més, hem d'escollir un llenguatge i un to adequats que evitin que se sentin jutjades o rebutjades. Si aconseguim això, podem facilitar la creació de ponts de comunicació. Si la persona hi confia, es mostrarà més oberta i disposada a escoltar la informació que puguem oferir-li sobre la seva salut sexual i reproductiva i l'impacte que té la MGF sobre ella i la seva família.

Aquestes primeres consultes s'intentaran fer amb la dona a soles per facilitar que s'expressi sense interferències. En alguns casos podria ser necessari el suport d'una mediadora intercultural. Aquestes preguntes s'han de fer amb naturalitat, ja que formen part del seu historial de salut. A la història clínica quedarà reflectida la mutilació, el tipus i quines seqüeles presenta. També si precisa cures, el pla d'actuació sobre la dona i les mesures preventives que s'han dut a terme (vegeu **Algoritme 5**).



En pròximes visites es pot anar ampliant la informació, tenint en compte el factor psicosocial, i abordant el tema amb una mirada comunitària i no només individual, valorant realitzar un cribratge més ampli del seu entorn.

Un dels objectius serà explicar la legislació vigent en el nostre país respecte a la MGF. També hem de preguntar per les seves filles, si han patit mutilació o si ella es posiciona a favor de la seva realització. Es comunicarà aquesta informació als professionals de referència encarregats de la seva salut, com seria l'equip de pediatria o el de treball social (vegeu Algoritme 5). Les menors entre 15 i 18 anys són ateses per l'equip d'atenció primària, que en serà informat.

5.3. Ginecologia i obstetrícia

5.3.1. Exploració

És important explicar a la dona com farem l'exploració i demanar-li el seu consentiment.

Seguir sempre el mateix esquema ajudarà a fer-ne una millor avaluació. Pot resultar útil oferir-li realitzar una part de l'exploració amb un mirall amb el qual ella pugui veure's els genitals. Permetre que pugui explicar què li van fer, si ho sap i sentir-se part activa del procés. Es pot fer ús d'imatges per ensenyar-li com ha estat modificada la seva anatomia.

En funció del tipus de MGF pot ser molt difícil, o impossible, dur a terme algunes maniobres habituals a l'exploració dels genitals, sobretot en casos de dones amb cicatrius grans o mutilacions greus. Generalment, en avaluar els genitals externs, cal comprovar si el clítoris està íntegre i si hi ha o no llavis menors. L'exploració ha de ser exhaustiva perquè una MGF de tipus I, que és la més freqüent (80-85% dels casos) pot fins i tot passar desapercebuda.

En el cas d'una MGF tipus III i si té desig gestacional, s'ha d'informar que és recomanable dur a terme la desinfibulació, obertura vaginal, abans de l'embaràs, explicant en què consisteix i que tindrà beneficis per a l'embaràs, donarà opció a un part vaginal i millorarà la seva salut global.

Valorar com afecta la MGF en aquell moment a la seva salut física i mental ens permetrà oferir-li derivacions cap a altres serveis que pugui necessitar.

5.3.2 Salut sexual i reproductiva

La dona pot accedir al Servei de Ginecologia i Obstetrícia dins dels programes de cribratge, d'educació per a la salut, de consulta jove, de planificació familiar o derivades des d'atenció primària per problemes de salut.

Quan es detecta que la dona està mutilada, es deriva a la consulta ginecològica especialitzada, perquè sigui atesa pels professionals de ginecologia referents en temes de MGF.

En tots els casos s'ha d'explicar a la dona en què consisteix la MGF que té realitzada i les possibles complicacions per a la seva salut general, en l'àmbit sexual i en el cas d'embaràs i part.

Planificació familiar: Pel que fa a l'ús de mètodes anticonceptius, s'apliquen els criteris d'elegibilitat de l'OMS com amb totes les dones. És a dir, se'ls proporcionarà informació sobre tots ells, respectant la seva autonomia i els seus preceptes respecte al seu cos i la seva fertilitat. Es farà una valoració individual en el cas que la mutilació dificulti la col·locació d'un mètode de barrera com el preservatiu femení, el diafragma o la col·locació d'un DIU. Els mètodes naturals (símtotèrmic, moc vaginal) són menys eficaços quan el flux vaginal està alterat en situacions d'infeccions de repetició.

5.3.3 Embaràs, part i postpart

L'embaràs és el moment en què, amb més freqüència, es detecta un cas de MGF en el nostre medi. A la primera visita del seguiment de l'embaràs, realitzada habitualment entre les setmanes 7 i 10 de gestació, podem preguntar a la dona per la possible MGF.

Un cop realitzada l'exploració s'explica a la dona en què consisteix la MGF i com pot influir en el seu embaràs i part. És necessari individualitzar cada situació i, en funció del tipus de mutilació, hi ha determinades consideracions a tenir en compte.

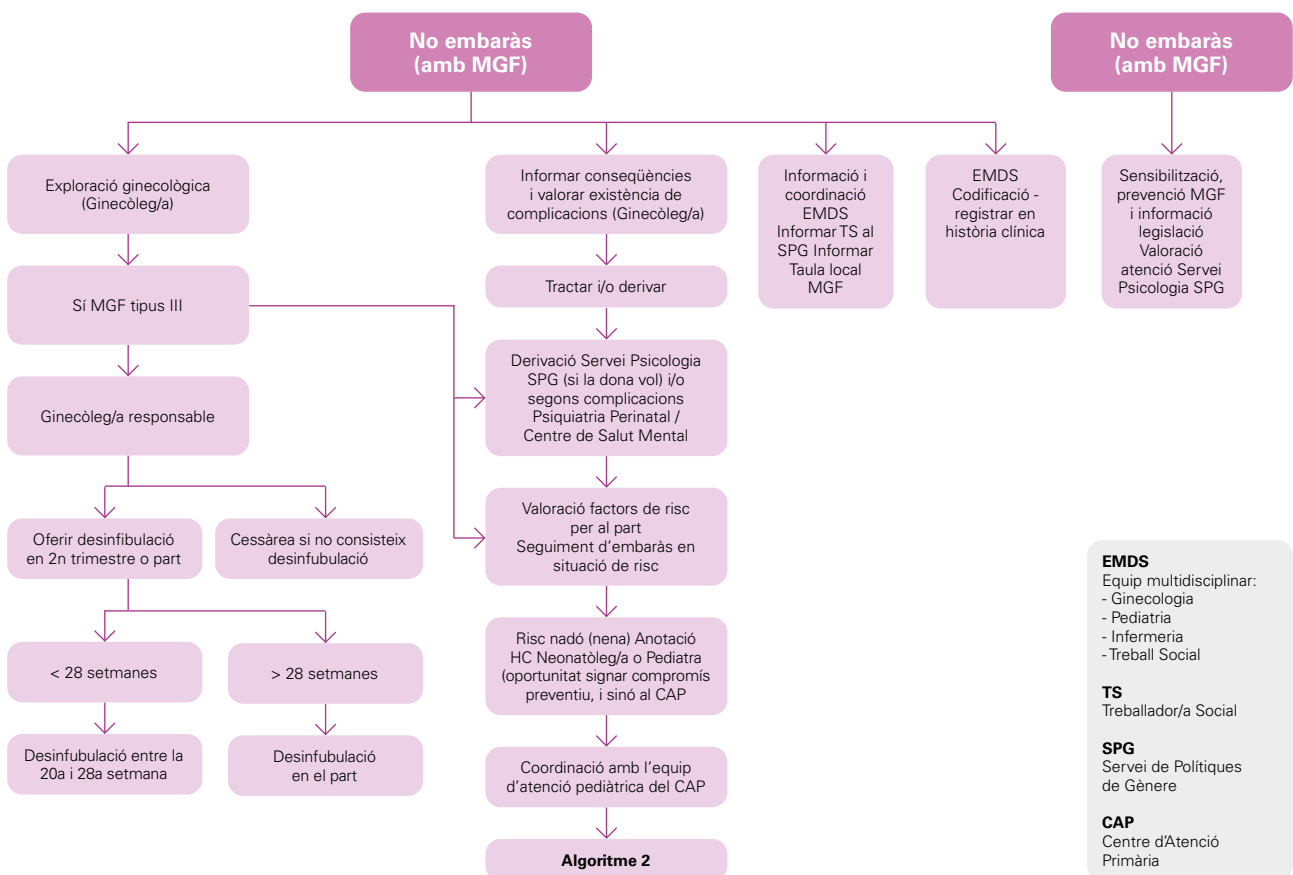
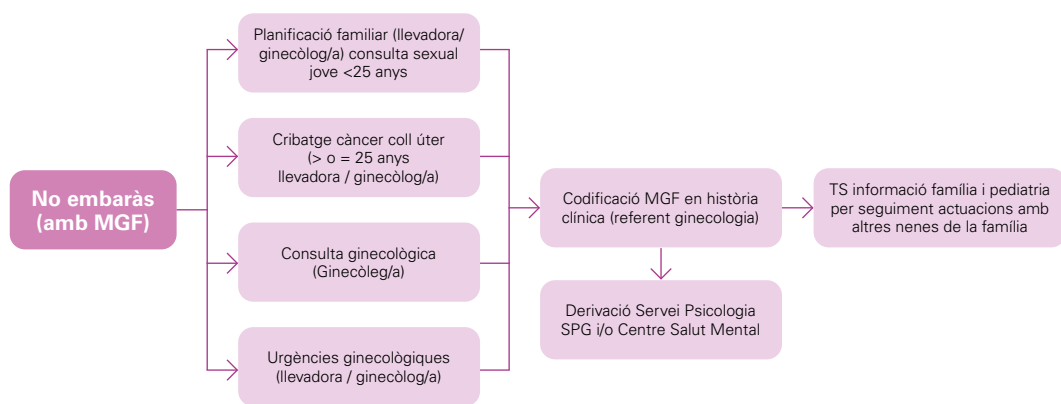
En un tipus I o II informarem l'embarassada dels possibles riscos afegits i la tranquil·litzarem. En el cas d'una MGF tipus III és recomanable oferir dur a terme la desinfibulació, és a dir, l'obertura vaginal, si desitja un part

vaginal, però aclarint que no li tornarem a tancar després. Es recomana portar a terme aquesta intervenció en el segon trimestre (entre les setmanes 20 i 28). A vegades es fa el mateix dia del naixement.

S'exploraran el posicionament i les creences que té la dona sobre la MGF, i si el futur nadó és una nena, s'insistirà en les conseqüències negatives derivades de la pràctica i se l'informarà sobre la legislació espanyola vigent en matèria de MGF.

La informació sobre la mutilació quedarà enregistrada a la història de la dona i de la nounada. S'informarà la treballadora social, que farà l'enllaç amb el Servei de Pediatria perquè faci el seguiment de filles anteriors a aquesta gestació i de la propera bebè nena.

Igualment, des de pediatria de l'hospital on hagi nascut la nounada, s'explicarà el document de compromís de no mutilació. Aquest document s'escanejarà i es penjarà a la Història Clínica Compartida. Es lliurarà una còpia a la família (vegeu **Algorisme 6**).



EMDS
Equip multidisciplinari:
- Ginecologia
- Pediatria
- Infermeria
- Treball Social

TS
Treballador/a Social

SPG
Servei de Polítiques de Gènere

CAP
Centre d'Atenció Primària

Postpart

En aquest període, les dones que han estat mutilades tenen major incidència d'hemorràgia postpart, laceracions i estrips.

Durant el postpart es faran els controls habituals, remarcant la importància d'un bon seguiment, recuperació i enfortiment del sòl pelvià, individualitzant les seves cures. Poden necessitar més atenció durant el procés de cicatrització dels teixits. S'oferiran les recomanacions usals en qualsevol postpart (higiene, anticoncepció, estat emocional, etc.).

Des de les unitats de ginecologia/obstetrícia, el/la professional que realitzi la revisió postpart en cas de dona adulta amb MGF practicada revisarà que estigui activat el protocol de prevenció de la ciutat de Terrassa, ja que és l'última visita de control de l'embaràs i part. Això garanteix que s'ha fet o es farà:

- Intervenció individual i familiar per prevenir la MGF a altres dones del context familiar i per abordar i tractar possibles seqüeles/conseqüències de la MGF a la vida de la dona.
- Comunicació a la Unitat de Pediatria, en el supòsit d'existència de filles menors, per abordar el cas segons pautes davant l'existència de factors de risc.

També en aquests casos el sistema de Serveis Socials efectua:

- Coordinació/comunicació amb el centre de salut per a prevenció i protecció d'altres menors de la unitat familiar.
- Valoració de l'existència d'altres factors de risc i intervenció segons diferents al·gorismes d'aquest protocol.

5.3.4 Cirurgia reconstructiva

És important remarcar que si la dona desitja que es duigués a terme una reconstrucció del clítoris, se l'haurà d'informar que la reconstrucció suposa una nova intervenció arran de la qual podrien aflorar alteracions psicològiques. Per aquest motiu seria desitjable que, abans que una dona decideixi sotmetre's a una cirurgia de reconstrucció, es faci una valoració psicològica conjunta i d'acompanyament en la presa de decisió amb professionals qualificats al respecte, tant de l'àmbit mèdic com de l'àmbit psicològic. En l'acompanyament psicològic es comptarà amb el suport del Servei de Polítiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa.

La reconstrucció del clítoris és una cirurgia que cada vegada es realitza amb més freqüència. La finalitat pot ser disminuir el dolor durant les relacions i incrementar el plaer sexual femení d'aquestes. No obstant això, no hi ha una evidència clara del seu benefici que justifiqui sotmetre a la dona a una intervenció d'aquestes característiques. La decisió l'ha de prendre ella amb un bon suport professional. La sexualitat no està relacionada únicament amb l'esfera física, sinó que és un aspecte multifactorial on intervien la bioquímica, la psicologia, l'antropologia i l'entorn sociocultural. Aspectes com la construcció de la identitat sexual i l'auto-percepció de la imatge corporal són importants a l'hora de mantenir relacions sexuals.

Tot i que la cirurgia no ha demostrat que la seva realització impliqui un canvi significatiu en la vida sexual d'aquestes dones, sí que s'ha objectivat que dota els genitals d'una aparença anatòmica de normalitat i disminueix els problemes de salut derivats de la MGF. En qualsevol cas, és important l'avaluació psicològica de la dona abans i després de l'operació, perquè entengui els canvis que es produiran, tant estètics com funcionals, en les relacions sexuals amb la seva parella i en els futurs embarassos.

A Catalunya la reconstrucció de genitals s'inicià amb un programa de la Fundació de l'Institut Dexeus. Des del 2015, el Servei Català de la Salut ha assumit aquesta responsabilitat, centralitzant totes les intervencions a la Unitat de Reconstrucció de MGF del Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Clínic de Barcelona (vegeu Annexos).

6. BIBLIOGRAFIA I RECURSOS D'INTERÈS SOBRE EL TEMA

- 1 ACNUR (2014). *Too much pain. The voices of refugee women* [Massa dolor. Les veus de les refugia- des]. Vegeu: <http://www.youtube.com/watch?v=pW3TFcLIXiw>.
- 2 Asha, I., Gascón, M. i De Dios, B. (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 i Save a Girl-Save a Generation.
- 3 Consell d'Europa (2014). «The Istanbul Convention. A tool to end female genital mutilation». Vegeu: https://www.coe.int/t/dg3/children/Dubrovnik/Speeches/Dubrovnik_Elise_Petitpas_RT5.pdf.
- 4 De Madrid, C. i Red de Prevención de la Mutilación (2017). *Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.
- 5 Demusa (2016). *Protocolo para la prevención de la mutilación genital femenina en la Región de Murcia*. Murcia: Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- 6 Generalitat de Catalunya (2007). *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Secretaria per a la Immigració.
- 7 Generalitat de Catalunya (2008). Llei 5/2008, del 24 d'abril, del Dret de les Dones a Erradicar la Violència Masclista.
- 8 Generalitat de Catalunya (2010). Llei 14/2010, del 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència.
- 9 Generalitat de Catalunya (2015). Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'Igualtat Efectiva de Dones i Homes.
- 10 Gobierno de Aragón (2006). *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención*. Aragón: Comisión para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina.
- 11 Gobierno de Aragón (2011). *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón*. Aragón: Gobierno de Aragón.
- 12 Gombau Giménez, L. (2018). «Complicaciones obstétrico-ginecológicas en mujeres procedentes de países de riesgo de ablación/mutilación genital femenina: estudio comparativo», tesi doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- 13 Hermida de Llano, C. (2017). «La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española», *Bajo Palabra. Revista de Filosofía*.
- 14 Instituto Navarro para la Familia e Igualdad (2013). *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- 15 Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. D. M. i Pina Roche, F. (2012). «Aproximación a la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) desde la enfermería transcultural. Una revisión bibliográfica», *Enfermería Global*, 11(28), 396-410.

- 16 Kaplan, A. i López, A. (2010). «Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009». *Antropología Aplicada 1*. Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- 17 Kaplan, A., Moreno, J. i Pérez Jarauta, M. J. (2010). *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona i Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).
- 18 Kaplan, A., Cham, B., Njie, L. A., Seixas, A., Blanco, S. i Utzet, M. (2013). «Female Genital Mutilation/Cutting. The Secret World of Women as Seen by Men», *Obstetrics and Gynecology International*, doi:10.1155/2013/643780.
- 19 Kaplan, A., Salas, N. i Mangas, A. (2015). *La mutilación genital femenina en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.
- 20 Kaplan, A., Hechavarría, S. i Puppo, N. L. (2015). *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals. The Gambia* (2a edició). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- 21 Kaplan, A. i López, A. (2017). «Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016». *Antropología Aplicada 3*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Wassu-UAB.
- 22 Knipscheer, J., Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A. i Van den Muijsenbergh, M. (2015). «Mental health problems associated with female genital mutilation», *BJPsych bulletin*, 39(6), 273-277.
- 23 Mangas Llompart, A. (2017). «Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña: leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas. Dos modelos de intervención ante la MGF: a un lado del muro, el modelo de la Generalitat de Catalunya, al otro lado del muro, el modelo Wassu». Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Departament d'Antropologia Social i Cultural.
- 24 Médicos del Mundo (2017). «Política de Médicos del Mundo España sobre mutilación genital femenina». Vegeu: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/2019_politica_mutilacion_genital_femenina_v_1.1.pdf.
- 25 Meseguer, C. B., Martínez, P. A., Bravo, M. D. M. P. i Ruiz, I. J. (2014). «La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia», *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287-291.
- 26 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 27 Morales Pijoan, S. (2014). «El protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina a Girona». Girona: Universitat de Girona. Facultat d'Educació i Psicologia.
- 28 Osakidetza, Emakunde, Eusko Jaurlaritza – Gobierno Vasco (2016). *Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*. Vitòria: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vegeu: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf.
- 29 Organització Mundial de la Salut (OMS) (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency statement*. Ginebra: World Health Organization. Vegeu: <https://www.who.int/publications/item/9789241596442>.

- 30 Organització Mundial de la Salut (OMS) (2011). «An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report (No. WHO/RHR/11.18)». Ginebra: World Health Organization.
- 31 Organització Mundial de la Salut (OMS) (2014). «Female genital mutilation: female genital mutilation is recognized internationally as a violation of the human rights of girls and women: fact sheet (No. WHO/RHR/14.12)». Ginebra: World Health Organization.
- 32 Organització Mundial de la Salut (OMS) (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 1-7. Ginebra: World Health Organization.
- 33 Organització Mundial de la Salut (OMS) (2017). *Women's Health*. Regió Africana: World Health Organization for Africa. Vegeu: <http://www.afro.who.int/health-topics/womens-health>.
- 34 Reisel, D. i Creighton, S. M. (2015). «Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM)», *Maturitas*, 80(1), 48-51.
- 35 Sarayloo, K., Roudsari, R. L. i Elhadi, A. (2019). «Health Consequences of the Female Genital Mutilation. A Systematic Review», *Galen Medical Journal*, 8, 1.336.
- 36 Sequi, A., Touray, I. i Zuleyka, P. (2013). *La erradicación de la mutilación genital femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Oviedo: O'DAM ONGD.
- 37 Unió de Associacions Familiars (UNAF) (2012). *La MGF en España. Prevenció e intervenció*. Madrid: UNAF.
- 38 Unió de Associacions Familiars (UNAF) (2013): *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevenció e intervenció*. Madrid: UNAF.
- 39 UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW) (1992). «CEDAW General Recommendation No. 19. Violence against women». Vegeu: <https://www.refworld.org/docid/52d920c54.html>.
- 40 UNICEF (2016). «Female Genital Mutilation. A Global Concern». Vegeu: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>.
- 41 Yoder, P. S. i Khan, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. DHS Working Papers, 39. Calverton: USAID.

Materials audiovisuals

La mutilació genital femenina. Claus per a la comprensió i la intervenció.

Elaborat per: Associació Lasexologia.com | Finançadors: MEYSS i FEI | Col·laboren: Metges del Món Aragó, Navarra i Madrid.

Documental encaminat a sensibilitzar i a informar sobre el tema de la mutilació genital femenina en què participen professionals que treballen en prevenció i mediadors i mediadores interculturals.

<https://www.youtube.com/watch?v=jFBhqGYCmAA>

La mutilació genital femenina II. Claus per al diàleg (versions en espanyol, francès i anglès).

Elaborat per: Associació Lasexologia.com | Finançadors: MEYSS i FEI | Col·laboren: Metges del Món Aragó, Navarra i Madrid.

Documental encaminat a desmuntar mites i idees que sustenten la pràctica de la mutilació genital femenina, amb l'objecte de facilitar eines per al diàleg, el qüestionament i el canvi d'actitud.

<https://www.youtube.com/watch?v=AK8UCPMNVgA>

Bref (documental)

Elaborat per Metges del Món. Aprofundeix en la pràctica de la MGF a través de testimonis de dones que l'han patit.

https://www.youtube.com/watch?v=7ZgqO_fyfmI

Flor del desert (llargmetratge)

Basat en el llibre de Waris Dirie Flor del desert. Aquesta model somali coneguda internacionalment va revelar públicament, estant en el cim de la seva exitosa carrera, que era una supervivent de MGF.

Africa Rising (documental)

Dirigit per Paula Heredia i produït per Equality Now, aquest documental tracta sobre els programes de prevenció de la MGF a l'Àfrica i sobre les organitzacions que es troben treballant en això.

<https://vimeo.com/73184411>

No amb la meva filla (documental)

Producció alemanya del 2006 que aborda el tema de la MGF, prohibida a Europa tot i que es continua practicant. Molts pares eludeixen aquesta prohibició mutilant a les seves filles durant les vacances a l'Àfrica. Cada dia més dones que han patit aquesta pràctica prenen la decisió de no seguir la tradició amb les seves filles i diuen: «No amb la meva filla!».

<https://www.youtube.com/watch?v=CPC2iDc07S0>

La causa de Kripan (llargmetratge)

Alassane, un jove de Burkina Faso que viu a Kripan (País Basc, Espanya), rep la trucada del seu germà Ali anunciant-li que, en el seu poble, els seus pares i els pares de la seva dona s'han posat d'acord per a fer l'ablació a la seva filla de sis anys, Bintou.

La cerimònia està prevista d'aquí una setmana. A Alassane, només li falten sis mesos per a aconseguir els papers a Espanya. No vol que mutilin la seva filla, però si viatja al seu país no podrà tornar i perdrà el somni pel qual tant ha lluitat.

Un futur sense mutilació (documental)

Una mostra dels resultats d'un excel·lent treball comunitari per a l'erradicació de la MGF realitzat a Gàmbia per la Fundació Wassu-UAB.

<https://www.youtube.com/watch?v=D-x3T5LINK8>

Recursos d'interès a internet

ACNUR

<https://ja.cat/rKlsv>

AMNISTIA INTERNACIONAL

www.es.amnesty.org/temas/mujeres/mutilació-genital-femenina

COMITÈ INTERAFRICÀ SOBRE LES PRÀCTIQUES TRADICIONALS

iac-ciaf.net/

EQUALITYNOW [IGUALTAT ARA]

www.equalitynow.org

FOUNDATION FOR WOMEN'S HEALTH, RESEARCH AND DEVELOPMENT (FORWARD)

www.forwarduk.org.uk/

FUNDACIÓ KIRIRA

www.fundacionkirira.es

FUNDACIÓ Wassu-UAB

www.uab.cat/web/fundacio-wassu-uab-1345793831393.html

GAMS

gams.be/en/female-genital-mutilation

METGES DEL MÓN

www.medicosdelmundo.org/. Tel.: 913 156 094. Correu: mgfmdmmadrid@gmail.com

MEDICOSMUNDI

<http://www.medicusmundi.es/es/actualidad/noticias/1029/mutilacion%20genital%20femenina%20reconstruyendo%20dignidad#>

OMS

www.who.int

ONU

www.un.org/es/events/femalegenitalmutilationday

SAVE A GIRL, SAVE A GENERATION

www.saveagirlsaveageneration.org. Tel.: 658 978 474 / 915 421 409. Correu: asha.ismail@saveagirlsaveageneration.org

STOPFGM

www.stopfgmc.org

UNAF

<https://unaf.org/prevencion-e-intervencion-ante-la-mutilacion-genital-femenina/>. Tel. 914 463 162. Correu: inmigracionysexualidad@unaf.org

UNFPA

www.unfpa.org/female-genital-mutilation

UNICEF

www.unicef.es/infancia/proteccion-infantil

ANNEXOS

Adreces i telèfons d'interès

taula.MGF@terrassa.cat Adreça electrònica on comunicar risc i/o necessitat d'assessorament.

Centres d'Atenció Primària (CAP) de Terrassa:

- CAP Sant Llàtzer.** C. de la Riba, 62. Tel.: 937 310 137
- CAP Rambla.** Rbla. d'Ègara, 386. Tel.: 937 384 030
- CAP Terrassa Nord.** Av. del Vallès, 451. Tel.: 937 317 700
- CAP Terrassa Sud.** Av. de Santa Eulàlia, s/n. Tel.: 937 384 030
- CAP Antoni Creus.** C. d'Itàlia, 5. Tel.: 937 360 020
- CAP Terrassa Est.** C. de Ciudad Real, 31. Tel.: 937 848 283
- CAP Terrassa Oest.** Av. Àngel Sallent, 171. Tel.: 937 384 030
- CAP Can Roca.** C. de Fàtima, 18. Tel.: 931 163 423

Centres hospitalaris de referència:

- Hospital de Terrassa.** Ctra. de Torrebonica, s/n. Tel.: 937 310 007
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa.** Pl. Dr. Robert, 5. Tel.: 937 365 050
- Hospital Clínic de Barcelona.** C. de Villarroel, 170. Tel.: 932 275 400

Serveis Socials d'Atenció Primària (SEBAS) de Terrassa:

- SEBAS Zona 1.** C. Unió, 36. Tel.: 937 885 065
- SEBAS Zona 2.1.** Av. Barcelona, 180. Tel.: 937 397 411
- SEBAS Zona 2.2.** C. Salamanca, 35. Tel.: 937 397 417
- SEBAS Zona 3.** Pl. Can Palet, 1. Tel.: 937 869 159
- SEBAS Zona 4.1.** Av. Àngel Sallent, 55. Tel.: 937 333 098
- SEBAS Zona 4.2.** Pl. del Tint, 4. Tel.: 937 397 083
- SEBAS Zona 5.1 i 5.2.** Pl. Cultura, 5. Tel.: 937 342 603
- SEBAS Zona 6.1, 6.2 i 6.3.** Rbla. Francesc Macià, 189. Tel.: 937 357 438
- SEBAS Zona 7.** C. Amèrica, 33. Tel.: 937869150

Servei de Salut i Comunitat de l'Ajuntament de Terrassa. Ctra. de Montcada, 596. Tel.: 937 315 982

Servei d'Educació de l'Ajuntament de Terrassa. C. de la Rasa, 24. Tel.: 937 803 511

Policia Municipal de Terrassa. Av. de les Glòries Catalanes, 3. Tel.: 937 805 555

Mossos d'Esquadra de Terrassa. Ctra. de Matadepera, 272. Tel.: 937 346 500

Fiscalia de Terrassa. Rambleta del Pare Alegre, 112. Tel.: 936 932 292

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).

Av. del Paral·lel, 50-52, Barcelona. Tel.: 934 831 000

Equip d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA) de Terrassa.

Ctra. de Montcada, 596. Tel.: 937 315 982

Servei Ciutadania Ajuntament de Terrassa. Ctra. de Montcada, 596. Tel.: 937 315 982

Associació Catalana de Residents Senegalesos (ACRS) de Terrassa. C. Granada, 113

Associació Cultural de Mali de Terrassa. C. Sant Damià 276, baixos A. Tef.: 631627811.

Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE) – Terrassa. C. Cremat, 24. Tel.: 931 190 693

Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Rbla. d'Ègara, 368. Tel.: 937 365 903

Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte (OAVD) de Barcelona Comarques. Rambleta del Pare Alegre, 112. Tel.: 935 105 371

Servei de Polítiques de Gènere. C. Nou de Sant Pere, 36. Tel.: 937 397 408

Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania. C. Calàbria, 147. Tel.: 932 701 230

Entitats que treballen en la prevenció de la MGF al territori:

Coordinadora d'Associacions Senegaleses de Catalunya

Associació de Dones Immigrants Subsaharianes

Associació Jokkere Endam

Associació EQUIS-MGF

Associació Baobab

Associació Endavant

Associació Humanitària Contra l'Ablació de la Dona Africana

Associació de Dones Africanes de Catalunya

Càritas Immigració Girona - SAI

Associació per la Cooperació, la Inserció Social i la Interculturalitat (ACISI), de Barcelona

Associació E-kre@

Xarxa Estatal Lliures de MGF i Altres Violències Masclistes:

El 2020, un total de dinou entitats, professionals i activistes que treballen en la prevenció i erradicació de la mutilació genital femenina van crear la Xarxa Estatal Lliures de MGF i Altres Violències Masclistes. Aquesta xarxa de projecció estatal i amb accions directes a més de sis comunitats autònomes (Andalusia, Canàries, Catalunya, Madrid, Múrcia i el País Basc, entre elles) neix de la necessitat d'enfortir la coordinació d'àmbit estatal i entre els diferents territoris, d'unir forces i de crear sinergies promovent un compromís integral social i polític. La Xarxa Estatal Lliures de MGF està conformada per: Asociación de Mujeres de Guinea Conakry en Madrid; Asociación Karibu, Amigos del Pueblo Africano; Ajuntament de Bilbao (Àrea de Cooperació); Asociación Intercultural de Mujeres Mauritanas Dimbe; Federació de Dones Progressistes; Fundació Wassu-UAB; Metges del Món; Módulo Auzolan; Asociación Mujeres Entre Mundos; Save a Girl, Save a Generation; Sunu Gaal; UNAF – Unión de Asociaciones Familiares, i professionals i activistes de diferents àmbits i organismes, com ara la Universitat de Múrcia i l'Institut Català de Salut. Des de la xarxa, es reivindica que el treball per a la prevenció i l'erradicació de la MGF, així com l'atenció a les nenes i a les dones supervivents, es realitzin des d'un enfocament de gènere i comunitari, que no reproduïxi l'estigmatització, el racisme i la revictimització, sempre des de la veu protagonista i activa de les dones supervivents i la comunitat. A més, la Xarxa Estatal Lliures de MGF promou «la transferència de coneixement, la realització de diagnòstics de necessitats i el disseny d'estratègies i metodologies, fomentant l'intercanvi d'informació, recursos, experiències i bones pràctiques». També «l'organització d'activitats coordinades de formació, sensibilització i incidència política davant d'altres instàncies, potenciant la representació dels agents espanyols a nivell europeu i internacional».

Per a més informació: comunicacion@unaf.org. Tel: 914 463 162.

Protocol de prevenció de Mutilació Genital Femenina (MGF) de la ciutat de Terrassa