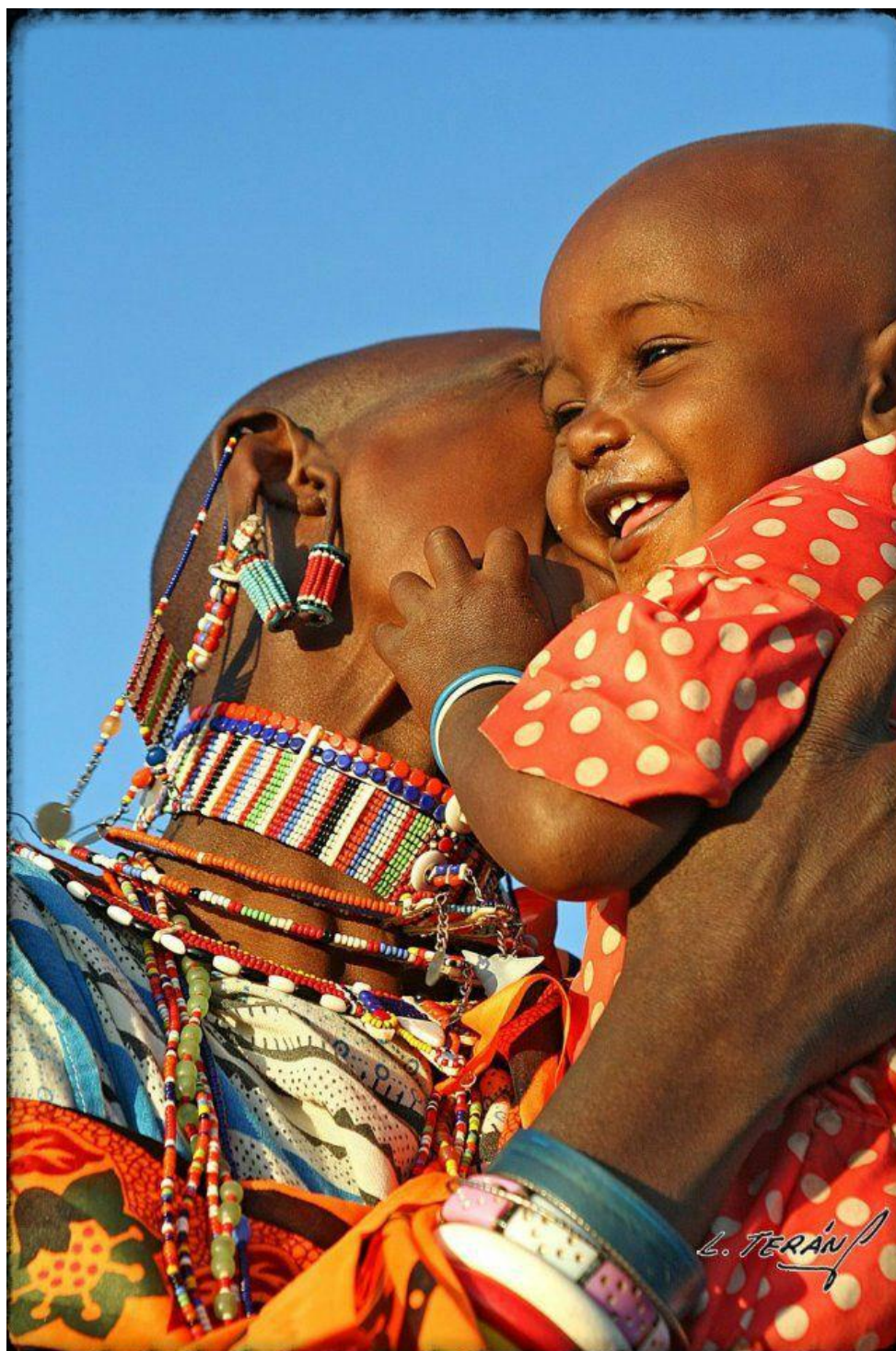


**FERIDES QUE NO CICATRITZEN:  
LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA**



Pseudònim: Àfrica

## ÍNDEX

PRESENTACIÓ: .....	5
INTROUCCIÓ: .....	7
 BLOC I: LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA A L'ÀFRICA.....	9
1    Precisions Terminològiques: .....	9
2    Orígens: .....	10
3    Prevalença i localització: .....	12
4    Definició i tipus de MGF: .....	16
5    Context cultural de l'Àfrica:.....	20
6    MGF com a ritual de pas: .....	21
6.1    El ritual: .....	23
7    Raons que justifiquen la MGF: .....	25
7.1    Raons psico-sexuals i reproductives: .....	26
7.2    Raons d'higiene i d'estètica: .....	26
7.3    Raons religioses i mitològiques: .....	27
7.4    Raons socioculturals:.....	28
8    Factors socioculturals que condicionen la MGF:.....	28
9    Conseqüències de la MGF: .....	29
9.1    Conseqüències físiques a curt termini: .....	30
9.2    Conseqüències físiques a mitjà i a llarg termini: .....	30
9.2.1    Conseqüències obstètriques: .....	30
9.2.2    Conseqüències ginecològiques: .....	31
9.3    Conseqüències psicològiques:.....	31
9.4    Conseqüències sexuals:.....	32
9.5    Conseqüències socials:.....	32
10    Medicalització de la MGF: .....	33
10.1    El cas d'Egipte:.....	35
11    Com acabar amb la MGF: .....	38
12    La MGF a l'actualitat: .....	39

13	Raons per continuar lluitant:.....	39
14	Fundació Wassu-UAB: .....	40
15	Marc legal a l'Àfrica.....	42
15.1	Llei contra la MGF: .....	42
15.2	Drets humans i MGF:.....	42
15.3	Drets de la nena: .....	42
15.4	Violència contra la dona:.....	43
15.5	Tractats Internacionals relacionats amb la MGF:.....	44
15.6	Tractats regionals africans: .....	45
16	Situació legal en els diversos països de l'Àfrica:.....	45
16.1	Lleis penals específiques: .....	47
16.2	Lleis penals generals:.....	47
17	Aplicació de les lleis:.....	47
BLOC II: LA MGF A CATALUNYA.....		49
18	Immigració com a factor d'augment de les MGF.....	49
18.1	Immigració a Espanya: .....	49
18.2	Immigració a Catalunya:.....	53
19	Legislació: .....	54
19.1	Marc legal Internacional.....	55
19.1.1	ONU (Organització de les Nacions Unides): .....	55
19.1.2	OMS (Organització Mundial de la Salut): .....	57
19.1.3	Consell d'Europa: .....	58
19.1.4	UE (Unió Europea):.....	59
19.2	Marc legal nacional: .....	59
19.3	Marc legal autonòmic: .....	61
20	Protocol català per prevenir les MGF: .....	63
20.1	Circuit nacional per a una intervenció coordinada: .....	64
20.1.1	Prevenició:.....	64
20.1.2	Recursos: .....	65
20.1.3	Actuació:.....	66
20.1.4	Recuperació:.....	68
20.2	Recomanacions per la bona actuació:.....	69
20.3	Intervenció: .....	70

20.3.1	Professionals de la salut: .....	71
20.3.2	Professionals dels serveis socials d'atenció primària:.....	74
20.3.3	Professionals de centres docents:.....	75
20.3.4	Professionals d'atenció als menors en risc: .....	75
20.3.5	Professionals dels cossos de seguretat: .....	76
20.3.6	Associacions que treballen per la prevenció de les MGF:.....	77
BLOC III: LA MGF A VIC .....		79
21	Immigració a Vic: .....	79
22	Entrevistes als diversos professionals: .....	82
22.1	Entrevista a una infermera pediàtrica del CAP EAP VIC el Remei .....	82
22.2	Entrevista a una treballadora social de l'Ajuntament de Vic: .....	83
22.3	Entrevista a una treballadora social de l'Hospital Universitari de Vic: .....	84
22.4	Entrevista a un senegalès resident a Vic: .....	84
22.5	Entrevista a una senegalesa resident a Vic: .....	85
CONCLUSIONS: .....		87
BIBLIOGRAFIA : .....		94
WEBGRAFIA: .....		95
FONTS DOCUMENTALS: .....		97

## **PRESENTACIÓ:**

En el moment de l'elecció del tema del treball de recerca, i després de molts dubtes i canvis d'idees, em vaig decidir per fer una petita investigació sobre les diverses pràctiques i creences tradicionals de la cultura africana, que comportaven una vulneració dels dret humans i en concret dels drets dels nens.

El meu objectiu inicial era analitzar el motiu cultural i antropològic que justificava la seva realització entre aquestes cultures. Volia extreure unes conclusions de la cultura africana que em permetessin entendre el significat de les pràctiques i creences. Per començar, vaig escollir l'albinisme i la mutilació genital femenina.

Del primer volia estudiar les creences que hi ha a l'Àfrica entorn els albins i el rebuig social que comporten, o bé com aquestes creences sobre els albins adjudiquen a parts del seu cos poders màgics per fer rituals. Però vaig començar per l'altre tema que m'interessava: la mutilació genital femenina. Llavors em vaig adonar que era un treball molt ampli, ja que a part de tenir un camp antropològic que permet entendre el per què es practica, també té un camp legal que calia treballar i l'actuació que ha calgut sobretot a nivell internacional, provocada per l'augment de la immigració.

Per això, finalment vaig decidir centrar-me únicament en la mutilació genital femenina. Els meus objectius eren conèixer la pràctica i entendre de primera mà el sentiment d'aquelles persones originàries de l'Àfrica vers aquesta. Així com també l'actuació que es fa a Vic per prevenir-la i actuar en casos de risc. Els meus límits han estat els de confirmar que a Vic es compleixen els Protocols d'actuació establerts per la Generalitat i entendre la cultura africana en relació amb la pràctica.

M'he documentat sobre la mutilació genital femenina, les seves conseqüències i l'antropologia consultant diferents documents que apareixen referenciats a la bibliografia. Seguidament, per obtenir informació legal, m'he centrat en el marc legislatiu internacional, nacional i autonòmic català. He consultat els textos sobre els protocols mèdics a l'Estat Espanyol i de Catalunya. A més, també he mirat la pel·lícula

*Flor del desierto (Desert flower)*, 2009, el documental *Àgora- Dra. Adriana Kaplán*, i varis curtmétratges. Per estudiar les accions que es duen a terme a Vic entorn la prevenció i actuació de la mutilació genital femenina, he realitzat entrevistes a una infermera de pediatria, i dues treballadores socials, una en l'àmbit hospitalari i l'altra del Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Vic. Per altra banda, per poder entendre la mentalitat africana entorn el tema, he fet entrevistes a dos senegalesos residents a Vic.

M'ha estat complicat trobar informació sobre els orígens de la mutilació genital femenina, així com bibliografia antropològica sobre la pràctica. Per altra banda, molts estudis de gran dimensió estan en anglès. Finalment, també m'ha estat difícil realitzar la part pràctica de manera completa, ja que jugava amb el temps en contra i no he aconseguit moltes mostres per realitzar el circuit complet

Agraïments:

A la meva tutora. Per l'ajuda, suport i confiança en mi fins l'últim moment.

Senegalès resident a Vic.

Senegalesa resident a Vic.

Treballadora social de l'Hospital Universitari de Vic.

Infermera pediàtrica del CAP EAP Vic, el Remei.

Treballadora Social del Departament de Benestar i Família de Vic.

Vic Dones.

A totes aquelles persones que han fet que aquest treball sigui millor.

## INTROUCCIÓ:

M'agradaria fer una petita reflexió entorn el que significa la mutilació genital femenina, per tal de que la lectura del treball no sigui tan dura.

En primer moment cal saber que la mutilació genital femenina comprèn tots els procediments que alteren o lesionen els òrgans genitals femenins, de forma intencional o per motius no mèdics. Les conseqüències d'aquesta pràctica poden ser físiques; produint hemorràgies, problemes urinaris i a llarg termini quists, infeccions, infertilitat, complicacions del part i augment del risc de la mort del nounat, entre d'altres. També pot ocasionar conseqüències psicològiques i sexuals. Actualment, més de 125 milions de dones i nenes han estat víctimes d'aquesta pràctica en 29 països de l'Àfrica i l'Orient Mitjà, on la pràctica és molt prevalent. En la majoria dels casos es realitza dels 0 als 15 anys aproximadament. La mutilació genital femenina és una violació dels drets humans de les dones i les nenes. Per aquests motius, és necessària la seva eradicació.

Penso que és important estudiar la mentalitat africana, fonamentada per unes creences, valors i tradicions pròpies. Així com entendre la seva cultura. El conjunt de tot això són aportacions que ens permetran visionar el treball des d'un àmbit més ampli i no només jutjant a aquells que realitzen la pràctica d'inhumans. La cultura africana està molt centrada en el culte als avantpassats i en tradicions que tenen un origen ancestral, per això és tan important per ells mantenir els costums i les pràctiques tradicionals de cada grup ètnic, com podria ser la mutilació genital femenina. Aquells practicants comparteixen que la mutilació genital fa a la dona més pura.

El títol que poso al treball: *Ferides que no cicatritzen, la mutilació genital femenina*. Pretén fer veure que les conseqüències de la mutilació genital femenina poden ser molt greus i que a més la repercussió que pot tenir aquesta pràctica a la salut sexual i psicològica d'una dona poden perdurar per sempre més. Per això, és important posar fi a una pràctica que ocasiona tant de dolor a nenes i dones. Però cal fer-ho des del respecte a la cultura mil·lenària africana, per tant, cal temps i reeducació.

La imatge que es mostra a la portada, una mare fent un petó a la seva filla. És un intent de defensar aquelles mares africanes quan se les culpa de maltractar a les seves filles. Perquè per elles el sentit de la pràctica va més enllà de les conseqüències que aquesta pugui provocar. La realitzen a les seves filles perquè les estimen i creuen que és el millor per elles, és una manera de fer que pertanyin a la seva societat.



## **BLOC I: LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA A L'ÀFRICA**

### **1 Precisions Terminològiques:**

Hi ha diverses expressions comunes per descriure la mutilació genital femenina (MGF). Una de les més conegudes és la d'ablació femenina. Es coneix aquesta pràctica, doncs, amb noms com, "mutilació genital femenina", "ablació genital femenina", "circumcisió femenina", "excisió". En francès és coneguda com a "mutilation sexuelle" (mutilació sexual) i en anglès com a "female genital cutting" (tall genital femení) o també com a "female genital mutilation" (mutilació genital femenina).

El 1990, es celebrà la III conferència del Comitè Inter-africà sobre les Pràctiques Tradicionals que Afecten a la Salut de les Dones i Nens (IAC)<sup>1</sup>. Es va decidir que el nom de mutilació genital femenina era el més adient per descriure la pràctica. S'argumenta que les paraules "circumcisió femenina" i "excisió" no són del tot adequades ja que poden no acabar de ser explícites i no descriure la pràctica en els diversos graus en la que pot ser donada; malgrat que aquestes paraules siguin molt utilitzades a l'Àfrica. A més, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), recomana a l'Organització de les Nacions Unides (ONU), que adopti com a terme correcte el que prèviament ha estipulat la IAC per a fer referència a la pràctica tradicional en l'àmbit internacional.

En primer lloc, circumcidar significa tallar circularment una porció del clítoris o del prepuci a algú. Segonament, l'excisió és la divisió del clítoris. Cal tenir en compte que, com més endavant s'esmentarà, hi ha diversos tipus de mutilació genital femenina. D'aquesta manera, tant circumcisió com excisió no són termes prou amplis com per a fer referència a tots els tipus d'aquesta. Seria correcte, però, parlar d'ablació, ja que és l'extirpació o separació d'un teixit; definició que s'ajusta completament a la de mutilació genital.

Així doncs, la mutilació genital femenina englobaria aquesta pràctica en tots els seus graus i variables. En tot moment, però, cal tenir en compte que per aquells grups que és duta a terme és únicament una creença o ritual important i necessari, és a dir, ben

---

<sup>1</sup>És una organització africana que col·labora amb l'Organització de les Nacions Unides (ONU) i que treballa amb el suport d'altres organitzacions no governamentals. Va ser creada el 6 de febrer de 1984 i porta trenta anys lluitant per eliminar les pràctiques tradicionals que comporten una violació dels drets humans de la dona i els nens a l'Àfrica.

vist i valorat. Per tant, la paraula mutilar, que a nosaltres ens sembla totalment correcte, seria exagerada, agressiva i falsa segons la concepció que ells tenen d'aquesta pràctica. Així doncs, seria igualment vàlid i menys agressiu fer referència a la paraula ablació, que sembla ser la més utilitzada en els idiomes locals de l'Àfrica.

Al llarg del treball tant faré referència al terme de mutilació genital femenina com al d'ablació i utilitzaré les abreviatures MGF (Mutilació Genital Femenina), AGF (Ablació Genital Femenina) o bé A/MGF (per englobar-les a totes dues); per tal de fer-ne més simple i menys redundant la comprensió.

## **2 Orígens:**

No hi ha dades segures sobre quan i a on va aparèixer l'ablació o MGF. Cal tenir en compte, però, que en els països en que es duu a terme és practicada per diversos grups religiosos. Aquests són musulmans, cristians, animistes, així com també ateus. Malgrat tot cal destacar que la pràctica de la MGF no es pot associar a un concepte religiós.

Hi ha diferents teories o hipòtesis sobre el seu origen. Tot seguit, em dispenso a fer-ne un breu resum de les més acceptades, ordenant-les cronològicament.

Una resposta a l'origen de l'ablació és aquella que argumenta que la pràctica és anterior a l'aparició de les religions monoteistes, és a dir, entre el 5000 i el 6000 aC.

Algunes dades, però, indiquen que es va originar a l'Antic Egipte fa uns 4.000 anys, ja que algunes de les mòmies que s'han trobat sembla que se'ls havia practicat la MGF. Aquesta pràctica també s'anomenava "circumcisió faraònica" i podria estar relacionada amb l'Egipte faraònic.

També podem relacionar aquesta pràctica amb els pobles camitosemítics<sup>2</sup> i es parlava de la seva pràctica en les llengües afroasiàtiques<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Diversos i nombrosos pobles i cultures que des de l'antiguitat es troben al Pròxim i Mig Orient i al nord de la Península Aràbiga i que desenvolupen importants civilitzacions.

<sup>3</sup> Macro família de llengües (inclou diverses famílies de llengües) que consta de 240 llengües parlades per unes 400 milions de persones que es troben pel nord d'Àfrica, Àfrica Oriental, el Sahel i Orient Mig.

Sembla que les lides<sup>4</sup> de Grècia, duïen a terme a terme aquesta pràctica ritual a les adolescents als temples. Es realitzava durant la menstruació o abans de l'embaràs. Així que també podria haver arribat a Egipte per influències gregues o a la inversa.

Cal destacar a un historiador i antropòleg important en el procés d'investigació sobre els orígens de la MGF, Carlos Castañeda<sup>5</sup> qui situa l'origen de la MGF al segle V dC. Segons els seus estudis, es tractaria d'un ritual de pas a la vida adulta, practicat entre egipcis, fenicis, hitites i etiòps. El ritual podria haver estat iniciat pels egipcis i va avançar fins a Sudan i el Sud d'Àfrica. Les primeres referències escrites sobre paper trobades entorn la pràctica són del segle II dC, en les que es parla d'una nena que havia assolit l'edat per ser iniciada. A partir d'aquí, alguns investigadors relacionen la major prevalença de grups culturals i ètnics que realitzen l'ablació de clítoris amb el contacte que aquests tenien amb Egipte.

A més, també es troben documents de l'era romana del segle III dC, que parlen d'una festivitat per honorar a les noies que feien el pas a l'edat adulta; sembla que aquesta festivitat podria tenir alguna relació amb la MGF.

Per altra banda, altres teories creuen que la pràctica s'inicia a l'Àfrica Sub-Sahariana abans de l'arribada de l'islam, especialment entre les tribus guerreres.

Altres centren el seu origen en el moment en el que es comencen a comercialitzar esclaus, quan les dones negres tenen contacte amb les antigues societats àrabs.

Altres antropòlegs relacionen la pràctica amb els Dogons de Mali<sup>6</sup>, un dels seus mites explica el significat i la importància de la pràctica. Segons el mite, Amma (déu del cel), volia establir relacions sexuals amb la Terra, que representava la figura femenina. Els òrgans sexuals de la Terra eren com un niu d'insectes i el seu clítoris s'alçava per

---

<sup>4</sup> Va ser un regne hel·lenitzat de l'Oest de l'Àsia Menor. Es parlava el lidi que es va perdre al segle I aC.

<sup>5</sup> José Carlos Castañeda Reyes és un historiador i arqueòleg mexicà, que a més, té el doctorat d'estudis africans amb especialitat de l'Orient Mig. S'ha centrat fonamentalment en la història de l'Antic Egipte, del qual n'ha extret informacions importants per a una aproximació dels orígens de la MGF.

<sup>6</sup> Grup ètnic que viu en la regió central de Mali. Tenen una població d'entre 400.000 i 800.000 persones. Realitzen l'ablació femenina com a creença, amb l'objectiu de deslliurar a la dona d'allò masculí que no li pertany.

l'acumulació d'aquests tot formant una muntanya i impossibilitant-ne les relacions sexuals. El problema requeria en que la Terra i Amma eren del mateix sexe, fet que provocava una discòrdia en l'Univers. Però Amma va destruir la muntanya d'insectes i així va poder mantenir relacions amb la Terra. A partir d'aquest moment l'univers va restar en harmonia. Així doncs, aquest mite fa que avui dia alguns grups culturals creguin necessària la mutilació del clítoris, ja que sinó podria créixer i convertir-se en un penis.

Podríem parlar d'altres argumentacions que intenten donar resposta a l'origen de l'ablació sense una base totalment certa, és a dir, mitjançant suposicions. Tot i això, no es pot afirmar de manera absoluta quin n'és l'origen on s'inicia aquesta pràctica, però la teoria més acceptada és aquella que creu que podria provenir de l'Antic Egipte i que es va anar expandint per influència de la civilització egípcia. Això ens permetria explicar que la pràctica sigui realitzada entre els cristians coptes<sup>7</sup> d'Egipte i Sudan, els jueus falaixa<sup>8</sup> d'Etiòpia i les tribus de culte animista<sup>9</sup>.

La MGF també va formar part de la medicina europea durant els segles XVIII i XIX. Es recorda sobretot el nom del doctor Isaac Baker Brown (1812-1873), cirurgià que tractava les disciplines mèdiques de la ginecologia i l'obstetrícia. Baker realitzava clitoridectomies per tractar problemes psiquiàtrics com la histèria i l'epilèpsia. Finalment va ser acusat de realitzar la pràctica sense previ consentiment de la pacient.

### **3 Prevalença i localització:**

Es calcula que entre 100 i 140 milions de nenes i dones al món han estat víctimes de la MGF i que més de 30 milions de nenes es troben en risc de ser mutilades durant la pròxima dècada. Aproximadament cada any 3'3 milions de nenes al món es troben en perill de la realització de la pràctica. Pel que fa a l'Àfrica, tenint en compte que és el

---

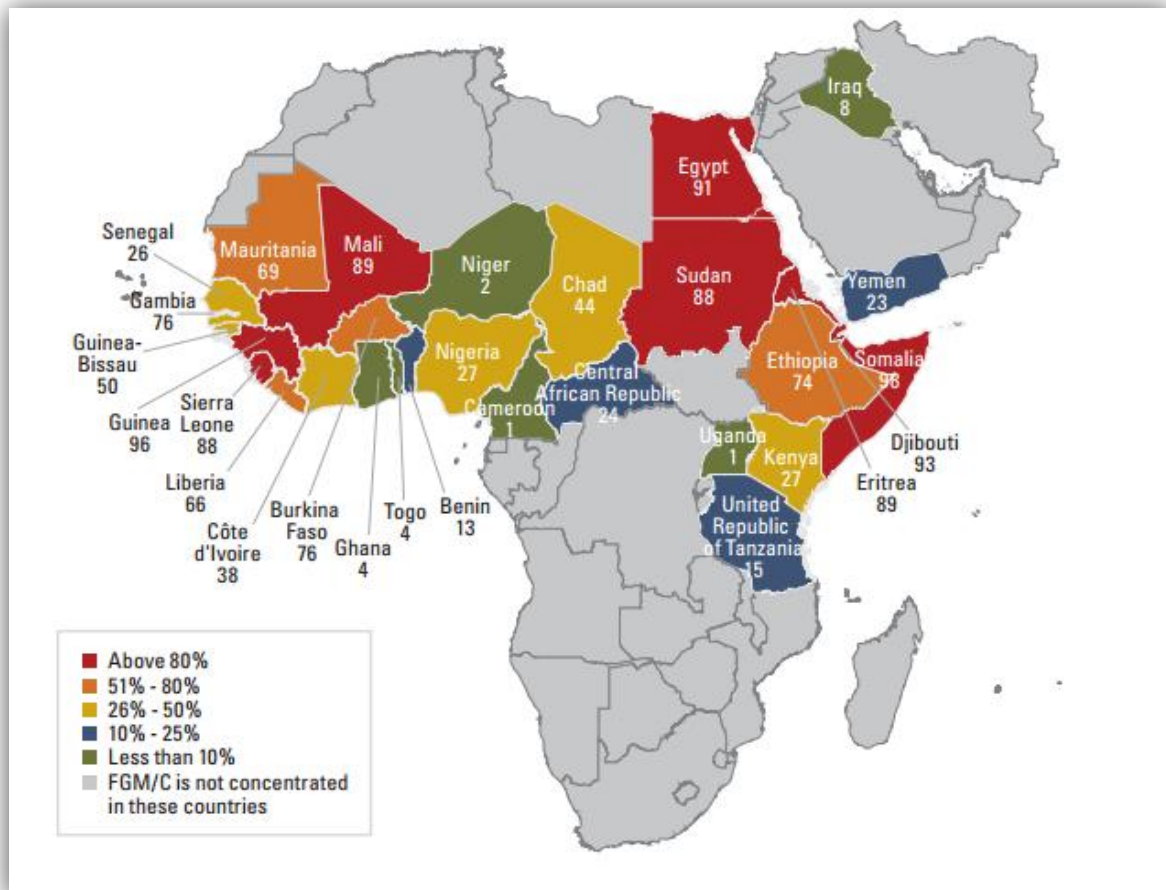
<sup>7</sup> Grup cristià natiu d'Egipte, que conformen un important grup ètnic i religiós. Tradicionalment parlaven la llengua copta, descendent de l'egipci Demòtic i parlat en època romana, però ara la seva llengua principal és l'àrab. Els coptes d'Egipte són la major comunitat cristiana a l'Orient Mitjà i representen aproximadament el 10% de la població egípcia.

<sup>8</sup> També anomenats Beta Israel. Són un grup ètnic etiòpic que es distingeix sobretot per practicar certes creences i tradicions del judaisme. Prop del 80% viuen actualment a Israel.

<sup>9</sup> Grups africans de culte tradicional que creuen que tant objectes com elements del món natural estan dotats d'ànima, i són venerats i temuts com a déus.

continent on més es practica la MGF, més de 125 milions de dones i nenes han patit la pràctica entre l'Àfrica i l'Orient Mitjà, Segons les dades de la OMS (Organització Mundial de la Salut). Al mapa següent es descriu de manera detallada la situació dels països africans amb major incidència de MGF.

**Mapa de l'Àfrica amb el percentatge de nenes i dones entre 15 i 49 anys que han patit MGF per país**



Font: *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*. (UNICEF): DHS (Demographic and Health Surveys), MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) and SHHS (Sudan Household Health Survey), 1997-2012.

Observem un mapa africà que mostra amb diverses tonalitats la prevalença de MGF que hi ha en els diferents països de l'Àfrica. Veiem que la MGF és duta a terme en 29 països de l'Àfrica i l'Orient Mig.

Els països representats de color vermell indiquen una prevalença gairebé universal de MGF, de més del 80%, aquests en són 8, Somàlia (98%), Guinea (96%), Djibouti (93%),

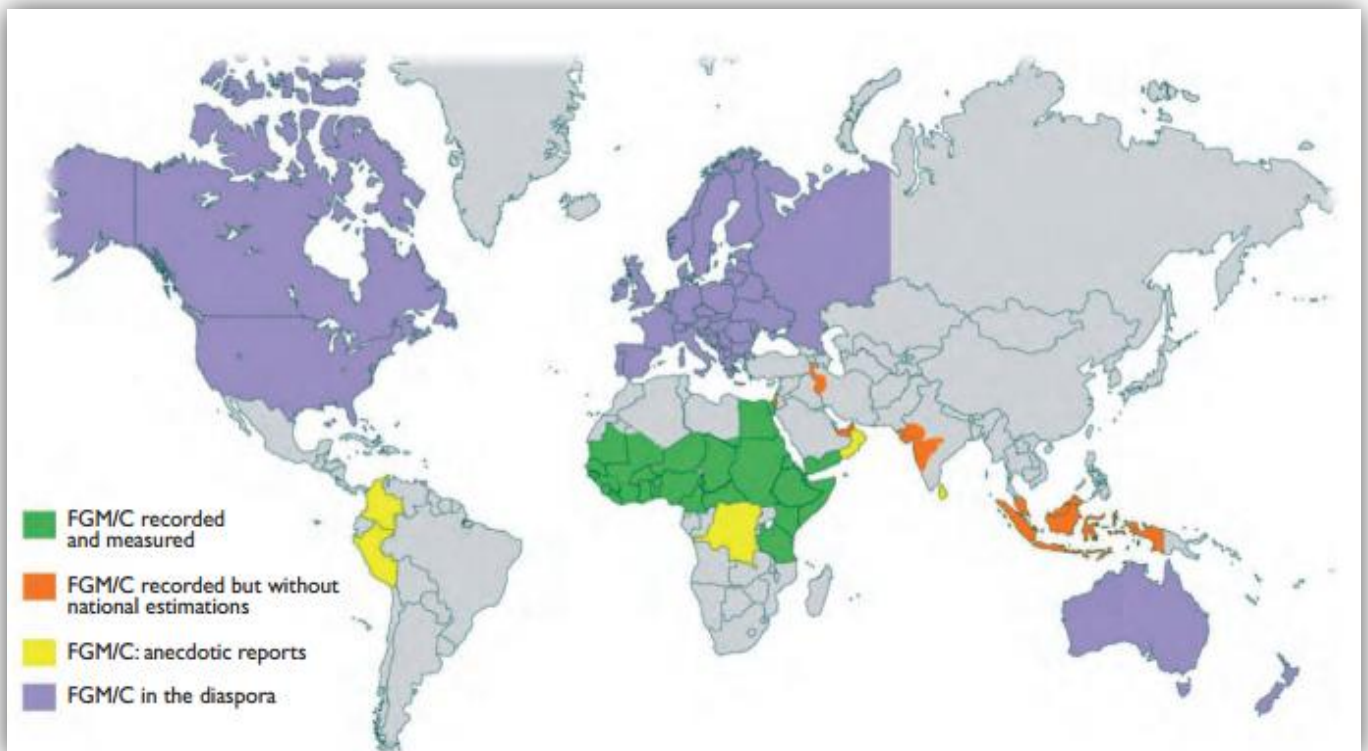
Egipte (91%), Eritrea (89%), Mali (89%), Sierra Leone (88%) i Sudan (88%). Els països de color taronja, tenen una prevalença alta de MGF, entre el 51-80%, en són 5, Gàmbia (76%), Burkina Faso (76%), Etiòpia (74%), Mauritània (69%) i Libèria (66%). Els països amb una prevalença moderada de MGF són els de color groc i es troben entre 26-50%, en són 6, Guinea-Bissau (50%), Chat (44%), Costa d'Ivori (38%), Kenia (27%), Nigèria (27%) i Senegal (26%). Aquells països amb una prevalença baixa, del 10-25%, es troben representats de color blau, són 4 països, República Centreafricana (24%), Iemen (23%), Unió Republicana de Tanzània (15%) i Benin (13%). El grup amb prevalença de menys del 10% de MGF és el de color verd, entre el que es troben 6 països, Iraq (8%), Ghana (4%), Togo (4%), Níger (2%), Camerun (1%) i Uganda (1%). En la resta de països africans de color gris no s'hi troben casos de MGF.

Finalment, cal indicar que la prevalença varia de manera notòria d'un país a l'altre i això és degut sobretot a les ètnies, que són el factor decisiu a l'hora de realitzar o no la MGF en aquella comunitat. Així doncs, no totes les persones d'un país amb prevalença de MGF la practiquen, sinó que serà depenent de les ètnies, ja que cada ètnia té la seva cultura i creences que la identifica.

A més, la MGF també es practica a l'Àsia, a les regions d'Indonèsia i Malàisia. Degut als emigrants d'origen sobretot africà que realitzen aquesta tradició. Avui dia trobem també la pràctica a alguns països d'Europa, Australia, Canadà i Estats Units.

A continuació, el mapa ens permet visualitzar els casos de MGF arreu del món.

## Mapa de casos de mutilació genital femenina al món



Font: “Manual for the Management and Prevention of Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals in Gambia” Kaplan, A; Hechevarría, S; Puppo, N. UAB Bellaterra, Spain (2a. Edició, 2015). Recopilat del Grup Interdisciplinari per la Prevenció i l’Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (IGPS-HTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Al mapa podem observar els casos de MGF arreu del món. Com s’ha esmentat, la MGF és molt realitzada a l’Àfrica sobretot, però també es duu a terme a l’Orient Mig i en algunes regions de l’Àsia. Com que els moviments migratoris són tan freqüents avui en dia, trobem també casos de MGF en immigrants a Europa, Austràlia, Canadà i Estats Units.

Pel que fa a la interpretació del mapa veiem un mapa mundial que assenyala en diversos colors els casos de MGF que hi ha a cada país. El color verd es troba a la zona de l’Àfrica Sub-Sahariana i a Iemen, aquest color ens indica que en aquests països s’hi han documentat i mesurat casos de MGF.

Als Emirats Àrabs, Iran, una zona de la Índia, Indonèsia i Malàisia trobem el color taronja, que indica que s'hi han enregistrat casos però sense estimacions nacionals.

El color groc es troba a Colòmbia, Perú, la República Democràtica del Congo, Oman i Sri Lanka, aquest indica que en aquests països hi ha casos de MGF però no són informacions 100% fiables i estudiades.

Finalment, els Estats Units, Canadà, Europa i Austràlia es troben amb color lila, que indica que hi ha casos de MGF procedents d'immigrants que la practiquen de manera habitual al seu país d'origen.

Resumidament, al mapa se'ns mostra com la majoria de casos estudiats es troben a l'Àfrica Sub-Sahariana, ja que l'Àfrica és el país amb més prevalença. També es troben casos estudiats en alguns països musulmans, ja que la MGF es relaciona amb l'islam, malgrat a la realitat no hi tingui res a veure. Altres casos de MGF no fiables ni del tot comprovats es podrien trobar a l'Amèrica del Sud, a la República Democràtica del Congo i a la illa de Sri Lanka, en aquests casos podríem parlar de minories tribals o indígenes que la practiquen de manera tradicional, malgrat siguin únicament suposicions. Finalment trobem els casos en els quals la MGF hi és present fruit dels immigrants que la practiquen en els seus països d'origen.

#### **4 Definició i tipus de MGF:**

La mutilació genital femenina (MGF) o ablació és una pràctica tradicional que té una cabdal importància social i cultural per aquells pobles que la duen a terme. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la MGF és definida com una pràctica que consisteix en l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins, o la seva alteració, per motius que no són de caire mèdic. Està considerada una pràctica perjudicial.

L'any 1995 la OMS va definir quatre tipus de MGF, que són diferenciats segons el tipus o grau d'extirpació o alteració que es fa als genitals femenins. Aquests són:



- Tipus I: és la circumcisió o clitoridectomia (del grec Τομή <incisió>). En aquesta pràctica s'elimina el prepuci<sup>10</sup> del clítoris<sup>11</sup>. És la coneguda *sunna* de la cultura islàmica i seria l'equivalent a la circumcisió masculina. També pot comportar la supressió de tot o part del clítoris.
- Tipus II: coneguda com a escissió (del grec Δικαστήριο <tall>). Implica l'extirpació del clítoris i pot incloure a més, l'extirpació també total o parcial dels llavis menors i majors.
- Tipus III: infibulació (deriva del llatí *fibula*, que significa "pinça"). També pot ser anomenada circumcisió faraònica. Consisteix en la sutura dels llavis menors i a vegades també els majors per tal d'estretir o fins i tot tancar l'obertura vaginal. A més, també es pot realitzar el tall del clítoris. En aquest procés es deixaran dos petits orificis per a la sortida de l'orina i la sang menstrual.
- Tipus IV: s'hi inclouen la resta de pràctiques que perjudiquen els genitals femenins com la perforació, incisió, raspat, cauterització (procediment que consisteix en cremar el clítoris o la zona genital) o introducció de substàncies corrosives a la zona vaginal.

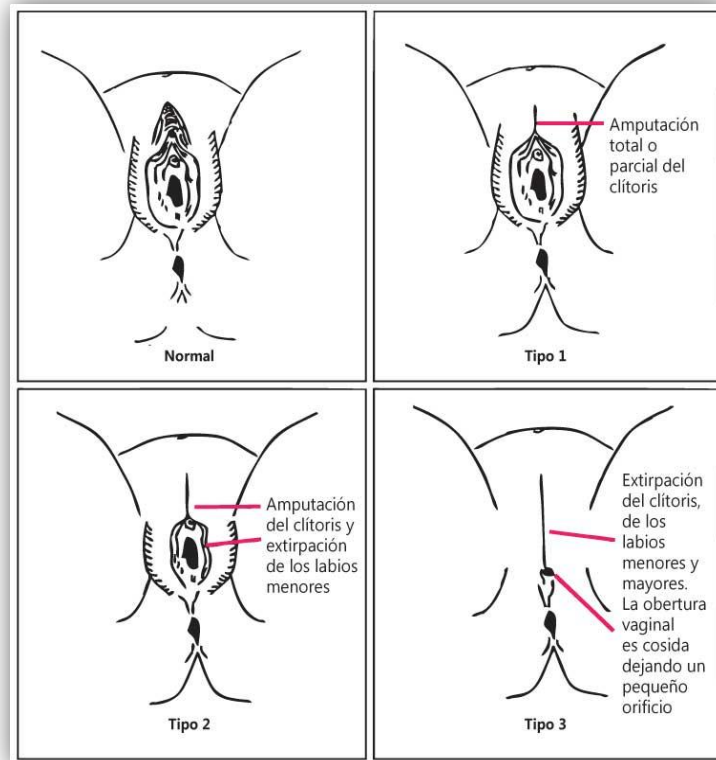
---

<sup>10</sup> Plec de pell que rodeja i protegeix el clítoris.

<sup>11</sup> Òrgan petit, sensible i erèctil dels genitals femenins.

La següent imatge fa referència als diversos tipus de pràctiques que poden ser realitzades.

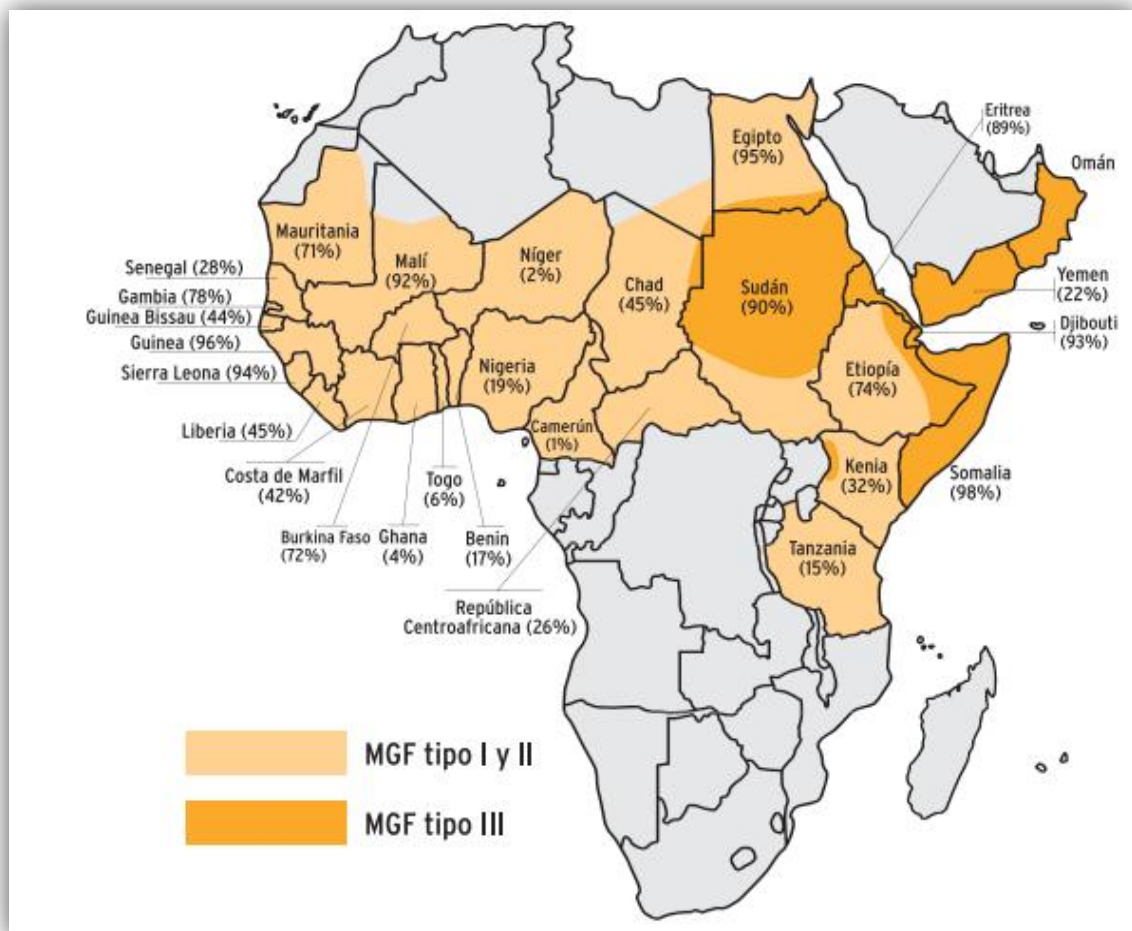
### Esquema dels tipus de MGF



Font: <http://revistaideele.com/>

En el mapa que hi ha a continuació s'hi observa els diversos tipus de MGF i la prevalença d'aquesta en els diferents països africans en els que la MGF és donada.

### Mapa de l'Àfrica que mostra la tipologia i la prevalença de MGF en els diversos països africans



Font: "Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales" Kaplan, A; Moreno, J; Pérez Jarauta, M. J. (2010). Grup Interdisciplinari per la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra. Recopilació a partir del "Demographic & Health Survey" 2008.

Observem els diversos països africans amb una prevalença major o menor. Però gràcies a les dues tonalitats de taronja podem veure en quines zones es duu a terme cada tipus de MGF. Fent-ne una ràpida ullada detectem que les MGF de tipus I (clitoridectomia) i tipus II (escissió) estan representades de color taronja clar i són el tipus de pràctiques més comunes.

Per altra banda, la MGF de tipus III (infibulació) està representada de color taronja fosc i és la menys freqüent; concretament, només la trobem a bona part de Sudan, una petita franja d'Egipte i del Chat, Eritrea, Djibouti, Somàlia, una zona d'Etiòpia, una petita part de Kenia, Iemen i Oman. A la resta de països africans que practiquen la MGF hi predominen els tipus I i II.

## **5 Context cultural de l'Àfrica:**

És necessària la contextualització cultural de l'Àfrica, és a dir, entendre els trets més rellevants de la seva cultura, per tal de poder comprendre millor el significat de la MGF i les raons per les quals es duu a terme per aquelles ètnies o comunitats que la practiquen.

Abans de la colonització, a l'Àfrica hi havia molts grups ètnics que tenien la seva pròpia autonomia i sobirania, és a dir, les seves pròpies formes i normes de govern. Així com també tot un sentiment cultural comú. Amb la colonització es formen estats-nacions sobirans, amb l'objectiu de tenir unitat i homogeneïtat nacional, malgrat això, les fronteres no corresponen a les realitats ètniques del propi país, com avui encara passa. És per aquest motiu pel qual a l'Àfrica es dóna tanta importància a mantenir els costums i les pràctiques tradicionals pròpies del grup ètnic al qual es pertany, per tal de preservar la pròpia identitat cultural. Aquestes, fins i tot, poden tenir valor de llei.

La realització de les pràctiques tradicionals també pot estar relacionada amb les relacions interpersonals dins la comunitat. Cal tenir en compte que les comunitats ètniques africanes són holístiques, és a dir, la comunitat està per damunt de l'individu. L'individu no pot existir per si sol, sinó en el sí de la comunitat, ja que depèn d'aquesta. Aquest col·lectivisme porta a dues conseqüències bàsiques. En primer lloc té una concepció diferent dels drets humans, ja que instaura uns valors col·lectius pels quals els drets de l'individu es troben subjectes als de la comunitat i han d'avenir-se a unes obligacions pel bé d'aquesta. Per altra banda, l'incompliment de les normes imposades per la comunitat representa una ofensa contra aquesta. Això fins i tot pot provocar l'exclusió social d'aquella persona que no es comporti com la societat espera.

També cal destacar que les societats africanes són gerontocràtiques i patriarcals, és a dir, el poder l'ostenten els més vells de la comunitat. Però l'autoritat de la família i de la comunitat serà sempre masculina. El fet de que siguin gerontocràtiques comporta a un arrelament més fort envers les pràctiques tradicionals i pel manteniment de la identitat que exalten els ancians. Però si a més són societats patriarcals, les dones no decidiran les normes sinó que únicament procediran al seu compliment per tal de demostrar fidelitat al grup i alhora al marit.

Cal precisar que ni en tots els països africans es practica la MGF, ni tots els grups ètnics d'un mateix país la duen a terme. Tanmateix, diversos estudis fets a Gàmbia detecten que poblacions que tradicionalment no practicaven la MGF, en entrar en contacte amb altres grups, que sí que la duen a terme, i establir-se territorialment als seus pobles, han començat a realitzar-la com a procés d'adaptació. De totes maneres, la prevalença d'un país variarà en funció de les ètnies.

Per més informació veure'n a **l'annex A** un exemple extret d'un estudi exhaustiu d'UNICEF, en el que es mostra el percentatge de nenes i dones de 15 a 49 anys que han patit MGF a Benín, per regions i ètnies a cada regió.

## **6 MGF com a ritual de pas:**

Per aquelles comunitats que el practiquen, el ritual és una celebració molt important per la qual es transmeten valors morals, socials i de la pròpia cultura.

És en aquest context en el que cal emmarcar la MGF. Aquesta pràctica és duta a terme com a ritual i està justificada per una sèrie de creences, que més endavant seran explicades. S'ha d'entendre la MGF com a un ritual d'iniciació de l'edat infantil a l'edat adulta. Pel qual s'adquireix un estatus, identitat ètnica i de gènere i una pertinença al grup. Cal entendre el ritual d'iniciació com al pas a la pubertat social i no el pas a la pubertat física, perquè no coincideix amb la pubertat fisiològica de la nena, ja que l'edat en la que es sol realitzar la pràctica pot anar des dels set dies del naixement a la prepubertat, que sol ser abans de la primera menstruació.

Aquests rituals són complexos i cada fase que els compon està identificada culturalment per uns elements, uns personatges i uns continguts rituals específics. El

*kaseo*<sup>12</sup> és la iniciació masculina i el *ñyaka* és la iniciació femenina. Tots dos són vistos com el pas de la infància a la pubertat. Tots dos, a més, segueixen les mateixes fases. Podem identificar que la fase física i que dóna sentit al ritual és l'ablació en les nenes i la circumcisió en els nens. Aquesta és la "marca" que demostra cohesió social i pertinença al grup.

De totes maneres, no podem parlar de que la MGF i la circumcisió masculina siguin pràctiques equiparables en tots els seus graus, malgrat totes dues formin part d'un ritual de pas. A partir d'aquí, però, hi ha diversos elements que cal destacar per veure que no sempre tenen la mateixa finalitat ni tampoc les mateixes conseqüències. En primer lloc, la circumcisió masculina consisteix en seccionar (tallar) el prepuci, és a dir, la capa externa de l'òrgan genital masculí. Cosa que no inclou tots els tipus de MGF que hi pot haver, sinó únicament el primer, que consisteix en l'extirpació del prepuci del clitoris. Segonament, és important destacar que hi ha altres motius pels quals es realitza la circumcisió. Si bé és cert que pot formar part d'un ritual d'iniciació, també es practica per motius religiosos i mèdics. Religiosament, els jueus la duen a terme al noutat el vuitè dia després del seu naixement, basant-se en l'Antic Testament i com a símbol d'aliança amb Déu. Els musulmans també la practiquen, però abans de la pubertat del nen; malgrat que no estigui designat a l'Alcorà<sup>13</sup>. Per altra banda, es practica la circumcisió des d'un punt de vista mèdic per solucionar problemes o malalties com la fimosi o diversos tipus d'infeccions. Finalment, també cal fer una distinció pel que fa a les conseqüències. Mentre la circumcisió masculina no té conseqüències a llarg termini, la MGF comporta efectes perjudicials per la salut física de les dones tan a llarg com a curt termini. Així com també conseqüències psíquiques i sexuals negatives.

---

<sup>12</sup>Tant *kaseo* com *ñyaka* són termes utilitzats en llengua mandinga, majoritària a Gàmbia i molt extesa per Guinea Bissau, Mali (bambara), Sierra Leone (mandé) i a la regió de la Casamance, al sud del Senegal.

<sup>13</sup> Primera font que correspon a la primera paraula revelada directament per Al·là.

## 6.1 El ritual:

Com hem dit anteriorment, el ritual consta de tres fases. La separació, la marginació i l'agregació.

### Separació:

És la primera fase, aquella fase física, durant la qual a les nenes de la comunitat se'ls hi practica la MGF. Aquesta fase representa el trencament amb l'etapa anterior, la infància. Està marcada per la mutilació, la sang i el dolor.

L'ablació és duta a terme per una dona especialista. És un personatge ritual. Coneguda amb el nom de *Ngnangsimbah*, que significa "pare o mare" dels iniciats, depenent de si inicia a un noi o a una noia. És una de les persones més respectades i temudes del poble a qui s'atribueix poders sobrenaturals. Exerceix com a guia espiritual. Pertany a l'estament social dels ferrers. A les zones rurals sol ser normalment la llevadora tradicional.

Així doncs, en aquesta primera fase hi són presents la *Ngnangsimbah*, la nena a la que se li realitzarà la mutilació i les àvies de la nena. Com que les societats africanes són gerontocràtiques és important que l'àvia estigui present en el ritual, ja que el legitima. A més, l'àvia es sentirà orgullosa d'intervenir en el procés d'iniciació de la seva néta.

Per l'extirpació dels diversos teixits genitals s'utilitzen normalment ganivets, navalles o fins i tot vidres i pedres. De totes maneres, l'instrument que es farà servir serà reutilitzat i sense una desinfecció o esterilització prèvies. Si és necessària una sutura com en el cas de la mutilació genital de tipus III o infibulació, aquesta serà realitzada amb fils de pesca o fibres vegetals, entre d'altres. Tots aquests procediments es realitzaran sense anestèsia. Un cop realitzada l'ablació, s'hi tiren substàncies per accelerar-ne la cicatrització; com per exemple, alcohol, suc de llimona, cendres o herbes medicinals.

La pràctica es realitza de manera individual a cada nena, però aquell dia no només serà iniciada ella, sinó depenent del nombre de nenes que tinguin edat de ser iniciades. Així doncs, les celebracions rituals seran conjuntes.

Tot i que l'edat en que es realitza l'ablació pot variar depenent del grup ètnic o el context del país, sabem que la pràctica és porta a terme de la infància a l'adolescència o fins i tot abans del matrimoni o del primer embaràs. L'edat normal en la que es realitza és entre els 4 i els 12 anys. De totes maneres, cada vegada s'avança més l'edat. Pel que fa a les zones urbanes, l'edat descendeix. Bàsicament perquè les nenes van a l'escola i és més fàcil d'identificar-ne els casos i denunciar-ho. En altres zones més rurals, també està descendant l'edat perquè arriben informacions que adverteixen de les conseqüències i per tant del perill que pot patir la nena si és massa gran. Argumentacions falses, ja que les conseqüències són les mateixes independentment de l'edat que tingui la nena. De manera general, però, podríem identificar un descens en l'edat de realització de la pràctica perquè en molts països africans s'han anat promulgant lleis que ho prohibeixen. Per això, com més petita és la nena, més fàcil serà amagar-ho a les autoritats.

A l'hora de decidir i dur a terme la pràctica, les dones de la família en seran les organitzadores.

#### Marginació:

La segona fase del ritual és la de transmissió cultural. En aquesta hi intervenen les mares, les àvies, dones del poble i altres nenes que ja han estat mutilades i que gràcies a la seva experiència poden ajudar a les actuals. Té una durada que depèn del temps de cicatriçació de la ferida, normalment entre dues i vuit setmanes. És un període dedicat a la cura especial de la ferida i la recuperació de la nena. En aquesta fase s'ensenya a les nenes allò que tota dona ha de saber. Els sabers que formen part de la cultura i que distingeixen la dona de l'home.

#### Agregació:

Coneguda com a la fase social, en la que es fa una gran festa on es presenten públicament les iniciades com a nous membres amb nous rols i noves categories. Són públicament reconegudes, legitimades i acceptades per la comunitat. En aquest moment entren a formar part de la societat secreta de les dones.



Durant la iniciació, els nens i les nenes han de passar proves específiques i ensenyaments morals i socials. Es transmeten normes de comportament respecte als pares, als grans, als ancians i a les formes de relació entre els gèneres. Així com també els seus drets i obligacions dins la societat i les relacions amb altres grups ètnics. També s'aprèn una part important del llenguatge no verbal que només serà interpretat per aquells que hagin estat iniciats i pertanyin al grup secret, com els gests, els *lenjengo* (dances tradicionals) i el *kijo* (percussió).

El ritual, per tant, confereix un sentiment de pertinença al grup al qual estaran lligats tota la vida, així com també proporciona uns aprenentatges que els identificaran i els diferenciaran dels altres grups. A més d'aportar identitat ètnica i de gènere.

## **7 Raons que justifiquen la MGF:**

Hem d'entendre que la MGF, a les societats en les que es practica, està sostinguda per un conjunt de creences, valors i actituds tradicionals fortament arrelades a la cultura d'aquella comunitat.

Interpretem una creença com a aquell principi o idea acceptada com a verdadera, encara que no es pugui demostrar.

Un valor és un principi moral o una creença acceptada per una societat o persona. Molts valors són heretats de la família, però també són influenciats per la religió, cultura, amics, educació i experiències personals.

Una actitud és una opinió o punt de vista.

Entenent que les raons que sostenen la pràctica són creences, valors o actituds de la comunitat o persona que ho defensa, podem definir-ne diverses raons que en justifiquen la permanència.

### **7.1 Raons psico-sexuals i reproductives:**

Un dels motius principals és el de controlar la sexualitat de la dona. La MGF disminueix el desig sexual de la dona de manera que en garanteix la virginitat fins al matrimoni i la posterior fidelitat a l'home amb el qual es casi. En moltes societats tradicionals africanes, l'honor de la família depèn de la virginitat de la seva filla, ja que és un requisit essencial pel matrimoni. Cal tenir en compte, que el matrimoni és allò que assegura la seguretat de la dona i per tant únicament una dona sense òrgans genitals serà considerada apte per a casar-se. En altres comunitats, com per exemple Uganda o Kenia, a on es practica la poligàmia, es pretén limitar les demandes sexuals de la dona cap al seu marit per tal de que aquest pugui satisfer a totes les seves esposes.

També es creu que la MGF contribueix en augmentar el plaer sexual de l'home. En algunes cultures, fins i tot, es creu que el clítoris podria provocar la mort d'aquest.

A més, també es concep que l'ablació facilita el part, ja que es diu que el clítoris pot provocar la mort del nounat si aquest el toca durant el naixement. Així com també es creu que una dona mutilada és molt més fèrtil. Aquestes dues creences són completament errònies, es justifica a l'apartat de conseqüències explicat més avall.

### **7.2 Raons d'higiene i d'estètica:**

Es creu que els genitals femenins no són estètics, sinó bruts. Una dona amb l'ablació realitzada serà considerada intel·ligent i pura. Per tant, es pot entendre la MGF com a símbol de purificació. De fet, el pitjor insult que pot rebre una dona africana és "*suliman*", que significa dona bruta, que no pot tocar els aliments, no pot acostar-se a una cosa pura. Tenint en compte que en les societats africanes la dona és la principal productora d'aliments ja que duu a terme totes les tasques domèstiques, no pot trencar aquesta cadena.

### 7.3 Raons religioses i mitològiques:

Es concep la MGF com a símbol religiós vinculat amb l'islam. De fet, en algunes societats musulmanes de l'Àfrica on es realitza la pràctica, ho fan perquè diuen seguir l'Alcorà i la Sunna<sup>14</sup>. Però cal destacar que aquesta pràctica no està esmentada en cap text sagrat.

En primer lloc perquè el seu origen es podria situar abans de l'aparició de les religions monoteistes, per tant, des d'un punt de vista històric i cronològic no es pot associar ni al cristianisme ni a l'islam, malgrat la pràctica sigui duta a terme per musulmans, cristians coptes i jueus falaixes.

Pel que fa al cristianisme, la MGF no es troba esmentada en cap dels textos bíblics. Si bé moltes comunitats identifiquen la pràctica de l'ablació amb l'islam, no totes les comunitats musulmanes tant a l'Àfrica com arreu del món la practiquen. I trobem altres comunitats com els cristians coptes i els jueus falaixes que també la practiquen a l'Àfrica. Per altra banda, ni a l'Alcorà ni a cap dels textos de dret islàmic s'esmenta l'obligació de realitzar l'ablació, a excepció dels Ahadith<sup>15</sup>, en els quals es recomana la circumcisió masculina i femenina. De totes maneres, no és una font molt fiable ja que no se'n coneix exactament la cadena de narradors. I malgrat la citació que fan a la MGF, és únicament una recomanació i en cap moment una obligació, a diferència de la circumcisió masculina, que és obligada a tots els musulmans i jueus. A més, alguns estudiosos actuals sobre el tema afirmen que la MGF va en contra d'alguns preceptes de l'Alcorà. Per rebatre la teoria es creu que l'elevat nombre d'analfabetisme que hi ha a les societats africanes fa que no s'interpretin bé els textos religiosos.

Pel que fa als líders religiosos locals, alguns ho consideren com a acte religiós i sostenen que la seva eradicació és una amenaça a la cultura i religió. Mentre que per d'altres és vist com a una vulneració dels drets humans amb la que cal acabar.

Pel que fa als mites com a una raó més per la qual es practica la MGF trobem que els bambara de Mali creuen que al clítoris hi resideix un mal esperit.

---

<sup>14</sup> Costum, habitual de Mahoma, que té valor de norma per als creients.

<sup>15</sup> Recopilacions de les dites del profeta Muhammad.

Tal com s'explica a l'apartat d'orígens els Dogons de Mali també tenen un mite que justifica la realització de la MGF. En molts pobles africans es conceben els òrgans genitals femenins com quelcom masculí de la dona, que no li pertany i que ha de ser eliminat per tal de que aquesta estigui en concordança amb el seu sexe.

#### **7.4 Raons socioculturals:**

La MGF també representa un component important tant en la identitat cultural com sexual de les nenes. Pot ser entesa com a ritual de pas, pel qual la nena passa a ser considerada dona. Cal entendre-la com a pubertat social, per la qual s'entra a la vida adulta amb un conjunt de drets i privilegis i alhora deures i obligacions que comparteixen els adults de la comunitat.

### **8 Factors socioculturals que condicionen la MGF:**

Podríem parlar de dues variables socioculturals que influeixen en la pràctica de la MGF, aquests són el nivell d'educació i la riquesa d'una dona. "L'Estudi Estadístic de la Mutilació Genital Femenina i les Dinàmiques de Canvi", fet per UNICEF el 2013, demostra que aquelles comunitats o grups amb major prevalença de MGF no tenen gaire accés a l'educació i que solen viure en regions rurals que són majoritàriament pobres. Però a la vegada, també s'observa que la prevalença disminueix en aquelles zones urbanes, ja que solen ser més riques i per tant, l'accés a l'educació en serà superior.

En comunitats rurals la diversitat cultural és limitada o pràcticament nul·la, de manera que és molt complicat imposar-se en contra d'aquelles normes o creences que hi hagi. En primer lloc perquè la persona creix amb una única cultura, hi ha limitació de la diversitat, fet que comporta a no conèixer res més i conseqüentment a no qüestionar-se res. Per altra banda, és molt complicat anar en contra de les normes socials que identifiquen el grup, ja que el seu incompliment significa l'exclusió d'aquest. A diferència, en zones urbanes hi ha més diversitat cultural, fet permet qüestionar fins i tot la pròpia cultura. A més, la diversitat d'ideologies porta a observar que hi ha dones que no han realitzat la MGF i que formen part de la comunitat igualment.

UNICEF també puntualitza que l'economia de la dona fa disminuir, i fins i tot desaparèixer la pràctica de la MGF. És important remarcar que en el moment en el que la dona entra al mercat laboral, les estructures tradicionals canvien, així com també els rols socials, i per tant, la dependència a la MGF per assegurar el matrimoni i així la seva pròpia seguretat, ara ja no és necessària. A part, la riquesa permet tenir xarxes socials que informen sobre la MGF i d'alguna manera també aporten coneixements més actuals que es distancien dels comportaments tradicionals.

UNICEF determina que les filles de mares amb accés a l'educació tenen menys possibilitats de ser víctimes de la MGF. Aquest fet es podria raonar de diverses maneres. Una opció és la de l'escolarització, en la que es comparteixen diverses opinions entorn la MGF i que proporciona a les nenes informació sobre els efectes negatius que pot comportar la pràctica. A més, aquelles dones que hagin rebut una educació tenen accés a informacions acadèmiques, discursos internacionals, entre d'altres fonts i recursos que permeten evidenciar la realitat. Cal puntualitzar, però, que quan parlem de que aquelles mares amb una educació prèvia són menys participes de realitzar la pràctica a les seves filles, s'han de tenir en compte que entorn l'educació solem trobar un perfil de dona jove, amb certa riquesa o poder adquisitiu i que sol viure a les ciutats. Per tant, un factor condiona a la resta que afavoreixen que la MGF no sigui duta a terme.

## **9 Conseqüències de la MGF:**

La MGF no aporta cap benefici per la salut de les nenes i dones sinó que és una violació dels drets humans i les pot perjudicar de formes molt diverses. Com que la pràctica implica la resecció i alteració del teixit genital femení normal i sa, perjudica les funcions naturals de l'organisme.

A partir d'aquí, podem parlar de les conseqüències de la salut física que pot comportar la MGF a curt i a mitjà i llarg termini, que seran més o menys en funció del grau de mutilació genital que s'hagi practicat, A més, també comporta conseqüències sexuals, psicològiques i socials.

### **9.1 Conseqüències físiques a curt termini:**

S'ha de tenir en compte que, en general, les dones que realitzen la MGF no tenen coneixements de cirurgia, els instruments que s'utilitzen no estan esterilitzats i es realitza sense anestèsia. Per això entre les conseqüències immediates podem trobar complicacions com els forts dolors; hemorràgies; estat de xoc, que pot ser causat per la pèrdua de sang, el dolor i el trauma. En casos extrems fins i tot la mort, fruit de les fortes hemorràgies.

### **9.2 Conseqüències físiques a mitjà i a llarg termini:**

A mitjà termini poden produir-se anèmies, provocades per les fortes hemorràgies i els problemes de malnutrició que la nena o dona ja pot presentar. A llarg termini a la nena o dona se li pot infectar la ferida i pot patir infeccions generals a la sang. Fins i tot pot contraure el tètanus, l'hepatitis B o el VIH, ja que el material utilitzat no ha estat desinfectat prèviament i probablement és reutilitzat. També pot produir diversos trastorns renals com retencions d'orina, causades pel dolor i conseqüent inflamació i infecció a nivell renal.

#### **9.2.1 Conseqüències obstètriques:**

La OMS fa un estudi publicat a *The Lancet* el 2006, sobre més de 28.000 dones de diferents països i ètnies africanes. Aquest estudi permet afirmar que hi ha moltes més possibilitats de patir problemes en el part per aquelles dones que han patit la MGF sobretot de tipus II i III. Podem destacar entre les següents complicacions que s'observen:

- Més probabilitats de necessitar cesària i més facilitat de patir hemorràgies post part.
- Probabilitat més elevada de necessitar hospitalització més llarga per complicacions (sobretot les dels tipus II i III, la zona perineal costa molt de dilatar al ser poc elàstica i s'allarga molt el període expulsiu del part).
- Major mortalitat materna.
- El nombre de nens que necessiten reanimació després del naixement augmenta quan la dona ha patit MGF. També hi ha augment en la mortalitat neonatal.

Fins i tot s'observa que la mortalitat de nounat és més alta quan la mare ha patit MGF de tipus II i III, identificant-ne el 22‰ de morts de nounats nascuts de mares amb MGF.

### **9.2.2 Conseqüències ginecològiques:**

Es poden donar problemes com infeccions vaginals per obstrucció del flux menstrual, infeccions de la pelvis, quists, així com fins i tot la infertilitat, sempre i quan hi hagi hagut una infecció prèvia de la pelvis que ha danyat la zona.

#### Dones infibulades (MGF tipus III):

A part dels problemes esmentats anteriorment tant a curt com a mitjà i llarg termini, en el cas de que s'hagi practicat una infibulació es poden donar dificultats per orinar i trastorns menstruals que poden provocar una menstruació més dolorosa i llarga; inflamacions i infeccions freqüents; incontinença urinària; fins i tot necessitat de la desinfibulació, ja que com a part del ritual, una dona infibulada haurà de ser desinfibulada pel seu marit després del matrimoni per tal de poder mantenir relacions sexuals (malgrat sigui un procediment dut a terme per minories). A part, el canal del part d'aquesta dona serà molt estret, fet que implicarà sovint la necessitat de noves intervencions quirúrgiques. A vegades, després d'haver donat a llum es torna a infibular la dona, fet que comporta que aquesta vegi constantment sotmesa a infibulacions i desinfibulacions que augmenten les conseqüències a curt i a llarg termini.

### **9.3 Conseqüències psicològiques:**

Les diverses circumstàncies que es poden donar durant la pràctica poden comportar problemes psicològics.

Normalment, la mutilació genital és practicada quan les nenes són joves. Per algunes nenes serà un acte traumàtic marcat per la por, la violència i el dolor, entre d'altres. Això pot afectar el desenvolupament mental normal de la nena. Així com també la seva relació amb els familiars, ja que es poden sentir enganyades i amb rancor envers la seva pròpia família.

Si el trauma de la nena és greu, a llarg termini aquesta pot mostrar desconfiança en les seves relacions tant amb familiars com amb amics.

A més, s'han pogut determinar diverses conseqüències psicosomàtiques<sup>16</sup> a curt termini provocades per la realització de la pràctica ritual. Aquestes són alteració dels hàbits alimentaris, hàbits de son i caràcter. Poden tenir símptomes com: pèrdua de la son, malsons, pèrdua de la gana, pèrdua de pes o augment excessiu del pes. En casos més greus es poden experimentar atacs de pànic, dificultat de concentració i aprenentatge entre d'altres símptomes.

A llarg termini, quan les conseqüències traumàtiques tenen una repercussió més gran en la nena, la dona pot experimentar estrés, sentiment d'imperfecció, sentiments de por o d'humiliació i traïció, baixa autoestima, depressió, ansietat crònica, fòbies i atacs de pànic.

S'ha definit un síndrome conegut amb el nom de "*genitally focused anxiety-depression*", caracteritzat per una preocupació constant de l'estat dels genitals i el pànic a la infertilitat.

#### **9.4 Conseqüències sexuals:**

Disminució de la sensibilitat sexual, absència o limitació de plaer sexual; ja que els òrgans sexualment sensibles han estat alterats o extirpats. Disminució o absència del desig sexual i fins i tot fòbia a mantenir relacions sexuals, fruit del trauma psicològic que pot provocar la MGF. Dolors coitals provocats pels danys físics causats per la MGF. Això pot afectar a l'autoestima d'aquesta, així com també a la vida de parella.

#### **9.5 Conseqüències socials:**

Cal destacar que és pràcticament impossible trobar en una ètnia que realitzi la MGF persones que no la realitzin, perquè aquestes seran automàticament rebutjades per la societat. És important recordar que una dona no mutilada genitalment és impura i conseqüentment contamina els aliments. Per això, sovint s'observa una discriminació de la societat envers aquelles dones a les que no se'ls hi ha practicat la MGF. Així com fins i tot el rebuig de la pròpia família.

---

<sup>16</sup> Trastorns psicològics que acaben afectant el cos, sense ser-ne aquest la causa principal.



## 10 Medicalització de la MGF:

En la majoria de països la MGF és duta a terme per les *Ngnangsimba*, però en altres països, la tendència de medicalitzar la pràctica és cada vegada més freqüent.

S'entén com a medicalització la realització de la pràctica en hospitals i duta a terme per professionals de la salut. Hi ha diversos motius pels quals els professionals mèdics accepten dur a terme la pràctica. Per una banda, podem trobar especialistes mèdics que creguin que la MGF és el millor per la dona, per tant, les raons per les quals realitzaran l'ablació seran les mateixes que les que tindran les persones que ho defensin. En altres països es pot identificar la pràctica com a inofensiva. Per altra banda, hi ha la concepció d'aquells professionals mèdics que no estan d'acord amb la pràctica però la duen a terme com a respecte sociocultural. També hi ha aquells professionals mèdics que en justifiquen la realització dient que la duen a terme perquè saben que sinó es continuarà realitzant igualment de manera tradicional i, per això és millor practicar-la en centres sanitaris, en unes condicions higièniques i mèdiques que n'evitaran les infeccions i hemorràgies entre d'altres complicacions, ja que són aspectes controlables mèdicament. A més, com que s'utilitzaran anestèsics, es reduirà el dolor. A part dels motius que porten a realitzar-la, també hi pot haver un incentiu salarial que pot fer acceptar la pràctica malgrat es consideri perjudicial.

Les raons per les quals cada vegada més persones recorren als centres mèdics són bàsicament per evitar-ne el dolor i perquè entenen que les conseqüències immediates són controlables, gràcies a la higiene que evitarà les infeccions i els recursos que permeten controlar hemorràgies i altres. Malgrat això, les conseqüències a curt i a llarg termini que pot provocar la pràctica no s'eviten. És més, la MGF medicalitzada és anatòmicament més perjudicial. Quan l'ablació és duu a terme de manera tradicional, la *Ngnangsimba* sap fins on pot arribar anatòmicament per tal d'evitar la mort de la nena sobretot per dessagnament. Quan la pràctica passa a ser realitzada en centres mèdics, els professionals sanitaris tenen coneixements i mecanismes eficaços per tal de controlar-ne les hemorràgies. És per això que el resultat d'una mutilació en un centre sanitari pot ser de més ampli abast a nivell físic (més extensa) i, per tant, tenir unes conseqüències majors per a la nena o dona. Sí que es pot dir que s'eviten complicacions com la infecció i el dolor.

Fent referència a la Declaració de Hèlsinki de 1964<sup>17</sup>, la missió del metge és la de vetllar per la salut de les persones. En el moment en el qual la pràctica és medicalitzada s'està violant el dret de vida a nenes i dones (quan la pràctica causa la mort), el dret a la integritat física i el dret a salut. Així com també es viola el codi ètic principal "no facis mal". A més, en el moment en el que la practica es medicalitza és concebuda com a legal en els centres sanitaris, per tant és una manera de legitimar-la.

#### Reglament:

El 2008 la OMS va adoptar la resolució WHA61.16, on tots els estats membres adoptaven treballar per l'abandonament de la MGF a més de garantir que aquesta no fos duta a terme per professionals de la salut. El primer a condemnar la MGF va ser la OMS el 1979, en la Conferència Internacional celebrada a Khartum, Sudan. Més tard, es va reiterar en una declaració formal a la Comissió de les Nacions Unides de Drets Humans el 1982. El 1993 la pràctica de la medicalització va ser condemnada per l'Associació Mèdica Mundial i més tard per altres associacions mèdiques com la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO), així com per altres ONG i governs. Posteriorment, el 1997, es destaca aquesta condemna en la Declaració Interinstitucional per a l'Eliminació de la Medicalització de la MGF, signada per 10 organismes de les Nacions Unides. Diversos països han aprovat una llei que prohibeix la MGF, alguns amb un article especial sobre la pena que recau als professionals de la salut que ho realitzen; aquest seria el cas de països com Burkina Faso i Senegal (per més informació sobre la legislació d'aquests dos països es poden consultar els **annexos B i C**). Altres països adopten mesures especials per desenvolupar plans d'acció, com la formació del professionals sanitaris i la cooperació amb altres grups de treball nacional i/o internacionals.

---

<sup>17</sup> L'Associació Mèdica Mundial (AMM) promulga la Declaració de Hèlsinki el 1964 com una proposta de principis ètics per la investigació mèdica en humans, inclosa la investigació de material humà i d'informació. Aquesta declaració està principalment destinada a metges així com també personal involucrat en investigació mèdica. A partir d'aquí es celebren diverses Assemblies que fan anàlisi dels diversos temes.

### 10.1 El cas d'Egipte:

Egipte o també anomenat la República Àrab d'Egipte amb capital al Caire, és un país de l'Àfrica de 87.879.638 habitants. La forma d'Estat actual establerta per la nova constitució que va entrar en vigor el 18 de gener de 2014, estableix una República semi presidencialista i unicameral. Actualment està al poder el president Abdel Fattah el-Sisi. L'economia egípcia és fonamentalment la dels serveis amb un 48'1%<sup>18</sup> del Producte Interior Brut (PIB) del país, aquest sector es basa substancialment en el turisme i els serveis entorn d'aquest, ja que el gran patrimoni històric d'Egipte el fa un gran atractiu turístic. El sector secundari, amb un 37'2% del PIB és el de la indústria i mineria, en la que el petroli és el producte més important i font més gran d'ingressos. Pel que fa al sector primari amb un 14'7% del PIB del país, aquest es centra fonamentalment en l'agricultura del cotó. La religió oficial és l'islam. La majoria de la població és musulmana sunní (82-93%), per altra banda, la minoria més nombrosa és la dels cristians coptes ortodoxes (6-17%). A l'estructura social d'Egipte es poden distingir dues classes principals. Una classe alta i mitja, que considerariem d'èlit, amb educació i influència occidental i per altra banda un segon grup molt més humil, format per agricultors, població urbana i classe obrera.

Un cop contextualitzat el país, em sembla important destacar que Egipte és l'únic país africà que durant un període va legalitzar la medicalització de la MGF. De fet, un 91% de la població egípcia la realitza. L'elevada prevalença que té el país recau en la majoria de població islàmica que hi ha i que diuen realitzar la pràctica com a obligació religiosa de l'islam, malgrat com anteriorment s'ha justificat això sigui una concepció totalment errònia.

El 29 d'octubre de 1994, el Ministeri de Salubritat egipci promulga un decret que accepta la medicalització de la MGF, designant així un nombre concret d'hospitals en els que aquesta es duria a terme. Malgrat el govern afirmés que la pràctica havia de ser prohibida i castigats aquells que la dugessin a terme, se'n justifica la legalització dient que en centres mèdics aquesta es pot limitar; malgrat sembla que el decret es va promulgar com a resultat de la pressió exercida per membres de l'estament religiós

---

<sup>18</sup> Totes les dades percentuals són extretes de la fitxa d'Egipte de la oficina d'informació diplomàtica.

que la consideren com a ordenament islàmic. En aquest moment, sorgeixen diversos punts de vista entorn la relació de la pràctica amb el món islàmic. A partir d'aquí comencen a créixer moviments a favor de la seva eradicació i moltes organitzacions no governamentals que treballen per abolir la MGF.

L'Associació de Planificació Familiar del Caire inicia una campanya el 1979 de "La Mutilació Corporal de Dones i Joves" que acaba formant la fundació de la "Societat Egípcia per la Prevenció de Pràctiques Nocives contra la Dona i la Nena".

L'any 1996 el govern prohibeix la medicalització de la MGF. El 2008 la OMS aprova una decisió en la que insta a tots els Estats membres a intensificar les accions governamentals per acabar amb la MGF. El mateix any la MGF és declarada delicta segons el codi penal d'Egipte. Tot i la prohibició de la pràctica aquesta es continua realitzant fins i tot en centres mèdics.

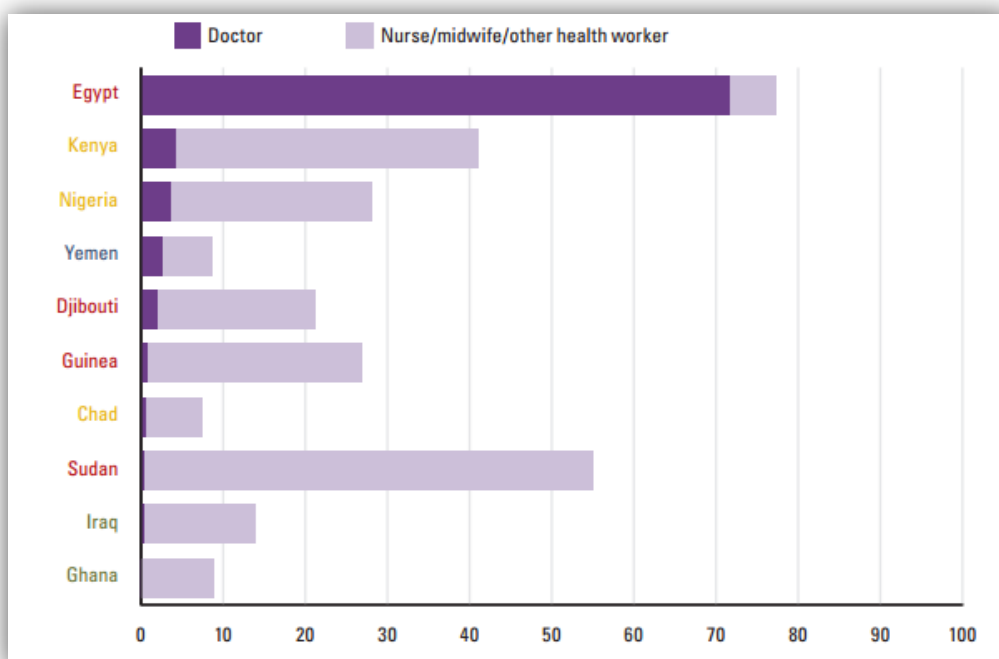
El 6 de juny de 2013 Soheir al-Batea, una nena de 13 anys, mor després de que, a petició del seu pare, un metge li practiqui la MGF en una clínica de la província de Daqahliya, al nord-oest del Caire. Sembla que la nena va morir per un fort descens de la pressió sanguínia a conseqüència d'un traumatisme. La mort de Soheir posa de manifest la violació dels drets humans de les nenes i dones que representa la MGF i que suposa un greu risc per la salut independentment de si es realitza dins o fora d'un centre mèdic. Tot i la prohibició des del 2007 de la medicalització, més del 75 % de les MGF eren practicades per professionals mèdics.

A partir d'aquí, moltes organitzacions que vetllen pels drets humans del país, com la CEWLA (Assistència Jurídica de les Dones Egípcies) i ECCR (Coalició Egípcia pels Drets del Nen) es disposen a treballar per assegurar la implantació de la Llei del 2008 contra la MGF com a efectiva i així fer justícia al cas de la Soheir. Finalment entra en vigència la Llei del 2008. El 2015 el tribunal egipci sentència a dos anys i tres mesos de presó més una multa, al metge de la Soheir per haver dut a terme una pràctica il·legal i haver-li causat la mort.

Actualment, les autoritats egípcies han anunciat un pla que té l'objectiu de reduir la MGF entre un 10-15% durant els pròxims cinc anys, declarat pel Consell Nacional de

Població per eradicar la MGF. De totes maneres, l'eradicació no serà fàcil per la forta convicció de que la pràctica respon a una obligació de caràcter religiós. Actualment i des de la prohibició de la MGF l'any 2008, l'article 242 del Codi Penal egipci castiga l'ablació de les nenes amb una pena de presó d'entre tres mesos a dos anys i/o amb imposició d'una multa de 5000 lliures egípcies (655 dòlars).

**Gràfica que mostra el percentatge de nenes a les que se'ls ha practicat MGF en un centre sanitari per professionals de la salut.**



Font: *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*. (UNICEF): DHS (Demographic and Health Surveys), MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) and SHHS (Sudan Household Health Survey), 1997-2011.

Segons dades concretes d'UNICEF la gràfica inclou únicament països en els que hi ha un mínim de 5% nenes a les que se'ls practica la MGF per professional de la salut. A Egipte es fa referència a les nenes d'entre 0 a 17 anys que han estat víctimes de MGF; Nigèria i Sudan mostren dades de nenes entre 0 a 14 anys; Iraq i Iemen fan referència nenes i dones de 15 a 49 anys. La resta de països les dades fan referència a nenes d'entre 15 a 49 anys.

Fent-ne una observació ràpida veiem que Egipte és el país que té més percentatge de nenes amb MGF realitzada de manera medicalitzada. Aproximadament un 73% de les intervencions fetes per doctors i la resta de les MGF realitzades per altres professionals sanitaris. També podríem destacar Sudan com a país amb un alt percentatge d'intervencions realitzades per professionals de la salut, aproximadament un 55%.

Finalment, havent llegit l'apartat de medicalització d'Egipte i sabent que hi ha una llei contra la MGF i la lluita contra la medicalització de la pràctica des de fa uns quants anys, sorprèn que "*l'Estudi Estadístic de la Mutilació Genital Femenina i les Dinàmiques de Canvi*" realitzat per UNICEF de manera exhaustiva i totalment fidedigne, mostri dades d'entre 1997 a 2011, i poso èmfasi amb aquest últim any per ser un període relativament recent, que demostrin un percentatge tan elevat de medicalització malgrat el buit legal del país.

## **11 Com acabar amb la MGF:**

Podríem fer referència a dos maneres d'actuació per eradicar la MGF. En primer lloc és imprescindible comptar amb les persones de la comunitat practicant per tal d'abolir-la, ja que són elles les que han d'adonar-se i ser conscients dels problemes que la MGF pot comportar i per tant, promoure el canvi. En segon lloc, la millor estratègia és plantejar-ho com a qüestió de salut pública, malgrat sigui un treball de gran dimensió. S'ha de tenir present en tot moment que les comunitats africanes no tenen concepte de drets individuals, sinó que tot està supeditat a la comunitat. Per això, pot ser difícil fer-los entendre que una pràctica que els dona identitat cultural, social i de gènere, pot provocar greus conseqüències a la seva salut i que per això cal eradicar-la.

Sempre s'ha de treballar des de l'assertivitat i el respecte a les persones. Hem de ser conscients que les dones que defensen i realitzen la MGF ho fan perquè estimen a les seves filles i volen el millor per elles. A partir d'aquí cal escoltar i entendre les raons que sostenen la pràctica i reconstruir-les des de l'assertivitat, respectant la cultura i la seva manera de pensar, però alhora plantejant evidències científiques que demostrin les greus conseqüències de la MGF. Així doncs, la manera d'actuar serà des de l'ampli coneixement de la seva realitat i cultura és a dir, des del rigor científic i l'antropologia, sempre amb igualtat i respecte envers la cultura. Formant a professionals del sistema

sanitari, educatiu, social i jurídic, ja que són els únics que poden prevenir, detectar i intervenir per abolir la MGF. Evitar en primer lloc jutjar a les comunitats de realitzar rituals inhumans, ja que això ofèn i fa que la persona encara defensi més allò que l'identifica. Per altra banda, s'ha de deixar la denuncia judicial i actuació policial com a últim recurs, ja que aquesta actuació acaba afectant a les nenes. Finalment cal introduir motivacions. Per exemple, en quant a les conegudes *Ngnangsimbah*, un cop abandonen la seva professió se'ls poden concedir micro-crèdits perquè tinguin una nova manera de guanyar-se la vida o formar-les perquè participin en campanyes de sensibilització d'altres mutiladores per l'eradicació de la pràctica.

## **12 La MGF a l'actualitat:**

Segons la tesi de la III Jornada Internacional sobre la MGF a Europa hi ha certs motius pels quals cal mantenir l'esperança.

- Tendència d'un desens de la pràctica i del seu arrelament a la societat. Enquestes realitzades per UNICEF demostren que en l'actualitat les nenes tenen menys possibilitats de patir MGF que fa 30 anys i que cada vegada hi ha més gent en contra d'aquesta, fins i tot en països on abans era pràcticament universal com Egipte i Sudan
- Millora de la legislació tant a l'Àfrica com a Europa.
- Cada vegada hi ha més coneixement científic i més organismes dedicats a la sensibilització, atenció i intervenció a l'Àfrica.
- Cada vegada hi ha més dones que lideren el canvi, així com també homes que comencen a prendre consciència de la situació i promouen un canvi.

## **13 Raons per continuar lluitant:**

Tot i que la llei és el principi fonamental, no permet canviar una realitat. Així doncs, si fins ara hem estat lluitant per aconseguir un marc legal, ara és important lluitar per eradicar la pràctica mitjançant la transferència de coneixement. És necessària la formació dels diversos col·lectius que poden educar i implicar-se amb la població de risc. Cal tenir perseverança, ja que la mentalitat està molt arrelada a la seva cultura i el canvi és lent.

#### **14 Fundació Wassu-UAB:**

És una organització científica d'àmbit internacional. Actua per prevenir la MGF a través de la investigació antropològica i mèdica, aplicant la transferència de coneixement. Es compromet a crear un món amb igualtat de drets.

Va néixer el 1987 a la UAB com un projecte innovador antropològic i humanístic, dirigit per la Doctora Adriana Kaplan. Des d'aquest àmbit, es busca una metodologia efectiva, sostenible i respectuosa per tal de prevenir la MGF. Kaplan fa èmfasi en el valor cultural que envolta la pràctica per poder-ne fer una estratègia preventiva amb èxit.

El 1999 neix la ONG Wassu Gàmbia Kafo, on es reconeix la MGF com a un problema de salut pública per part de les autoritats governamentals. Posteriorment, el 2003, neix el Grup Interdisciplinari per la Prevenció i Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials. El 2008, la fundació "la Caixa" estableix l'Observatori Transnacional d'Investigació Aplicada a Noves Estratègies per la Prevenció de la MGF, aquest promou activitats d'investigació i formació tant a Espanya com a Gàmbia.

Adriana Kaplan va ser guardonada el 2009 com a Càtedra de Transferència Social i el 2012 neix la Fundació Wassu-UAB com a projecte social estratègic a la UAB, amb l'objectiu de millorar la salut materno-infantil i contribuir a l'empoderament de les dones i nenes mitjançant la transferència de coneixement, per tal de prevenir i actuar per l'eradicació de la MGF.

En aquest moment és necessari un enfocament diferent, ja que amb anterioritat s'havien implementat estratègies per tal d'eliminar-la sense tenir en compte els aspectes socioculturals i la identitat ètnica de les comunitats africanes. Això va provocar resistència i efectes contraproductius al no correspondre amb la seva identitat femenina. Es reconeix un canvi d'abordatge, que és el que busca la Fundació Wassu-UAB.

Calia buscar la sostenibilitat per tal que la intervenció fos efectiva i assegurar així que la MGF fos reconeguda com a problema de salut pública i per tant, integrada en la política governamental. Amb l'empoderament de les dones i nenes afectades i l'augment del treball dins la comunitat, es va anar ampliant el camp d'acció a nivell



comunitari, englobant més persones i ampliant la informació. També es formen tant professionals com estudiants, incloent la MGF com un tema implementat dins totes les escoles de medicina, infermeria i llevadores de Gàmbia.

Es decideix treballar amb Espanya-Gàmbia; primerament perquè Espanya es troba en un lloc privilegiat per investigar aquesta pràctica, ja que hi ha molta immigració. Les dones gambianes immigrants que estan a Espanya, tenen una taxa de fertilitat alta per l'edat. Segonament cal tenir en compte que Gàmbia és un dels països amb major prevalença de MGF (76'3%). Això suposa que un bon nombre de nenes estigui en situació de risc de patir-la. S'escullen ambdós països per permetre una investigació pionera sobre la MGF.

La Fundació Wassu-UAB conta amb dos centres d'investigació i formació. A Espanya hi ha el GIPE/PTP, Grup Interdisciplinari per la Prevenció i Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials, del departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. Es crea el 2003 en el marc d'una línia d'investigació d'Adriana Kaplan a la UAB. Aquest, té com a objectiu el desenvolupament d'una estratègia holística per prevenir la MGF. L'equip està format tant per professionals de diversos àmbits de les Ciències Socials (demografia, dret, treball social) com per professionals de la salut (pediatria, infermeria, salut pública, obstetrícia). Aquest grup realitza un treball d'investigació aplicada i formació per tal de fer un enfocament preventiu de la pràctica de la MGF. Moltes famílies immigrants són ateses pels diversos col·lectius professionals i reben informació sobre les conseqüències de la MGF en la salut i les implicacions legals a Espanya. D'aquesta manera es poden prendre decisions informades, tenint en compte el benestar de les seves filles. Per altra banda, a Gàmbia trobem la Wassu Gàmbia Kafo (WGK) com a una ONG local que promou la cooperació entre la República de Gàmbia i Espanya en les àrees de salut, investigació i educació.

El camí a seguir que planteja Wassu-UAB diu que és possible un món millor: tenim el compromís de treballar per eradicar la MGF i crear una realitat igualitària i justa on dones i nenes puguin viure una vida plena. En els propers anys tenim el desig d'expandir el nostre treball i camp d'acció a altres països on encara es practica la MGF, d'abandonar la seva pràctica de manera sostenible i respectuosa. Alhora amb

l'objectiu de crear un impacte positiu en les condicions de vida de les nenes i dones que pateixen les conseqüències de la MGF.

## **15 Marc legal a l'Àfrica**

### **15.1 Llei contra la MGF:**

Una llei contra la MGF és el principi bàsic, ja que aporta legalitat i és el punt de partida per tal d'emprendre les accions per la seva eradicació. A més, proporciona protecció a aquelles nenes i dones en perill. Malgrat la llei sigui el principi fonamental, en paral·lel, són necessaris mecanismes que vetllin pel compliment d'aquesta, així com també una prèvia educació de la població sobre la MGF i les seves conseqüències.

### **15.2 Drets humans i MGF:**

La MGF viola els principis, normes i estàndards bàsics dels Drets Humans tals com:

- Dret a viure. Sempre i quan la pràctica provoqui la mort.
- Igualtat i no discriminació entre sexes.
- Dret a no ser víctima de tortures o tractes inhumans i cruels.
- Dret a no rebre tractes o càstigs degradants.

A més, segons les conseqüències físiques i mentals que la MGF pot provocar a la salut, també viola els següents drets:

- Igualtat de gènere.
- No discriminació a nenes i dones.
- No ser víctima de tortures i tractes cruels, inhumans i degradants a nenes i dones.
- No rebre abús físic, psicològic i sexual a nenes i dones.

### **15.3 Drets de la nena:**

Com que els nens són especialment vulnerables i necessiten protecció i suport, els Drets del Nen vetllen per assegurar el compliment dels Drets Humans en aquests.

La Convenció dels Drets del Nen fa referència a la llibertat de decisió dels menors quan es tracta d'un assumpte que els afecta directament. Pel que fa a la MGF, malgrat en

alguns casos les pròpies nenes volen ser iniciades, parlem en realitat del resultat de la pressió i expectació que reben de la societat. Per tant, acceptaran la pràctica per tal de formar part de la comunitat. En aquest moment, veiem que la decisió de les nenes no és lliure sinó influenciada per la societat.

Cal fer esment dins els Drets del Nen a la Convenció dels Drets del Nen, que fa referència explícita a pràctiques tradicionals perilloses. Així com també al Comitè dels Drets del Nen.

#### **15.4 Violència contra la dona:**

L'Article 1 de la Declaració de les Nacions Unides per l'Eliminació de la Violència contra la Dona, proclamat el desembre de 1993, defineix el terme "violència contra la dona" com: "Tot aquell acte de violència de gènere que provoca patiment o dany físic, sexual o psicològic a la dona". A més, diu que la violència inclou "amenaces o actes d'extorsió o privació de llibertat arbitrària tant en la vida pública com en la privada". A l'Article 2 de la Declaració, es poden diferenciar tres contextos en els que la violència cap a la dona pot esser donada; família, comunitat i Estat. A partir d'aquí, es poden classificar en:

1. Violència física, sexual, psicològica i emocional dins l'àmbit familiar
  - Pegar a la dona.
  - Abús sexual de la filla dins l'àmbit familiar.
  - Violència relacionada amb els dots<sup>19</sup>.
  - Abús sexual a la dona per part del seu marit.
  - Ablació o Mutilació Genital Femenina i altres pràctiques tradicionals perilloses per la salut de la dona.
  - Violència conjugal o de la parella.
  - Explotació de la dona.
  - Violència relacionada amb l'excés de poder i autoritat en el que es comporta l'home.
2. Violència física, sexual i psicològica dins una comunitat

---

<sup>19</sup> Aportació que fa la muller al marit orientada al sosteniment de les càrregues del matrimoni.

- Violació, abús sexual, assetjament sexual i intimidació al lloc de treball, en llocs d'oci o institucions educatives i altres fora de l'àmbit familiar.
  - Tràfic de dones i prostitució forçada.
3. Violència física, sexual i psicològica perpetrada o consentida en l'àmbit estatal.

### **15.5 Tractats Internacionals relacionats amb la MGF:**

- Declaració Universal sobre els Drets Humans, 1948.
- Convenció per l'Abolició del Tràfic i Explotació de Persones, 1949.
- Convenció pel Consentiment de Casaments, Edat Mínima pel Casament i Registre de Casaments, 1964.
- Acord Internacional en Drets Civils i Polítics, 1966.
- Acord Internacional sobre Drets Econòmics, Socials i Culturals, 1966.
- Convenció de Gènova i Protocols Addicionals, 1949 i 1977.
- Acord per l'Eliminació de Tot Tipus de Maneres de Discriminació Contra la Dona (CEDAW) i el seu protocol, 1981.
- Convenció en Contra de Tortures i altres Tractes o Càstigs Cruels, Inhumans o Degradants, 1987.
- Convenció dels Drets del Nen, 1989.
- Recomanació 19 del Comitè de CEDAW, 1992.
- Declaració de Viena i Plans d'Acció (VDPA Viena), 1993.
- Declaració de les Nacions Unides per la Violència Contra les Dones, 1993.
- Declaració i Programa d'Acció de ICPD (Conferència Internacional de Població i Desenvolupament), 1994.
- Declaració de Beijing i Plataforma d'Actuació, 1995.
- Convenció dels Drets del Nen i dos Protocols Opcionals, 1989 i 2000 respectivament.
- Convenció contra Crims Organitzats Transnacionals i Protocols Opcionals, 2000.
- UNESCO, Declaració Universal de Diversitat Cultural, 2001.
- Carta Africana sobre els Drets de les Dones, Protocol Maputo, 2005.
- Consell Econòmic i Social de les Nacions Unides (ECOSOC), Comissió de l'Estat de la Dona. Resolució de la Mutilació Genital Femenina, 2007.

- Assemblea General de les Nacions Unides en la primera resolució demanant als estats la intensificació d'esforços per l'eliminació de la MGF, 2012.

### **15.6 Tractats regionals africans:**

- Carta Africana dels Drets Humans (Carta de Banjul) i el seu Protocol de Drets en les Dones de l'Àfrica, 2005.
- Carta Africana de Drets i Benestar del Nen, 1999.
- Convenció Europea per la Protecció dels Drets Humans i Llibertats Fonamentals, 1956.

És important fer referència a Carta Africana dels Drets i Benestar del Nen (ACRWC).

El juliol del 1990 els caps d'Estat i governants de la Unió Africana elaboren la ACRWC, que entra en vigor el novembre de 1999. En la Carta hi ha 48 Articles que abarquen diverses qüestions que afecten als nens. L'Article 21 està específicament dedicat a la "Protecció del Nen contra Pràctiques Socials i Culturals Perilloses" i diu: "Els Estats que formen part de la Carta han de dur a terme totes les mesures necessàries per acabar amb aquelles pràctiques socials i culturals perilloses que afecten el benestar, dignitat, creixement i desenvolupament normal del nen i en particular",

- a) Aquelles pràctiques i costums perjudicials per la salut o vida del nen.
- b) Aquelles pràctiques i costums discriminatoris en aspectes de sexe o altres condicions.

L'Article 16 fa referència a "Protecció del Nen contra Abusos i Tortures" i diu: "Els Estats membres de la Carta han d'instaurar mesures legislatives, administratives, econòmiques i socials per protegir al nen de qualsevol forma de tortura, tracte inhumà o degradant i especialment danys o abusos físics i mentals, negligència o maltractament inclòs l'abús sexual; per la protecció del nen".

Així doncs, els dos articles busquen l'abolició de la MGF.

### **16 Situació legal en els diversos països de l'Àfrica:**

Cada vegada més països africans compten amb lleis específiques sobre la MGF, malgrat aquestes siguin incompletes en certa manera. Si no existeix una legislació específica o

quan aquesta és insuficient, s'ha de buscar en les lleis penals generals les disposicions aplicables a la MGF. Tot seguit en faré una breu síntesi.

### **Països africans amb legislació contra la MGF i prevalença en cada país**

PAÏSOS (24)	PREVALENÇA EN %	ANY EN QUE S'APROVA LA LEGISLACIÓ EN CONTRA LA MGF
Benin	13	2003
Burkina Faso	76	1996
República Centreafricana	24	1966,1996
Chat	44	2003
Costa d'Ivori	38	1998
Djibouti	93	1995,2009
Egipte	91	2008
Eritrea	89	2007
Etiòpia	74	2004
Ghana	4	1994,2007
Guinea	96	1965,2000
Guinea-Bissau	50	2011
Iraq (regió de Kurdistan)	8	2011
Kenia	27	2001,2011
Mauritània	69	2005
Níger	2	2003
Nigèria (alguns estats)	27	1999-2006
Senegal	26	1999
Somàlia	98	2012
Sudan (alguns estats)	88	2008-2009
Togo	4	1998
Uganda	1	2010
Unió Republicana de Tanzània	15	1998
Iemen	23	2001

Font: elaboració pròpia. Extret de dades d'UNICEF de *Female Genital Mutilation/Cutting Female a statistical overview and exploration of the dynamics of change*.

### **16.1 Lleis penals específiques:**

El 2007 hi havia 17 països amb lleis específiques pel que fa a les mesures legals: Benin, Burkina Faso, República Centreafricana, Txad, Costa de Marfil, Egipte, Eritrea, Ghana, Guinea, Kenya, Níger, Nigèria, Senegal, Sudan, Tanzània, Togo i Yibuti.

La majoria de legislacions, aborden tots els tipus de MGF, val a dir que en diversos països els termes utilitzats són poc clars. Per exemple a Egipte i Sudan es parla de circumcisió, sense més especificació. També varien les sancions d'un Estat a l'altre: les penes de presó van de 6 mesos a un màxim de 15 anys. En el cas de Guinea la sanció és de treball forçós amb cadena perpètua. Que la víctima sigui menor no suposa una disposició penal. Sí que ho és la mort de la víctima amb penes de 5 a 20 anys; a Guinea es preveu la pena de mort. Gairebé no consta mai com a delictes la omisió d'informar com a testimoni presencial de casos a les autoritats competents. Però si que es preveu una pena especial per el personal sanitari que la practiqui.

Aquestes disposicions específiques tenen mancances en la seva definició com a delictes, així com en les seves sancions; tant poden ser insuficients com excessives. A part que no es preveu pena especial pels còmplices, sobretot si es tracta dels pares; ni tampoc del personal sanitari. Tampoc hi ha cap legislació específica que indiqui mesures de protecció. Per tant són lleis incomplertes i cal millorar-les.

### **16.2 Lleis penals generals:**

Són les que es refereixen a danys físics intencionals o greus; o bé a actes de violència, especificant de vegades, contra persones indefenses o nens. Són sancions molt variables, inclouen multes i penes de presó que poden variar dies o anys quan es tracta de danys greus.

Es difícil trobar en les lleis generals disposicions que s'ajustin a la MGF i que a més s'adoptin lleis que contemplin els supòsits de complicitat (sovint dels pares), sancions pel personal sanitari que la practiqui, així com la extraterritorialitat del delictes.

## **17 Aplicació de les lleis:**

Els judicis són escassos i són molts els factors que obstaculitzen el compliment de les lleis.

Es difícil detectar els casos de MGF si les mesures legislatives no s'acompanyen de campanyes de sensibilització, informació i programes educatius. El fet de que existeixi una llei que ho prohibeixi porta a que la pràctica es dugui a terme clandestinament.

Per altra banda hi ha manca de denúncies i per tant, dificultat de trobar proves per l'Estat. En primer lloc perquè les dones que realitzen la MGF són molt respectades i fins i tot temudes per la comunitat. A més seria considerat traïció denunciar a un membre de la teva comunitat, entenent que aquesta predomina per damunt de tot.

Encara que hi hagi moltes mancances en les lleis, aquestes són la opció més vàlida, ja que reflexa la posició de l'Estat i alhora deixa clar el que està prohibit i el que no.



## BLOC II: LA MGF A CATALUNYA

### 18 Immigració com a factor d'augment de les MGF<sup>20</sup>

#### 18.1 Immigració a Espanya:

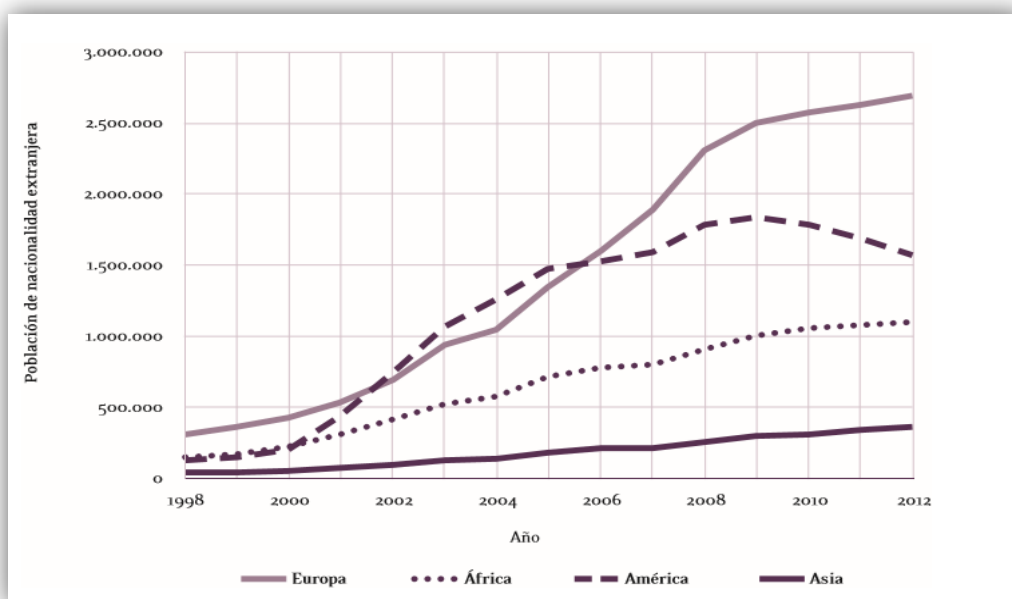
L'arribada de fluxos migratoris a Espanya comença a partir de la dècada del 1990. L'any 1991, únicament una de cada 100 persones residents a Espanya tenia nacionalitat estrangera. A l'entrada del segle XXI s'intensifiquen molt els fluxos migratoris estrangers. El 1998 la població de immigrant sumava gairebé el doble de la que hi havia el 1991, concretament eren 650.000 immigrants a Espanya. De totes maneres, la meitat d'aquests immigrants eren de nacionalitat europea. A partir de l'any 2000 fins a l'any 2009 la població de nacionalitat estrangera incrementa considerablement, de fet cada any aquesta immigració augmentava en unes 500.000 persones. Aquest gran creixement també comporta que cada vegada hi hagi més diversificació del seu origen. A principis del 2009 la població estrangera superava els 5'6 milions de persones i representava el 12'1% del total de la població espanyola. Finalment, des del 2011 fins als nostres dies hi ha hagut un descens de la població immigrant. En el següent gràfic s'il·lustra l'augment d'immigració que pateix Espanya del 1998-2012.

---

<sup>20</sup> Totes les dades que hi ha a l'apartat "Introducció al concepte d'immigració com a factor d'augment de les MGF", són extretes del llibre *Mapa de la mutilación genital femenina 2012*, Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.

Hem d'entendre que, entre aquesta població immigrant, hi ha també aquells grups que provenen de països on la MGF és prevalent en gran nombre, fet que ens explica el perquè trobem casos de MGF al nostre país. Tal com ha anat augmentant la població immigrant, també han augmentat els d'aquelles persones procedents de països on es practica la MGF.

### Evolució de la població estrangera a Espanya del 1998-2012

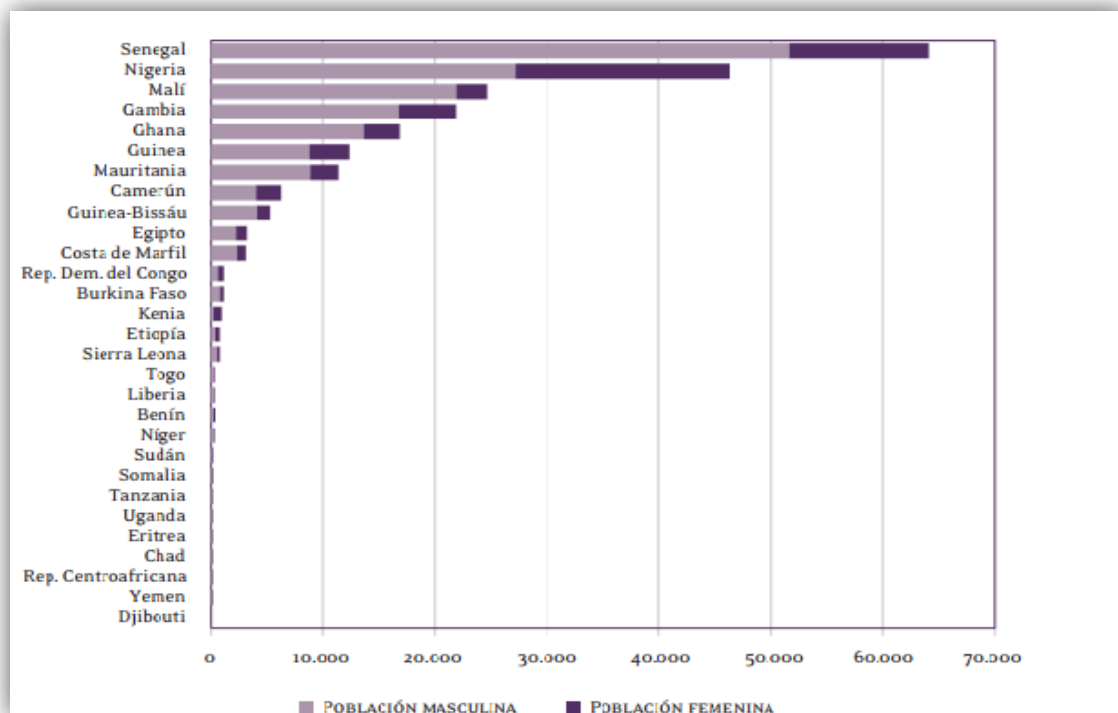


Font: "Mapa de la Mutilación genital femenina en España 2012" (Elaborat a partir del padró de la població a 1 de gener de cada any: [www.ine.es](http://www.ine.es)). Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.

Observant les dades del 2012, Senegal és el que presenta més població resident a Espanya, amb 64.000 habitants. A continuació trobem Nigèria, amb 46.000 habitants. Tant Senegal com Nigèria acumulen gairebé la meitat de població immigrant a Espanya procedent de països en els que es practica la MGF. En tercer lloc trobem Mali amb 25.000 persones immigrants. La nacionalitat gambiana ocupa el quart lloc amb 22.000 habitants, seguida per Ghana amb 15.000 immigrants. Guinea i Mauritània són les nacionalitats amb més de 10.000 habitants.

El 2012 eren 225.000 els immigrants africans residents a Espanya procedents d'un país amb una prevalença de MGF elevada. En el gràfic que hi ha a continuació s'hi mostra la població immigrant espanyola procedent de països prevalents i diferenciada per sexes.

### **Població total resident a Espanya procedent de països en els que es practica la MGF 2012**



Font: “Mapa de la Mutilación genital femenina en España 2012” (Elaborat a partir del padró de la població a 1 de gener de 2012). Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.

Catalunya és la comunitat autònoma d'Espanya amb més immigrants del grup de nacionalitats que tenen una prevalença de MGF elevada al seu país, aquests són Senegal, Nigèria, Mali, Gàmbia, Ghana i Guinea. A la taula que hi ha a continuació podem observar que hi ha un total de 71.115 immigrants procedents d'aquests països, d'entre aquests, 18.122 són dones, 6.182 nenes d'entre 0-14 anys i es sobreentén que la resta que no està indicada explícitament és la població masculina. Andalusia és la segona comunitat autònoma amb més població d'aquestes nacionalitats, 33.533 habitants, 6.197 dones i 1.501 nenes.

La Comunitat de Madrid (24.786 immigrants originaris de països prevalents), però, la supera en nombre de dones, 7.558, i nenes 2.059. La Comunitat Valenciana (19.882), Aragó (12.245), Canàries (11.220), País Basc (11.066) i Illes Balears (10.165) són la resta de regions amb més de 10.000 persones d'aquest grup de nacionalitats.

### **Població procedent de països en els que es practica la MGF per comunitat autònoma**

**2008-2012**

<b>Comunitat autònoma<sup>21</sup></b>	<b>Població total MGF<sup>22</sup></b>	<b>Població femenina MGF<sup>23</sup></b>	<b>Població femenina 0-14 anys MGF<sup>24</sup></b>
Catalunya	71.115	18.122	6.182
Andalusia	33.533	6.197	1.501
Comunitat de Madrid	24.786	7.558	2.059
Comunitat Valenciana	19.882	5.135	1.477
Aragó	12.245	3.195	1.074
Canàries	11.220	3.860	1.000
País Basc	11.066	3.171	818
Illes Balears	10.165	2.921	937

Font: elaboració pròpia. *Extret de dades del "Mapa de la Mutilación genital femenina en España 2012" (Elaborat a partir del padró de la població a 1 de gener de 2012). Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.*

Per províncies, Barcelona és la que alberga a més persones, gairebé 40.000, seguida de Madrid, amb unes 25.000 i continuada per Girona, València, Almeria, Lleida i les Balears, amb més de 10.000 persones.

<sup>21</sup> Hi ha les comunitats autònomes amb una prevalença més elevada d'immigrants procedents de països on es realitza la MGF.

<sup>22</sup> Fa referència al total de població immigrant procedent de països prevalents.

<sup>23</sup> D'entre la població immigrant originària de països on la pràctica es duu a terme, s'hi destaca únicament a aquella femenina, ja que és la població que pot haver estat víctima d'una MGF.

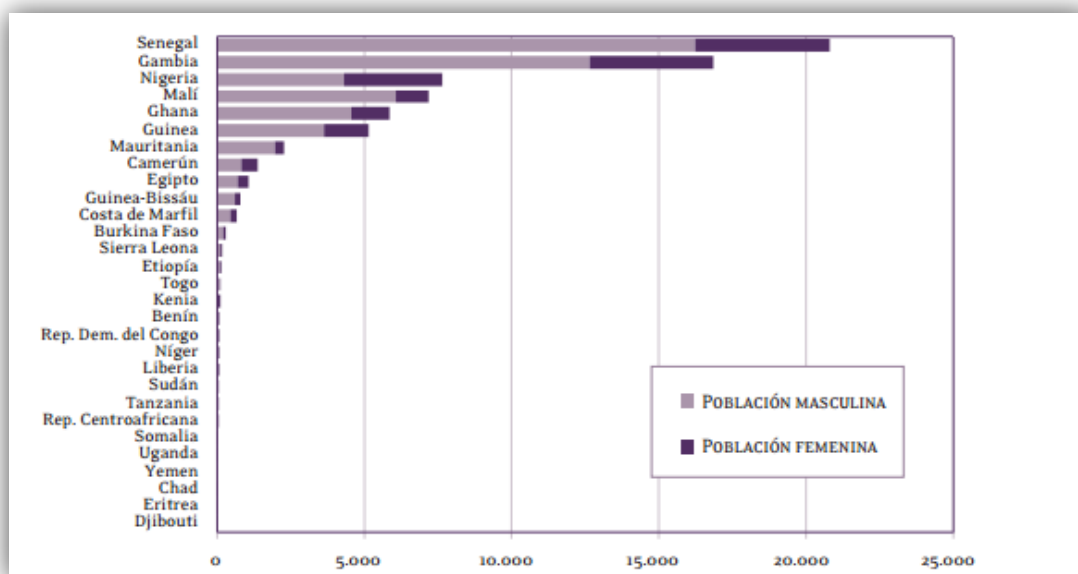
<sup>24</sup> En aquest grup s'hi mostra la població immigrant procedent d'aquests països. És població de risc, per l'edat, tenint en compte les edats en les que es sol realitzar la pràctica (0-14anys).

Es calcula que hi ha unes 17.000 nenes en risc de ser víctimes de MGF a Espanya, on les xifres s'han incrementat un 61% en els últims quatre anys.

## 18.2 Immigració a Catalunya:

A Catalunya resideixen més de 1'1 milions de persones de nacionalitat estrangera, un 15'6% de la població total. Catalunya és amb molta diferència la comunitat autònoma en la que es concentren més aquests immigrants que podríem dir que estan en risc, de fet té un terç d'aquesta població, que representa el 36'6% del total de les 17.000 nenes en risc de ser víctimes de MGF a Espanya. Com s'observa a la gràfica, les dues principals nacionalitats en risc de MGF a Catalunya practicants són Senegal, amb 20.000 immigrants i Gàmbia amb 15.000 immigrants. Seguides per Nigèria (7.500), Mali (7.500), Ghana (6.000) i Guinea (5.000).

### Població procedent de països en els que es practica la MGF, segons nacionalitat i sexe a Catalunya 2012



Font: "Mapa de la Mutilación genital femenina en España 2012" (Elaborat a partir del padró de la població a 1 de gener de 2012). Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.

Pel que fa als municipis, Lleida és el cinquè municipi d'Espanya amb més dones de les nacionalitats practicants de MGF, Barcelona el sisè i Salt el vuitè. Tots tres municipis tenen aproximadament més de 1.200 dones.

Les dones i nenes d'origen senegalès, com a comunitat immigrant més nombrosa a Espanya, es localitzen principalment als municipis de Mataró, Terrassa, Granollers i Salou.

**Els 10 municipis amb major nombre de població femenina procedent de països en els que es practica la MGF, a Catalunya. Segons les principals nacionalitats de la comunitat autònoma**

Municipi	Senegal	Gàmbia	Nigèria	Guinea	Ghana	Mali	Camerun	Altres	Total
Lleida	224	95	427	119	55	81	106	160	1267
Barcelona	161	19	360	291	100	15	81	237	1.264
Salt	158	616	151	58	71	111	28	24	1.217
Mataró	381	365	11	64	6	97	4	33	961
Sabadell	107	193	106	129	38	52	6	94	725
Vic	44	4	244	3	347	13	4	18	677
Tarragona	74	9	366	7	74	13	23	22	588
Granollers	333	76	9	49	4	41	1	20	533
Terrassa	339	8	68	13	6	6	2	26	468
Salou	288	0	7	1	6	0	1	4	307

Font: elaboració pròpia. Extret de “*Mapa de la Mutilación genital femenina en España 2012*” (Elaborat a partir del padró de la població a 1 de gener de 2012). Adriana Kaplan Marcusán i Antonio Gay López.

## 19 Legislació:

En les últimes dècades, la intensificació de les migracions ha configurat una realitat demogràfica totalment intercultural. Cal tenir en compte que no emigren els continents, ni els colors, sinó les persones i les seves cultures, fet que comporta que haguem d'afrontar casos de MGF, una pràctica tradicional molt arrelada a les comunitats que la practiquen i que els identifica culturalment i com a societat.

Per tant, parlem de pràctiques perjudicials per les dones i nenes que han emigrat i es troben al nostre país. Es tracta, en gran mesura, d'un problema de salut, en el que es vulneren els drets humans de les dones i nenes. És necessari el compromís legal i moral per tal d'evitar aquestes pràctiques perjudicials.

Europa actua des de diverses organitzacions i promulgant tot un seguit de lleis amb l'objectiu d'acabar amb la MGF tant als països d'on aquesta és originària, com a l'Europa mateixa, fruit de la població immigrant. Pel que fa a Espanya, aquesta pren mesures i tipifica la MGF com un atemptat contra els drets humans, concretament un delict de lesions segons el Codi penal espanyol. A nivell autonòmic, Catalunya instaura la llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, i inclou la MGF o el risc de patir-la com una manifestació de violència en l'àmbit social o comunitari (Article 5). A partir d'aquí es farà una exposició de les principals accions legals entorn la MGF en l'àmbit internacional, nacional i autonòmic català.

## **19.1 Marc legal Internacional**

### **19.1.1 ONU (Organització de les Nacions Unides):**

La ONU promou l'eliminació de la MGF a través de diverses agències. El Fons de les Nacions Unides per la Infància (UNICEF), la Organització Mundial de la Salut (OMS), el Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA), el Comitè per l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW) i la Comissió sobre la Condició Jurídica de la Dona (CSW).

**1980** es celebra a Copenhaguen la Conferència Mundial de la ONU sobre la Dona, en la que es sol·liciten mesures urgents per combatre les pràctiques tradicionals perjudicials per la salut de la dona, impulsat per la demanda creixent de les associacions de dones africanes perquè es prestés més atenció a la prohibició de la pràctica.

**1984** es crea el Grup de Treball de la ONU sobre Pràctiques Tradicionals que afecten a la Salut de Dones i Nens.

**1990** la ONU promou una política sobre la MGF a través de la Recomanació General número 14 del Comitè de CEDAW. A partir del **1992** segons la Recomanació 19 de la CEDAW s'estableix el terme "mutilació" a l'hora de referir-se a la pràctica. A més, també tractava temes de salut i mostrava la MGF com a desigualtat i discriminació cap a les dones.

**1993** les Nacions Unides fa la Declaració sobre l'Eliminació de la Violència contra la Dona a Viena. Declaració en la qual la comunitat internacional reconeix la MGF com a violència de gènere tant en l'àmbit públic com en el privat. A l'Article 4 d'aquesta Declaració es declara que els Estats no poden utilitzar cap costum, tradició o consideració religiosa per a justificar la violència cap a la dona.

**1995** es celebra la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona en la que es promou la Declaració i Plataforma d'Acció de Pekín, que declara la MGF com a violència cap a la dona i la necessitat dels estats de prendre mesures per reduir-la.

Es celebra la Convenció de la ONU sobre els Drets del Nen, és el primer document que tracta les pràctiques tradicionals com a violació dels drets humans i obliga als governs a *“adoptar totes les mesures legislatives, administratives, socials i educatives apropiades per protegir al nen contra tot perjudici o abús físic o mental, descuit o tracte negligent, mals tractes o explotació, inclòs abús sexual, mentre el nen es trobi sota custòdia dels pares, un representant legal o qualsevol persona que el tingui al seu càrrec.”* (Article 19).

El febrer de **2008** es fa pública una nova declaració amb el recolzament de més organismes de les Nacions Unides en el que es promociona l'abandonament de la MGF. En aquesta declaració es documenten dades entorn la pràctica recopilades en els últims 10 anys.

El desembre del **2012**, l'Assemblea General de les Nacions Unides aprova per unanimitat una Resolució que prohibeix la pràctica de la MGF.

El juliol del **2013**, la UNICEF (Fons de les Nacions Unides per a la Infància) publica el seu informe “Mutilació/ablació genital femenina: resum estadístic i exploració de la dinàmica del canvi”<sup>25</sup>, que és l'informe amb més recopilació de dades i anàlisi sobre la qüestió fet fins aquest moment. Les dades més rellevants de l'estudi declaren que malgrat hi ha grups i països que han abandonat gairebé totalment la MGF, continua

---

<sup>25</sup> Els 29 països representats a l'informe són: Benín, Burkina Faso, Camerun, Chat, Costa de Marfil, Yibuti, Egipte, Eritrea, Etiòpia, Gàmbia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Libèria, Malí, Mauritània, Níger, Nigèria, República Centreafricana, República Unida de Tanzània, Senegal, Sierra Leone, Somàlia, Sudan, Togo, Uganda i Iemen.



essent molt comuna en la resta de països, tot i els perills que suposa per la salut de les nenes, l'existència de lleis entorn la pràctica i els esforços de governs i ONG que treballen per persuadir a les comunitats a posar-hi fi. Milions de nenes estan altament exposades al risc de patir-la. L'informe posa èmfasi en la diferència entre la opinió personal sobre la MGF i el fort arrelament que té com a sentit d'obligació social. L'informe es basa en enquestes realitzades en 29 països de l'Àfrica i el Pròxim Orient a on la MGF es practica. Tot i que l'informe es basa en les lleis contra la MGF que la majoria de països a on es practica han adoptat, recomana prendre mesures per complementar les legislacions des de la dinàmica social pel canvi de normes socials.

L'octubre del **2013**, UNFPA (Fons de les Nacions Unides per la Població), conjuntament amb UNICEF van organitzar una Conferència Internacional a Roma. L'objectiu principal era l'impuls per eradicar i perseguir les pràctiques de MGF en l'actual i propera generació.

#### **19.1.2 OMS (Organització Mundial de la Salut):**

La OMS, el **1979** organitza un seminari a Jartum (Sudan) on es fixen pautes per primera vegada sobre la MGF. Es demanava l'adopció de polítiques clares, fixar lleis i fer participar el sector sanitari i curanderos tradicionals.

L'any **2008** la OMS es va definir amb la resolució: WHA61.16 per l'eliminació de la MGF i aquí es parla d'una acció conjunta entre tots els sectors: sanitat, educació, finances, justícia i afers de les dones.

El **2010** la OMS amb la col·laboració d'altres organismes de les Nacions Unides i altres organismes internacionals, publica una estratègia a nivell mundial: *Global Strategy to Stop Healthcare Providers from Performing Female Genital Mutilation*, per tal d'eradicar les mutilacions practicades per personal sanitari.

Els progressos realitzats a nivell internacional i local són:

- Participació internacional més àmplia per eliminar la MGF.
- Creació d'organismes de seguiment a nivell internacional i adoptar resolucions per condemnar la seva pràctica.
- Revisió dels marcs legislatius i el recolzament polític.

- En molts països es dona ja una disminució de la seva pràctica. Augmenta el nombre d'homes i dones que es declaren contraris a aquest fet.

Les activitats de la OMS per eliminar la MGF es centren en:

- Mesures de promoció; per exemple publicacions i creació d'instruments per fomentar activitats internacionals, regionals i locals per tal d'acabar amb la MGF en una generació.
- Investigació: conèixer les seves causes, conseqüències, eliminació i tractar les persones que ho han patit.
- Orientació sanitària: creació de material formatiu i directriu dirigit a personal sanitari per tal de poder tractar a dones que han patit la mutilació.

El treball preventiu és essencial i obligat per tots els Estats, amb iniciatives com sensibilització de la població i formació dels professionals implicats. És important també recolzar activament i col·laborar amb ONG amb la lluita sobre aquest tema.

El Maig del **2014** va tenir lloc la 67<sup>a</sup> Assemblea Mundial de la Salut amb la participació d'Espanya on es va adoptar la resolució A67/22: *"Afrontar el problema mundial de la violència, en particular contra las mujeres y las niñas"*. Hi ha l'abordament d'aquesta qüestió pel Sistema de Salut; contempla la MGF com una forma de violència que cal estudiar pel Sistema Sanitari fent anàlisi de les seves causes, normativa, entre d'altres.

### **19.1.3 Consell d'Europa:**

La MGF va ser inclosa en la seva agenda el **1994**. Dins el Conveni Europeu de Drets Humans, fou considerada com un tracte degradant i inhumà. Inclou la MGF dins una forma de violència contra la dona. La importància d'aquest conveni és que va ser el primer instrument a la regió Europea per la lluita envers la dona i violència de gènere.

El 25 de Novembre del **2014** sorgeix el Conveni d'Istanbul, com a eina per posar fi a la MGF; promoguda pel Consell d'Europa i amb col·laboració d'Amnistia Internacional. En aquest moment es dissenyen polítiques i iniciatives per abordar aquesta qüestió amb major eficàcia.

#### **19.1.4 UE (Unió Europea):**

La primera resolució sobre la MGF al Parlament Europeu, va ser el **2001**. Al maig del **2014** es definia com a objectiu aconseguir la seva eradicació.

Com a fita important el 5-6 de juny, el Consell de la Unió Europea va concloure amb la *“Prevención y lucha frente todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida la MGF”*. En aquest document, el Consell insta als Estats Membre i a la Comissió Europea a emprendre i desenvolupar accions multidisciplinàries efectives per tal d'eradicar la MGF en tots els llocs on es practiqui. S'obre la participació de l'actuació de totes les persones implicades en el procés: àmbit sanitari, policial, serveis socials, educació, immigració. Paral·lelament s'elaboren dades sobre prevalences de MGF tant a nivell de la UE com del lloc on es practiquen.

Es promou la formació per professionals implicats en la matèria. També es garanteix l'accés de dones i nenes a serveis d'ajuda especialitzats.

A nivell de la Comissió Europea cal destacar el document *“Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina”*, del 25 de Novembre del **2013** com a primer compromís real i polític de la Comissió amb mesures específiques de treball per eradicar-la a la UE. Els objectius plantejats més importants són: millor coneixement de la MGF a la UE, promoure una prevenció efectiva, mesures de recolzament a les víctimes, fomentar les lleis de prohibició, protecció a les dones de risc dins el marc legislatiu de la UE, proporcionant asil i promovent-ne la seva eliminació en tot el món.

#### **19.2 Marc legal nacional:**

En qualsevol de les formes, a Espanya, la MGF és un delicte.

**Article 149.2** de la Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre del Codi Penal (modificada per la Llei Orgànica 11/2003): *“El que causarà a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”*.

La jurisdicció espanyola és competent per perseguir la MGF tant si és realitzada en territori nacional com extraterritorial. Concretament serà quan el procés penal és contra un estranger que resideix a Espanya; quan la MGF es practiqui a una persona que, en el moment de la seva realització, tingui nacionalitat espanyola o residència habitual a Espanya. El marge de temps per perseguir penalment el delictes és de 15 anys des de la seva pràctica.

Quan es tracta la MGF com a delictes cal tenir en compte **l'Article 262** de la llei d'Enjudiciament Criminal: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algun delito público, estaran obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”*.

**L'Article 355** d'aquesta llei, anomena la obligació dels professionals de la salut en aquest sentit: *“Si el hecho criminal que motiva la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistirán al herido estarán obligados a dar parte de su estado”*.

Tenint en compte que la MGF es practica sobretot a menors, cal conèixer les previsions de la *“Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. (Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero)”*. Aquesta llei, tant s'aplicarà a un menor que ha estat víctima de la MGF com al que està en situació de risc de que se li practiqui.

**Article 12.1.** La protecció del menor pels poders públics es farà per mitjà de la prevenció i reparació de situacions de risc, establint els serveis adients segons calgui.

**Article 13.1.** Tota persona o autoritat, en especial els que per la seva professió, detecten una situació de risc, ho comunicaran a la autoritat més propera per tal de donar l'ajut que necessiti.

**Article 14.** Les autoritats i serveis públics, tenen obligació de donar l'atenció immediata que necessiti qualsevol menor si cal actual en l'àmbit de la competència que correspongui.

Per altra part, *“El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012”* aprovat pel *“Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”*, a la reunió del 20 de desembre del 2012, fa diverses referències a la MGF, la considera com a forma de violència contra la dona que requereix un protocol específic.

Més tard, el *“Pleno del Observatorio de la Infancia”*, òrgan del departament de la *“Secretaria del Estado de Servicios Sociales e Igualdad”* a la seva sessió del 9 de juny de 2014, va aprovar el *“Protocolo básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito Familiar”*. En aquest protocol s’hi puntualitzen termes de violència contra les dones, entre els que s’inclou la MGF. Aquest protocol serà més o menys utilitzat i desenvolupat en cada comunitat autònoma, ja que es tracta d’un protocol marc. Els organismes implicats incorporen i utilitzen unes fulles de notificació i detecció del maltractament infantil. Aquest és un instrument bàsic per la seva aplicació i que complementa els procediments que ja estan establerts (denúncies, diligències policials).

### **19.3 Marc legal autonòmic:**

En el cas de detectar una menor amb consumació de MGF, cal considerar-ho agressió física i efectuar una denúncia.

- Convenció dels Drets de l’Infant del 20 de novembre de 1989 determina que tots els estats que hi estiguin subscrits, han d’adoptar totes les mesures pertinents per tal d’acabar amb les pràctiques tradicionals perjudicials per la salut de nens i nenes.
- **Llei orgànica 11/2003, 29 de setembre.** Exposa mesures concretes entorn la seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, modifica l’article 149 del Codi penal i tipifica de manera específica la MGF:  
**“Article 149.2.** Qui causi a un altre una mutilació genital, en qualsevol de les seves manifestacions, serà castigat amb la pena de presó de sis a dotze anys. Si la víctima fos menor o incapac, serà aplicable la pena d’inhabilitació especial per a l’exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de quatre a deu anys, si el jutge ho estima adequat a l’interès del menor incapac.”

- Sempre cal tenir present si la mutilació que ha patit la menor s’ha practicat aquí o a l’estranger, qui ho ha permès, qui l’ha realitzada i la nacionalitat de la família. Però amb la nova **Llei orgànica 3/2005, del 8 de juliol**, modificació de la Llei orgànica 6/1985, de l’1 de juliol, del poder judicial, canvia els criteris de competència territorial dels jutges espanyols, determinant que la pràctica es pot perseguir quan el delictes s’hagi produït a l’estranger, sempre i quan els responsables de la menor es trobin a l’Estat espanyol. Amb aquesta nova llei es pretén aturar la possibilitat de que la pràctica es realitzi al país d’origen quan la família va de vacances.
- **Llei 5/2008, 24 d’abril**, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, aprovada pel Parlament de Catalunya el 16 d’abril de 2008, estableix mesures per prevenir la MGF. L’article 5, que estableix els àmbits de manifestació de la violència masclista, fa esment a la MGF dins aquella violència en l’àmbit social o comunitari.

**“Article 5.4 d) Violència en l’àmbit social o comunitari.** Comprèn, entre d’altres les manifestacions següents: mutilació genital femenina o risc de patir-la. Inclou qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar l’eliminació total o parcial dels genitals femenins o hi produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona”.

En l’**article 75** s’hi recullen les mesures adoptades pel Govern per prevenir la MGF.

- a. Promoure la mediació comunitària en les famílies si existeix risc de mutilacions genitals. En aquests casos s’ha de procurar que en la negociació hi participin persones expertes, així com persones de les comunitats afectades per aquestes pràctiques, i assegurar l’actuació d’agents socials d’atenció primària.
- b. Garantir mesures específiques per a la prevenció i eradicació de les MGF, impulsant actuacions de la promoció de les dones dels països on es realitzen aquestes pràctiques i formant els professionals que han d’intervenir-hi.
- c. Actuar en l’àmbit de la cooperació internacional per treballar des dels països d’origen per a l’eradicació d’aquestes pràctiques.

- d. Cooperar amb mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per poder fer front a la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, així com mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de nenes i menors, i quan hi hagi risc per a la seva salut, les i els professionals han de poder comptar amb mecanismes que els possibilitin la realització de la intervenció quirúrgica.

Com s'ha observat, la immigració africana que prové d'un país on la pràctica és prevalent, arriba a Espanya i concretament a Catalunya. A partir d'aquí els governs actuen per tal de prevenir casos de MGF al nostre país. Aquestes accions, són per una banda la promulgació de lleis en contra la pràctica i per altra les mesures protocol·làries establertes per la Generalitat de Catalunya per tal de garantir unes accions coordinades entre els diversos professionals i evitar casos de MGF.

## **20 Protocol català per prevenir les MGF:**

El juny del 2002 es va presentar el Protocol de prevenció de les mutilacions genitals femenines. Aquest era el resultat del treball interdisciplinari de la Comissió de Persones Expertes que el Parlament havia organitzat per tal de dissenyar un pla contra la pràctica a Catalunya. S'ha d'entendre el Protocol d'actuacions contra la MGF, com aquell conjunt de mesures i mecanismes que s'han de seguir per emprendre qualsevol acció per prevenir la MGF.

El febrer del 2008, la Comissió de Seguiment presenta la nova edició del protocol d'actuacions per prevenir la MGF, que és una reforma del protocol de prevenció de la MGF vigent fins aleshores. És creu necessària una revisió i reestructuració del protocol ja que durant els anys de funcionament d'aquest, es tipifica com a delictes la mutilació genital en el Codi penal i a més hi ha canvis en els criteris d'extraterritorialitat en l'execució del delictes. En aquest moment, la Comissió de Seguiment<sup>26</sup> elabora el nou

---

<sup>26</sup> Composta pels departaments d'Educació, d'Interior i Relacions Institucionals i Participació, de Salut i d'Acció Social i Ciutadania per mitjà de la Secretaria de Polítiques Familiars i Drets de Ciutadania, de la Secretaria d'Infància i Adolescència, de l'Institut Català de les Dones i de la Secretaria per a la Immigració.

Protocol d'actuacions per a professionals dels diferents àmbits d'intervenció, tot adaptant-lo a noves realitats socials i jurídiques.

Com que la MGF és considerada un acte de violència contra les dones, aquest protocol es complementa i es coordina amb el Protocol marc i circuit nacional per la prevenció i intervenció coordinada envers la violència masclista, que es fa posteriorment.

Així doncs, el protocol d'actuacions per prevenir la MGF està dirigit als diversos professionals de la salut, cossos de seguretat, centres docents, serveis socials, professionals d'atenció als menors en risc i associacions que treballen per la prevenció de la MGF. Aquest protocol permetrà paucar els passos a seguir en el moment de detectar una situació de risc i les accions coordinades que han de dur a terme entre els diversos professionals. A més, es complementa amb informació addicional sobre la MGF, les conseqüències que aquesta pot comportar, els possibles factors de risc i els indicadors de sospita d'una MGF, el marc legal entorn la pràctica i les recomanacions generals a tenir en compte a l'hora de realitzar la prevenció.

#### **20.1 Circuit nacional per a una intervenció coordinada:**

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF estableix un circuit coordinat per actuar en prevenció, detecció, atenció i recuperació de casos de MGF. (Veure **annex D** en el que es mostra un esquema del circuit nacional per la intervenció coordinada de les MGF).

##### **20.1.1 Prevenció:**

És la primera fase del circuit, en la que s'ha de realitzar prevenció des de tres àmbits, per mitjà de la informació i formació per a professionals, per tal d'informar-los i educar-los sobre el tema i garantir que es dugui a terme prevenció a les famílies en risc, així com també, saber quines accions s'han d'emprendre en cada moment; prevenció a la ciutadania i a les famílies immigrants africanes, per tal de sensibilitzar-los entorn la pràctica.



- **Informació i formació per a professionals:** inclou de manera general la formació dels diferents professionals que treballen entorn el tema. Concretament però, es realitzen com a més rellevants els cursos de formació específica per a professionals de la salut en col·laboració amb l'IES (Institut d'Estudis de la Salut). També s'elabora la guia per a professionals; *Mutilació Genital Femenina, Prevenció i Atenció*.
- **Ciutadania:** representa la informació i educació sanitària dins el marc de les activitats de salut comunitària que es desenvolupen en l'àmbit d'atenció primària, a iniciativa dels professionals de la salut. També s'elabora material informatiu i es treballa de manera coordinada amb associacions que es dediquen a la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació sanitària.
- **Famílies:** fa referència a la informació i educació sanitària a les nenes i a les seves famílies pels professionals d'atenció primària de la salut. Aquesta es dona en el moment de la consulta o visita mèdica i pot ser des de la medicina general, la pediatria, la salut sexual i reproductiva i els professionals de la ginecologia.

A l'**annex E** s'hi troba un tríptic de l' Institut Català de la Salut que té la funció d'informar i sensibilitzar entorn la MGF.

#### **20.1.2 Recursos:**

En aquest apartat es fa referència a aquells recursos que estan vigents en alguna de les fases de prevenció, actuació i recuperació davant una MGF. Els recursos actuen de manera coordinada i activa. Aquests són:

- Recursos sanitaris: incloent tots aquells professionals de medicina general, pediatria, salut sexual i reproductiva i professionals de la ginecologia.
- Recursos educatius: fent referència a tot el professorat de tots els nivells educatius en els quals s'hi trobi població de risc. Però evidentment està més enfocat a aquell professorat de centres d'educació infantil i primària o secundària, en els quals es poden trobar menors en risc.

- Serveis socials: format per l'EBASP (Equip Bàsic d'Atenció Social Primària). És aquell equip format per treballadors i educadors socials que tractarà els temes.
- Professionals d'atenció als menors en risc: format per l'EAIA (Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència), compost generalment per un psicòleg, psicopedagog i un treballador social. L'EAIA està present en cada comarca del territori català i que depèn de la DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència). Aquesta es troba com a òrgan de la Generalitat de Catalunya i s'encarrega de vetllar per la protecció dels menors i assumir-ne la tutela quan aquests han de ser separats de les seves famílies.
- Recursos de seguretat: són els cossos policials. Els mossos d'esquadra són els que actuarien en cas de MGF a Catalunya.
- Associacions que treballen per a la prevenció de la MGF: com podrien ser l'Associació Equis-Mgf, que és un Equip de Sensibilització sobre Mutilacions Genitals Femenines; l'Associació E-kre@, que duu a terme intervenció comunitària per a la prevenció de les MGF; l'Associació Yamari-kafo i l'Associació de dones antiablició (Amam Espanya), entre d'altres.

### **20.1.3 Actuació:**

Aquesta fase s'activa en el moment en el qual es percep un possible risc o un indicador de sospita de MGF. A partir d'aquí, cal diferenciar entre si la situació és es urgent o no i prendre les accions adequades en cada cas.

#### Motius d'atenció i possible risc:

1. Pertànyer a una ètnia que practiqui la MGF, ja que la majoria de nenes i dones amb casos de MGF són originàries de països en els que es practica la MGF. Per a facilitar-ne la detecció, es pot aplicar al país, ja que és molt difícil determinar quines són les ètnies practicants en concret, així que podrem identificar casos de risc si aquella família és originària d'un país en el que la MGF es practiqui i hi sigui prevalent. A nivell estatal la població immigrant en risc de MGF per país d'origen prové de Senegal, Gàmbia, Nigèria, Mali, Ghana i Guinea. En el moment en el que es detecta població d'algun d'aquests països és necessària començar la prevenció.

2. Pertànyer a una família en la que la mare i/o les germanes més grans hagin estat víctimes de la MGF. Si s'ha realitzat la MGF a algun dels familiars de la nena, és possible que també se li vulgui practicar a ella. Però per altra banda, també pot ser que la família hagi decidit abandonar la pràctica un cop a Catalunya.
3. Pertànyer a un grup familiar practicant que tingui molt present el mite de retorn al país d'origen. Aquest serà un factor de risc molt important, ja que determinarà la possibilitat pràcticament segura de que els pares creguin necessària la pràctica per a la seva filla, sobretot en algun viatge al país d'origen.
4. Proximitat d'un viatge o unes vacances al país d'origen, en el qual s'ha d'activar el Protocol per assegurar que els pares no realitzaran MGF a la seva filla un cop al país d'origen.

#### Indicadors de sospita:

Són els indicadors de sospita propis normalment després d'haver-se produït una MGF de manera recent. Cal tenir en compte aquests indicadors sobretot després del viatge o vacances al país d'origen.

- Tristesa i manca d'interès.
- Canvis de caràcter.
- Caminar amb les cames juntes o molt separades.
- Neguit a l'hora d'asseure's.
- Pal·lidesa cutani-mucosa.
- Síntomes d'anèmia subaguda.
- No realitzar exercicis físics o no voler participar en jocs que impliquen activitat.
- Comentaris fets a les companyes de l'escola.

A partir de la detecció dels motius de risc, cal iniciar l'atenció de la nena o dona. En aquest moment podem parlar d'una actuació urgent o una actuació no urgent.

Parlem d'una situació no urgent quan únicament ens trobem davant d'una família africana. En primer lloc cal determinar-ne els possibles nivells de risc, així com

proporcionar-los informació per tal de sensibilitzar-los entorn de la situació de la MGF a Catalunya. Es treballa en xarxa amb associacions que es dediquen a la prevenció de la MGF. A més, es pot promoure la participació de les persones de la pròpia comunitat com a agents actius que afavoreixin les dinàmiques de col·laboració. A partir d'aquí, es realitzarà un seguiment de la família i es treballarà de manera coordinada amb els diversos professionals que intervenen en el procés.

En el moment en el que detectem un possible motiu de risc, s'activa el protocol d'atenció urgent. Primerament es proporcionarà informació sobre la MGF a la família. En el cas de detectar situació de risc per proximitat de viatge es demanarà el compromís per escrit de la no-mutilació de la nena, aquesta acció és duta a terme des de serveis sanitaris. Si la família es mostra totalment a favor de la pràctica i observem situació de risc elevat, ho farem saber als mossos d'esquadra i aquests ho comunicaran a la fiscalia i/o al jutjat. També es treballa de manera conjunta amb serveis socials i l'EAIA.

Cal tenir en compte, a més, que també podem trobar-nos davant d'una MGF consumada, és a dir, una dona o nena a la que se li hagi realitzat la MGF. En aquest moment caldrà fer un diagnòstic de la mutilació, avaluar-ne el grau d'afectació i fer-ne el tractament que li calgui. Durant aquesta fase es treballa de manera conjunta amb serveis sanitaris, que són els que realitzaran el diagnòstic i tractament de la MGF sempre i quan sigui necessari. També intervindran els EAIA conjuntament amb serveis socials.

#### **20.1.4 Recuperació:**

És l'última fase del procés, en la qual hi ha l'actuació dels professionals dels serveis socials, professionals de la salut, de l'àmbit escolar, dels EAIA, de les associacions del territori que treballen entorn la prevenció de la MGF i dels cossos de seguretat. Cal garantir l'atenció en les conseqüències tan físiques com psíquiques que li hagi causat la MGF a la nena o dona.

Segons l'Article 71 del Projecte de Llei de drets de les dones per a l'eradicació de la violència masclista: "s'han de garantir els mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per tal revertir els efectes de la mutilació practicada".

En la fase de recuperació es portaran a terme processos judicials sempre i quan trobem el cas d'una menor a la que se li hagi realitzat MGF. En aquest moment els pares seran declarats culpables d'haver dut a terme un maltractament infantil (lesió de la integritat física de la nena). Si estem davant el cas d'una dona major a la que se li detecti una MGF, no serà denunciada, sinó que únicament se'n garantirà la recuperació física, donant-li la possibilitat d'una intervenció de reconstrucció de clítoris, i del recolzament psicològic que li calgui. Procés que també es garantirà a la menor.

#### Reconstrucció de clítoris a Catalunya:

Davant la MGF, el Departament de Benestar Social i Família i l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament treballen de forma conjunta per tal que la sanitat pública catalana porti a terme una reconstrucció del clítoris a dones i nenes que han patit MGF i siguin residents a Catalunya.

La reconstrucció de clítoris forma part del conjunt d'accions del govern català per lluitar contra la MGF i fer recolzament a dones i nenes que ho han patit.

Per poder accedir al tractament, les dones afectades i amb residència a Catalunya s'han d'adreçar al seu CAP (Centre d'Atenció Primària). Els CAP que disposin d'ASSIR (Unitat d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva), faran la derivació de la dona a l'hospital públic autoritzat per fer la intervenció quirúrgica. En el cas de que CAP no tingui unitat d'ASSIR, derivaran a la pacient al centre més proper que en disposi.

La intervenció quirúrgica es durà a terme per professionals de ginecologia i cirurgia plàstica, tot i que no es garanteix la total recuperació de la sensibilitat. Les despeses correran a càrrec del sistema sanitari públic català.

#### **20.2 Recomanacions per la bona actuació:**

- Procurar els coneixements necessaris per part dels professionals implicats en el protocol, per tal de que aquests puguin tractar casos de MGF amb la màxima qualitat.

- Garantir que els diversos professionals que realitzen prevenció entorn la MGF informin a les famílies sobre les conseqüències físiques i psicològiques que pot comportar la MGF, així com també la situació legal a Espanya.

El treball de sensibilització té com a objectiu l'abandonament de la pràctica per part de la pròpia família i assegurar-ne així la protecció de les seves filles.

- En el cas de realitzar treball d'informació i sensibilització entorn la MGF en l'àmbit comunitari, és important la participació de persones actives d'aquesta comunitat.
- Promoure el protagonisme de la dona africana per sensibilitzar a la comunitat i als homes de l'autoritat femenina necessària per permetre un canvi que pugui eradicar la MGF.
- Quan es detecta una dona amb MGF consumada, cal actuar segons la Llei. Però en el cas que hi hagi menors dins el nucli familiar caldran mesures preventives. En el primer cas, cal oferir suport psicològic quan sigui necessari.
- Cal tenir sempre en compte la confidencialitat i tractar el tema amb la màxima cura i sensibilitat possibles, sobretot quan sigui davant mitjans de comunicació.
- Mossos d'esquadra fa unes recomanacions que pretenen facilitar els abordatges proactius i preventius. Pel que fa a l'abordatge preventiu de la MGF, cal tenir sempre en compte que la via judicial serà l'última de les actuacions a la que s'acudirà, en els casos en els que les intervencions fetes pels diversos professionals de manera coordinada, segons indica el Protocol, no s'aconsegueixin. Per altra banda, és fonamental que la família abandoni la pràctica per propi convenciment i gràcies a la informació que els diversos professionals li han proporcionat. Però en el moment en el que la situació de la menor es trobi en perill, els seus drets i integritat física s'hauran de protegir i per tant, en l'àmbit proactiu, es duran a terme les mesures necessàries per protegir-la segons dictamini el jutge.

### **20.3 Intervenció:**

En aquest apartat s'explicarà de manera detallada els processos que duen a terme cadascun dels professionals en les diferents fases, prevenció, possible situació de risc i sospita de consumació, és a dir, possible MGF.

### 20.3.1 Professionals de la salut:

#### Informació i formació:

Pel que fa a la formació del personal sanitari entorn el tema per tal de poder-hi treballar amb els immigrants de risc, es concedeixen cursos específics per a professionals de la salut, organitzats també per IES (Institut d'Estudis de la Salut). A més, cal que els professionals d'aquest àmbit tinguin present en tot moment la Guia per a professionals: *Mutilació genital femenina, prevenció i atenció*.

Per tal d'informar i sensibilitzar a la ciutadania, sobretot aquelles persones en risc, els professionals de la salut d'atenció primària, poden organitzar activitats per promoure la informació i educació sanitària entorn la MGF. Així com també es pot elaborar material informatiu. En el moment de la sensibilització a la població, el personal sanitari treballarà de manera coordinada amb Associacions que treballen per la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació sanitària. Sempre que sigui possible, tal com s'indica a les recomanacions generals pel bon seguiment del protocol, és important la participació de persones de la pròpia comunitat que promoguin el canvi.

En l'àmbit familiar, tot professional de la salut ha de realitzar informació i educació sanitària a les famílies de les nenes que es trobin en risc. Aquesta es pot realitzar en les visites al CAP.

#### Actuació en les situacions de risc:

En cas de que la nena sigui **procedent d'un país on la pràctica sigui habitual**, sigui **filla d'una mare mutilada o tingui germanes més grans mutilades**, entenent que ens podem trobar en un d'aquests factors o fins i tot en tots tres, es duen a terme les mateixes accions. En primer lloc, el professional pediàtric realitzarà una exploració genital a la nena, la qual permetrà descartar o diagnosticar un possible cas de MGF. En el cas de que la nena estigui mutilada és important realitzar la prevenció de possibles familiars en risc, que en aquest cas serien les germanes més petites, a les que se'ls hi ha de fer una exploració acurada. Si aquestes últimes no han estat mutilades, el professional pediàtric es posarà en contacte amb serveis socials per tal de fer-ne una

prevenció conjunta i activa. Quan la nena no està mutilada, cal avaluar els possibles nivells de risc en els que es troba la família, realitzant una entrevista clínica en la qual se'ls pot demanar preguntes indirectes que mostrin un possible risc. Aquestes poden ser: les costums tradicionals de la seva comunitat africana (que ens permet evidenciar si la pràctica és duta a terme entre els membres de la seva comunitat), les seves intencions tant a curt com a llarg termini (per poder determinar si tenen pensat realitzar un viatge al país d'origen). En tot moment es proporcionarà informació sobre les conseqüències i la situació legal de la MGF a Catalunya. En aquesta fase també es pot treballar amb associacions i membres de la mateixa comunitat per sensibilitzar a la població entorn l'abandonament del tema.

També podem parlar d'una situació de risc quan es detecten noies **adolescents, dones o embarassades mutilades**. En aquest moment cal realitzar una entrevista clínica i l'exploració ginecològica. Seguidament s'avaluarà l'afectació tant física, psicològica com sexual que pugui haver produït la MGF. Cal sempre oferir tractaments tant físics com psicològics i de recolzament. En aquesta fase es treballa en xarxa amb altres professionals que garanteixin el tractament de la dona. A més, també s'ha de proporcionar informació i educació sanitària sobre la MGF, des d'associacions especialitzades i membres de la mateixa comunitat, amb l'objectiu de realitzar prevenció entorn la MGF. Quan ens trobem davant el cas d'una **dona embarassada mutilada**, n'hem de valorar el grau d'afectació i les seqüeles que la MGF pot comportar al moment del part. Quan la dona està embarassada d'una nena cal iniciar una prevenció eficaç i coordinada amb el CAP, per tal d'evitar-ne una possible MGF.

Quan la situació de risc sigui la de **nenes amb proximitat de vacances al país d'origen o els comentaris que fa la nena sobre aquest en l'àmbit escolar**. Com que tractem una proximitat de viatge es realitzarà una exploració genital a la nena per garantir la integritat dels seus genitals. A partir d'aquí, el professional de pediatria explica a la família les conseqüències físiques, psicològiques i legals que pot comportar la pràctica. A continuació, es demana el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà a la nena al país d'origen. També cal acordar una pròxima visita posterior al viatge, per comprovar la integritat genital de la petita. Durant aquest procés es treballa de manera coordinada amb altres professionals dels serveis socials, de l'àmbit escolar



(en el cas de detectar a una alumna que parla molt sobre un viatge molt esperat a l'Àfrica), els EAIA i d'associacions que treballen per la prevenció de la MGF.

A l'**annex F** s'hi pot observar el programari que fan servir els CAP (pediatres) per enregistrar la situació de la MGF en cada família d'origen africà i poder-ne identificar possibles factors de risc, que permetin dur a terme les accions segons siguin necessàries. A més, a l'**annex G** hi trobem el compromís informat per evitar la MGF, en diversos idiomes.

En el cas de trobar-se amb una família que mostra **arrelament a la pràctica** i que no dóna garanties suficients de la protecció de la integritat física de la nena, els professionals sanitaris es posaran en contacte amb els serveis socials i l'EAIA i si és necessària també hi intervindrà l'acció policial. Si no es percep risc neutralitzat el cas passarà al jutjat i a la fiscalia. En el cas en el que ens trobem davant d'un viatge imminent al país d'origen i s'han d'iniciar accions per protegir a la nena, es passa el cas directament als jutjat.

#### Sospita de consumació:

En primer lloc s'explorà la zona genital per tal de diagnosticar la mutilació. Si no es detecta la mutilació genital, cal realitzar prevenció informant sobre la pràctica, així com continuar els controls genitals.

Si la sospita de consumació es confirma cal fer una denúncia i un informe de lesions al jutge. A partir d'aquí, s'explorà a les germanes més petites de la víctima, per saber si aquestes han estat mutilades. En cas de no haver-ho estat s'informarà a serveis socials per fer prevenció activa de les nenes en risc.

És molt important el treball coordinat i en xarxa amb els diversos professionals. En la víctima per MGF cal garantir-ne el suport tan físic com psicològic per disminuir-ne les seqüeles.

### 20.3.2 Professionals dels serveis socials d'atenció primària:

#### Informació i formació:

Cal formar a tots els professionals dels EBASP.

A nivell col·lectiu cal fer xerrades i treball comunitari amb associacions d'immigrants de l'Àfrica Sub-Sahariana. A més, també seria convenient la realització de xerrades a centres de formació d'adults on hi hagi presència d'alumnes africans. És important introduir associacions que treballin per la prevenció de la MGF i fer participar a membres de la comunitat en diverses reunions d'informació i educació. És fonamental editar material informatiu entorn el tema.

Pel que fa a les famílies els EBASP són els que realitzaran la intervenció i si fos necessari s'acudiria als EAIA.

#### Situacions de risc:

Els EBASP intervenen amb el suport puntual dels EAIA, quan sigui necessari, en el cas de detectar situació de risc per **proximitat de viatge al país d'origen**. En aquest moment cal una coordinació entre els diversos professionals i associacions locals que treballin per la prevenció de la MGF per tal de sensibilitzar a la família en l'abandonament de la pràctica. Si això no s'aconsegueix es demana suport de la policia en la gestió. Si la família continua a favor de la pràctica el cas es passa al jutjat i a la fiscalia.

Quan ens trobem davant d'una situació de **proximitat imminent de vacances al país i/o comentaris de la nena a les amigues i la família està a favor de la pràctica**, el cas es passa directament a la fiscalia.

#### Situació de consumació

Si es té coneixement d'una mutilació genital, el professional ho farà saber directament a la fiscalia. A més, és necessari treballar amb recursos d'atenció i recuperació de dones en situació de violència.

### 20.3.3 Professionals de centres docents:

#### Informació i formació:

S'orienta i s'assessora als professionals dels centres educatius sempre i quan el centre tingui dubtes o demandes sobre aquest tema.

#### Situació de risc:

Es poden detectar els factors de risc de **proximitat de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues**. En aquest cas si es detecta que la família està a favor de la MGF o bé que la nena ho comenta a les seves amigues o al professorat, s'ha d'informar de la situació als EBASP, DGAIA i a l'/la inspector/a del centre educatiu.

#### Sospita de consumació:

Si el centre educatiu té una clara sospita de que s'ha realitzat una MGF, informarà al DGAIA, la fiscalia o bé el jutjat de guàrdia i l'/la inspector/a del centre educatiu, que emprendran mesures legals.

És rellevant el fet de tractar aquest tema amb el màxim respecte i confidencialitat per tal de no estigmatitzar l'alumna per la situació en la que es troba.

### 20.3.4 Professionals d'atenció als menors en risc:

#### Informació i formació:

Es proporciona formació específica sobre la MGF a aquells professionals que hi hagin de treballar.

Les famílies disposen del suport de l'EBASP i si fes falta dels EAIA.

#### Situació de risc:

En aquest cas es detectaran les situacions de risc per proximitat **de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues**, a partir d'aquí s'iniciarà el treball de l'EBASP amb el suport puntual dels EAIA. Si els **pares es mostren a favor de la MGF** o bé diuen que **la realitzaran al país d'origen**, el professional ho comunicarà directament a la fiscalia de menors per emprendre accions judicials.

#### Sospita de consumació:

Si el professional d'atenció als menors en risc té constància d'una MGF ho ha de denunciar a la fiscalia de menors.

Per altra banda, si a la DGAIA se li comunica una possible MGF o risc, aquesta realitzarà els tràmits de denúncia a la fiscalia o jutjat competent, en la que es podran demanar mesures, segons l'informe que hagi realitzat aquella persona que ha detectat el cas i posteriorment l'ha derivat.

#### **20.3.5 Professionals dels cossos de seguretat:**

##### Informació i formació:

En primer lloc la policia rebrà una formació aproximada de la MGF.

Els cossos de seguretat intervindran en les xerrades informatives que es fan en l'àmbit col·lectiu immigrant, sempre i quan aquestes persones siguin originaries d'un país practicant de MGF. La seva funció serà la d'informar sobre la situació legal de la MGF a Catalunya, explicant que és un delictes.

La policia de proximitat pot informar a les famílies sobre el tema.

##### Situació de risc:

Els cossos policials actuen en les situacions de risc de **proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues**. En aquesta fase el seu objectiu és el de treballar de manera activa i coordinada amb altres professionals per un cop detectada la situació de risc neutralitzar-la. Si no s'aconseguís, seria necessari derivar el cas al jutjat i a la fiscalia per establir mesures. Per altra banda, també poden tramitar denúncies quan algun dels diversos professionals ho creuen necessari per la situació de risc en la que es troba.

##### Sospita de consumació:

Un cop es detecta un cas de MGF consumada, tant si hi ha hagut una intervenció prèvia de diversos professionals com si els cossos policials són els que detecten la MGF

primer, aquests tenen la funció de tramitar la denúncia al jutjat, i a partir del que aquest dictamini, realitzar la investigació policial que sigui necessària.

Veure **annex H** en el que es mostren dades violència masclista, contemplant la MGF. Hi ha dades de l'any 2009 als 9 primers mesos del 2015.

### **20.3.6 Associacions que treballen per la prevenció de les MGF:**

#### Informació i formació:

En primer lloc, tenen la funció de sensibilitzar als professionals dels diferents àmbits sobre el tracte amb població immigrant per tal de millorar-ne la prevenció.

S'encarreguen de l'elaboració de material informatiu. S'impliquen en la potenciació del protagonisme de dones africanes i en concret les seves associacions per tal de promoure la prevenció sobre el tema. Alhora també es busca animar els col·lectius immigrants per tal de que s'uneixin en la lluita per acabar amb la MGF, actuant també com a interlocutors dins la pròpia comunitat.

En la seva actuació amb les famílies es busca establir un diàleg entre tots els membres de la família.

#### Situació de risc:

Aquestes associacions actuen en dos moments de risc. Per una banda parlaríem de situació de risc per **proximitat de vacances al país d'origen**. Aquí les associacions aporten a la família una guia de recursos suport al país d'origen. Així com també realitzen activitats per informar sobre legislació, drets de l'infant i les conseqüències que pot provocar la MGF. Sempre treballant de manera coordinada amb l'EBASP i els equips de salut.

Per altra banda, un altre tipus de risc serien els de **comentaris de la nena a les amigues**. Com a primer pas l'associació iniciarà un diàleg sensibilitzador amb la família. Si no es percep una neutralització del recolzament a la MGF, l'associació ha de comunicar-ho a l'EBASP, que serà l'encarregat de realitzar les actuacions necessàries.

### Sospita de consumació:

Si la detecció de la MGF parteix d'una associació, la primera acció que aquesta durà a terme serà la d'informar a l'EBASP de les conseqüències que pot comportar la MGF. A partir d'aquí s'haurà de posar en contacte amb l'EBASP per iniciar totes les mesures preventives possibles en el cas de que la mutilada tingui germanes més petites o altres familiars. També es realitzarà una exploració acurada per observar-ne l'afectació de la zona i fer una denúncia judicial si es creu necessari.

En el cas de que l'associació per la prevenció de la MGF no detecti pels seus propis mitjans una MGF consumada, sinó que ja hi hagi hagut una intervenció professional prèvia, aquesta es limitarà a donar suport en les diverses actuacions que es duguin a terme segons el protocol.

### BLOC III: LA MGF A VIC

#### 21 Immigració a Vic:

Vic té un total de 2.878 immigrants procedents de països africans que practiquen la MGF. D'entre aquests hi ha un total de 954 dones.

En la següent taula s'hi mostren totes les nacionalitats d'immigrants a Vic que realitzen la MGF al seu país d'origen. S'hi pot observar el total d'immigrants en nombre i percentatge, total d'homes i el seu percentatge, total de dones i també amb el seu percentatge i finalment la prevalença que aquestes nacionalitats tenen al país d'origen.

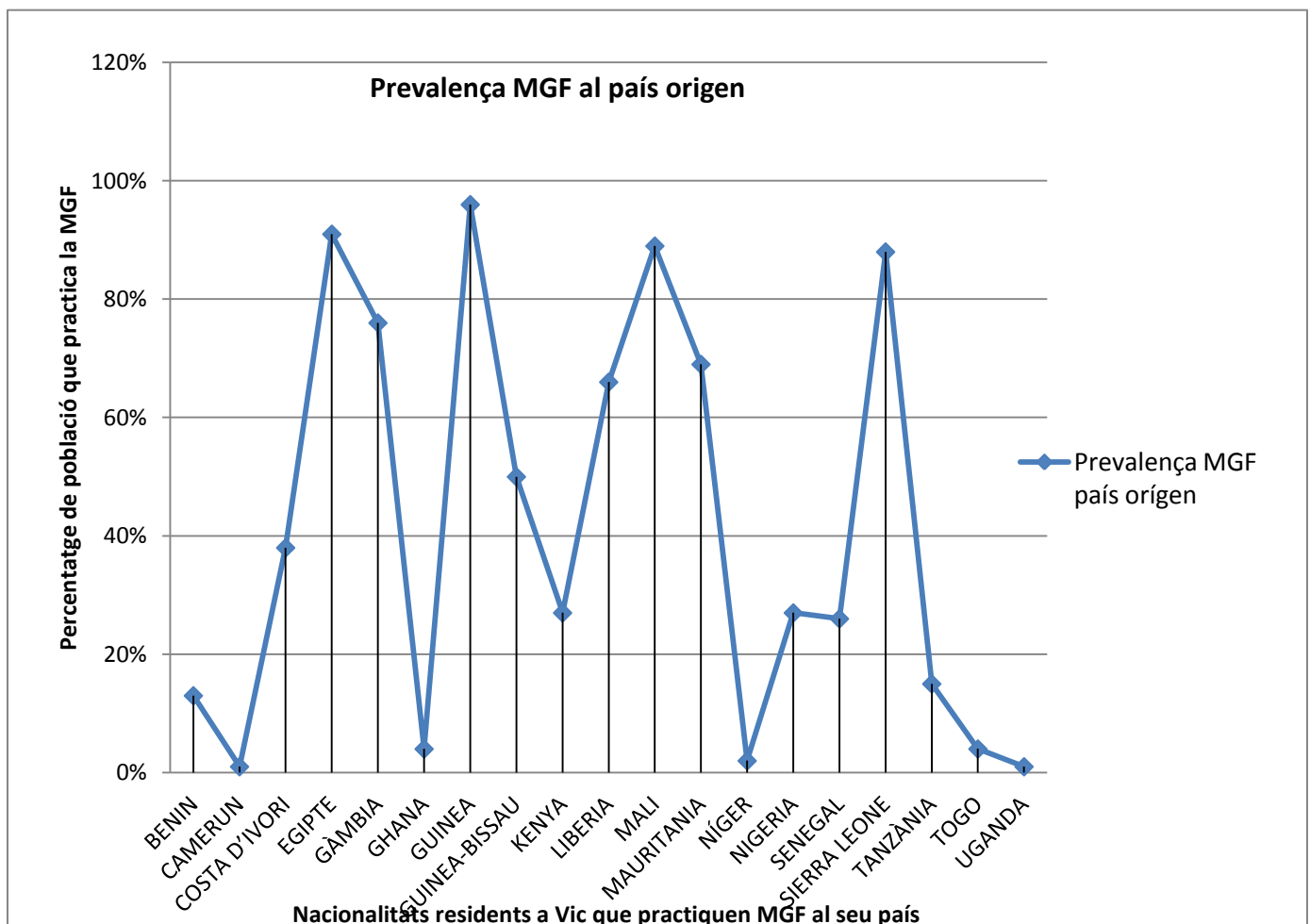
#### Nacionalitats immigrants residents a Vic amb MGF elevada al país d'origen

Nacionalitats immigrants residents a Vic amb MGF elevada al país d'origen	Total immigrants	% del total immigració	Total homes	% homes	Total dones	% dones	Prevalença MGF país origen
BENIN	17	0'04	14	82'35	3	17'65	13 %
CAMERUN	4	0'01	3	75	1	25	1 %
COSTA D'IVORI	7	0'02	3	42'86	4	57'14	38 %
EGIPTE	2	0'00	0	0'00	2	100	91 %
GÀMBIA	19	0'04	15	78'95	4	21'05	76 %
GHANA	1689	3'87	1150	68'09	539	31'91	4 %
GUINEA	9	0'02	7	77'78	2	22'22	96 %
GUINEA-BISSAU	64	0'15	56	87'50	8	12'50	50 %
KENYA	1	0'00	1	100	0	0'00	27 %
LIBERIA	2	0'00	2	100	0	0'00	66 %
MALI	77	0'18	56	72'73	21	27'27	89 %
MAURITANIA	1	0'00	1	100	0	0'00	69 %
NÍGER	2	0'00	1	50	1	50	2 %
NIGÈRIA	596	1'37	312	52'35	284	47'65	27 %

SENEGAL	380	0'87	298	78'42	82	21'58	26 %
SIERRA LEONE	1	0'00	0	0'00	1	100	88 %
TANZÀNIA	1	0'00	1	100	0	0'00	15 %
TOGO	5	0'01	4	80	1	20	4 %
UGANDA	1	0'00	0	0'00	1	100	1 %

Font: elaboració pròpia a partir del resum numèric de nacionalitats de l'Ajuntament de Vic.  
(Consultar **annex I** per veure el resum numèric de totes les nacionalitats residents a Vic).

La nacionalitat amb més nombre d'immigrants procedents de països amb MGF és la ghanesa, amb un total de 1.689 habitants. Seguida per la nigeriana, amb 596 habitants i la senegalesa, amb un total de 380 persones.

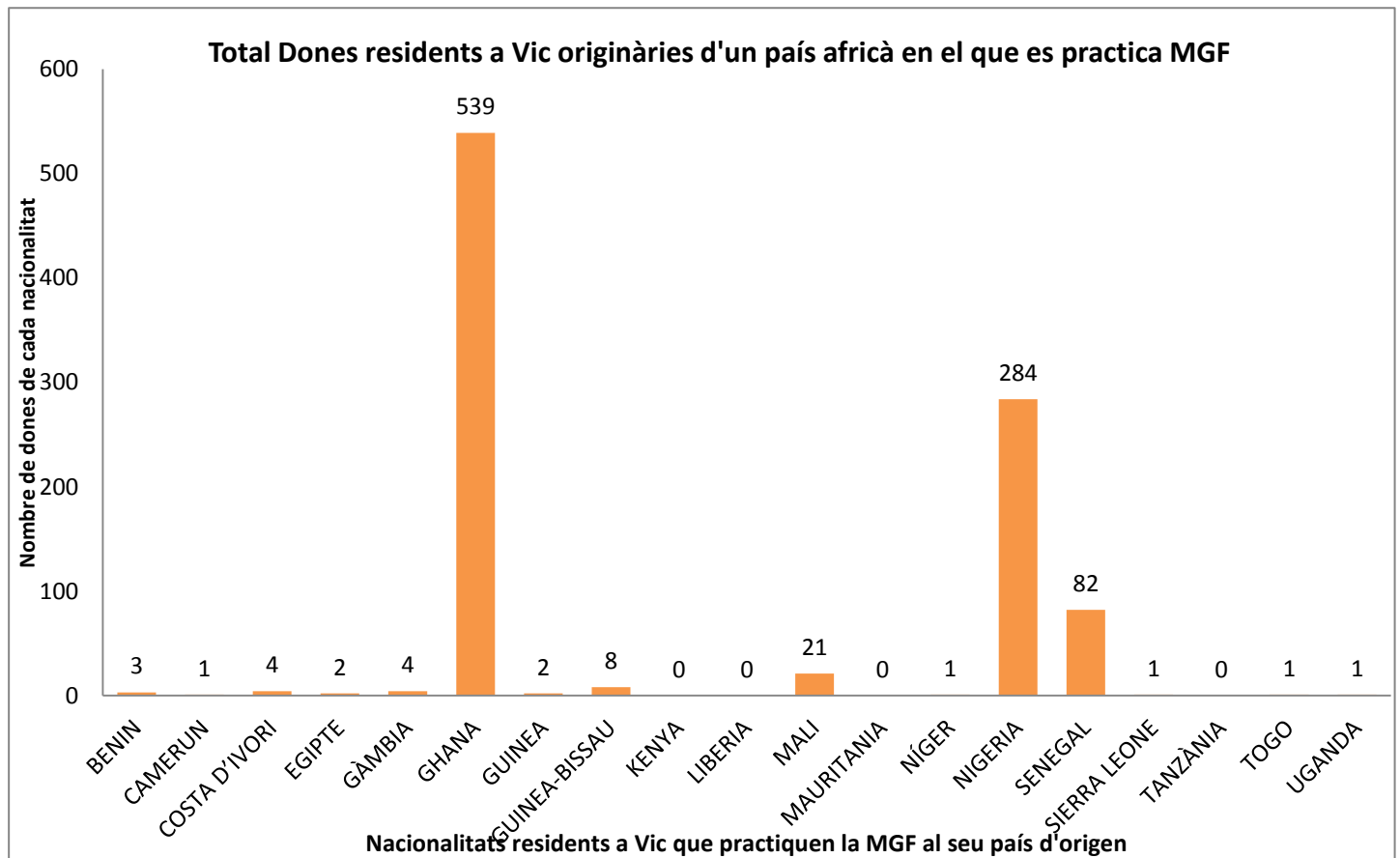


Font: elaboració pròpia a partir de dades de prevalença dels diversos països de *Female Genital Mutilation/Cuttin: a statistical overview and exploration of the dynamics of change* (UNICEF).



Tot seguit es comenta la informació en dos gràfics que permeten observar el nombre de dones residents a Vic procedents de països on la MGF es practica i alhora la prevalença de MGF que hi ha al seu país.

D'aquesta manera es pot interpretar si hi h un dels riscos de MGF, família procedent d'un país en el que es practica la MGF.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades del resum numèric de nacionalitats d'immigrants residents a Vic, proporcionat per l'ajuntament de Vic.

Si fem un estudi comparatiu veiem que la major nacionalitat de dones immigrants, que practiquen la MGF al seu país d'origen i residents a Vic, és la ghanesa, amb 539 dones. Seguida de la nigeriana, amb 284 dones. La tercera amb més dones immigrants a Vic d'aquests països és la Senegalesa, amb 82 dones. En quart lloc trobem les immigrants de Mali, que són un total de 21 dones. La resta de dones immigrants de nacionalitats prevalents de MGF són mínimes, la màxima arriba a les 8 dones, Guinea-Bissau. Les altres no superen les 4 dones.

Si relacionem les immigrants amb la prevalença de MGF que hi ha al seu país observem que Ghana té un 4% de població practicant de la MGF. Nigèria en té un 27%. Senegal un 26% i Mali un 89%.

Podríem dir, segons el breu estudi realitzat, que la nacionalitat femenina que té més immigrants a Vic és la ghanesa, amb 539 dones. La prevalença d'aquesta país, però, és molt baixa, d'un 4%. Hi ha 21 dones de Mali, que té una prevalença molt alta, del 89%. Finalment, podríem dir que de les nacionalitats immigrants a Vic que són originàries d'un país practicant, la que té la prevalença més elevada de MGF al país, és Guinea, amb un 96%. Únicament, però, hi ha 2 dones guineanes.

## **22 Entrevistes als diversos professionals:**

He decidit centrar-me en l'actuació dels diversos professionals de Vic que tracten amb la MGF. Ja sigui en la prevenció, detecció de riscos o actuació. Tot seguit exposaré un comentari de cada una de les entrevistes

### **22.1 Entrevista a una infermera pediàtrica del CAP EAP VIC el Remei**

#### **(Annex J)**

Una professional en l'àmbit pediàtric és fonamental, ja que és la que fa el seguiment de les nenes des dels 0-15 anys de manera periòdica, tant a nivell de desenvolupament físic, psicològic, familiar i social. Per aquests motius pot detectar fàcilment situacions de risc tan a nivell familiar com per la integritat física dels seus genitals.

No hi ha una formació específica de manera periòdica i obligada pel sistema, sinó que són recomanacions de millora que els professionals de pediatria, en aquest cas, poden decidir si realitzar o no. Ella decideix fer-ho voluntàriament pel nombre elevat d'immigrants que atén. Pensa que possiblement serien necessàries millores en la formació que reben, concretament en informacions actualitzades sobre la situació de la MGF tant als països d'on és originària com a Catalunya.

El CAP EAP Vic, on ella treballa, no realitza prevenció a la ciutadania. En l'àmbit familiar es realitza prevenció a totes les famílies africanes que acudeixen al CAP. Se'ls parla de les conseqüències físiques que pot comportar la MGF i de la situació legal.

Les situacions de risc principals i que creen una alerta són: mares mutilades i embarassades d'una nena i proximitat de viatge al país d'origen. En el primer cas les llevadores del centre proporcionen aquesta informació directa. Per altra banda, per detectar proximitat de viatge ella pregunta sobre si la família té pensat viatjar a l'Àfrica. Una altra manera indirecte per detectar proximitat de viatge és preguntant-los sobre les vacunes de la nena, que són imprescindibles per viatjar al país d'origen. En el moment en el que aquesta situació de risc es confirma es farà firmar a la família el compromís de no mutilació de la nena i es treballarà de manera conjunta amb serveis socials.

Creu que hi ha alguna mancança en el sistema i que algun cas podria passar desapercbut.

## **22.2 Entrevista a una treballadora social de l'Ajuntament de Vic:**

**(Annex K)**

La treballadora social, treballa al Departament de Benestar i Família, dins l'Ajuntament. Aborden tots aquells temes que tenen a veure amb la detecció i prevenció de situacions de risc social. Ens comenta que malgrat la formació no sigui obligatòria sí que ha realitzat cursos perquè li és fonamental per una millor actuació envers el tema.

Des de Vic, malgrat seria necessari segons el Protocol del "Bon Tracte Infantil", no es realitza sensibilització a la comunitat. Des de serveis socials, però, s'envia a un treballador social a les escoles, que aporta informació sobre el tema per un millor abordatge.

L'alerta de risc per MGF pot arribar a serveis socials des de pediatria, centres docents o detectat per ells mateixos.

Ens explica que la MGF és un tipus de maltractament i costa molt detectar-ne evidències, ja que és un aspecte íntim de la família.

### **22.3 Entrevista a una treballadora social de l'Hospital Universitari de Vic:**

#### **(Annex L)**

És treballadora social de l'Hospital Universitari de Vic. Cal esmentar la diferència de la funció entre una treballadora social a nivell de l'ajuntament i una altra a nivell hospitalari. Ja que aquesta segona treballa tots aquells aspectes de mediació entre el pacient i el metge.

Coincideix amb l'altra treballadora social de que la formació no és obligatòria, tot i que ella creu que és primordial. Per això ha assistit a xerrades i jornades, entre d'altres. Creu que el circuit que determina el Protocol queda molt clar i es segueix, però diu que les mancances principals es troben en la detecció dels riscos de patir-la.

La funció hospitalària no és de fer prevenció, sinó que hi arriben situacions de risc i se'n fa el seguiment. Temps enrere a l'hospital hi havia un mediador africà, aquest facilitava la comunicació amb la famílies. Era l'encarregat de sensibilitzar entorn el tema. Va desaparèixer fruit de les retallades a sanitat.

El perfil típic de factor de risc que arriba a nivell hospitalari és el de la partera mutilada i embarassada d'una nena. La treballadora social actua entrevistant a la família per detectar riscos i emprendre accions coordinades amb pediatria.

Com a mancança del sistema explica que al no haver-hi treballadora social els caps de setmana comporta que puguin passar per alt casos de dones mutilades a les que no es fa l'entrevista.

### **22.4 Entrevista a un senegalès resident a Vic:**

#### **(Annex M)**

Per poder entendre la cultura i tradicions africanes, em poso en contacte amb un senegalès resident a Vic des de fa 5 anys, casat amb una dona catalana i pare de dos nens.

Es sent acollit i li agrada viure a Catalunya, però diu que troba a faltar molt el seu país d'origen. M'explica que no pensa que la cultura catalana i l'africana siguin diferents, sinó que és una qüestió de costums i maneres de fer.

Sap què és la MGF i personalment n'està en contra, però em diu que és una tradició cultural molt arrelada i que aporta cohesió social i identitat de gènere, fet que fa que sigui difícil d'eradicar-la. Els grups que la practiquen no associen les conseqüències que comporta la MGF amb la practica, sinó que consideren que la pràctica és bona.

El poble en el que vivia no la practicava, però ell sap que moltes comunitats la realitzen com a ritual d'iniciació. Els homes també celebren el seu ritual, però cada cerimònia és exclusiva i reservada a cada a cada sexe. Hi ha creences que diuen que una dona no mutilada és impura, bruta i se la discrimina.

Pensa que el desig sexual d'una dona no depèn de la mutilació, sinó que recau en el caràcter el fet de que aquesta sigui o no fidel.

Em diu que actualment la MGF ja no es celebra com a ritual pràcticament, sobretot degut a les lleis que ho condemnen. Aquells que practiquen la MGF la practiquen d'amagat. Creu que el descens del nombre de casos que realitzaven la practica ha disminuït degut a la sensibilització més que no pas les lleis.

M'explica que les ONG que treballen per eradicar la MGF poden ajudar molt si realment fan veure les conseqüències de la pràctica a la població. Però també poden destrossar una tradició i una cultura si actuen amb un diàleg culpabilitzador i imperatiu.

No està massa d'acord amb les accions que es duen a terme a Catalunya per detectar situacions de risc. Pensa que etiqueten a una població pel sol fet de ser africana, ho troba molest.

## **22.5 Entrevista a una senegalesa resident a Vic:**

### **(Annex N)**

Penso que és important contrarestar l'entrevista d'un home d'origen africà amb la d'una dona també senegalesa, mare de tres fills i resident a Catalunya des de fa uns 13 anys. D'aquesta manera podré veure si hi ha diferències en el punt de vista entre homes i dones entorn aquest tema.

M'afirma que es sent bé a Catalunya. També em diu que les cultures catalana i africana no s'assemblen en res. Ho identifica amb la gent i les maneres de ser. Diu que a l'Àfrica les persones són molt més sociables i hi ha més companyerisme. En canvi a Catalunya tothom fa la seva.

Ella és de Dakar, capital de Senegal. Allà practicaven la MGF. M'explica que es una practica molt arrelada i que aquells que la practiquen diuen fer-ho per continuar la tradició dels avantpassats, ja que el culte als avantpassats és molt important a l'Àfrica.

No havia sentit a parlar mai de la MGF com a control de la sexualitat de la dona.

Diu que actualment la pràctica ja no es realitza en les ciutats, degut a les lleis que sancionen la MGF. Ella no creu que les ONG hagin ajudat a l'eradicació de la pràctica.

Pensa que les autoritats catalanes han posat massa interès en que no es practiqui

## CONCLUSIONS:

En el moment de plantejar-me els objectius que volia aconseguir entorn la MGF, vaig adonar-me de que abans de treballar la situació a Vic, era necessari conèixer la MGF en profunditat per tal de poder-la tractar amb seguretat a l'hora de realitzar les entrevistes. Així doncs, vaig començar a fer una recerca bibliogràfica i documental sobre el tema i aquí s'exposen degudament ordenades les conclusions d'aquest primer apartat.

No hi ha dades exactes que indiquin el seu origen, però la més fiable situa el seu inici a l'Antic Egipte, i a partir d'aquesta civilització es va anar expandint. Això permet explicar que avui en dia sigui realitzada pels cristians coptes d'Egipte i Sudan, els jueus falaixa d'Etiòpia i les tribus de culte animista.

La OMS ha definit la MGF com una pràctica no mèdica, que consisteix en extirpar parcialment o total els genitals externs femenins. És una pràctica perjudicial. Se'n poden diferenciar quatre tipus: clitoridectomia, escissió, infibulació o altres pràctiques perjudicials que perjudiquen els genitals femenins. Aquestes van des de l'extirpació del clítoris a la sutura dels llavis menors i majors.

Segons dades de la OMS (Organització Mundial de la Salut) entre 100 i 140 milions de nenes i dones al món han patit MGF i més de 30 milions de nenes es troben en risc de ser-ne víctimes durant la pròxima dècada. L'Àfrica és el país amb més incidència de MGF, concretament més de 125 milions de dones i nenes l'han patit entre l'Àfrica Sub-Sahariana i Orient Mitjà, en 29 països. Els països amb una prevalença del 88%-98% són: Somàlia (98%), Guinea (96%), Djibouti (93%), Egipte (91%), Eritrea (89%), Mali (89%), Sierra Leone (88%) i Sudan (88%). Val a dir, que la prevalença d'un país varia en funció de les ètnies que la conformen, ja que cada ètnia té les seves creences que la identifica. Per tant, és el que determinarà la realització de la MGF. També es pot practicar en algunes regions de l'Àsia. Degut a la immigració, es troben també casos a Europa, Austràlia, Canadà i Estats Units.

L'Àfrica està conformada per infinitat d'ètnies que donen molta importància a preservar la seva identitat cultural, per això és tan important per ells mantenir les costums i pràctiques tradicionals. Les comunitats ètniques són holístiques, gerontocràtiques i patriarcals, això explica la cultura africana i ens permet relacionar-ho amb la MGF.

La MGF és porta a terme com a ritual de pas, de l'edat infantil a l'edat adulta. Aquest permet a la nena adquirir aquells sabers que tota dona ha de conèixer, que aporten identitat de gènere i pertinença al grup. El ritual consta de tres fases. Durant la fase de separació es realitza la mutilació a la nena, el procediment el porta a terme la *Ngnangsimbah*, una dona molt respectada a les societats. Durant la mutilació de la nena només hi pot ser present la seva àvia, que legitimarà el procés. L'edat normal de la MGF és dels 4-12 anys, però davant la seva penalització s'ha avançat molt l'edat de la seva pràctica, ja que serà més fàcil amagar-ho a les autoritats. La marginació és la segona fase del ritual i té la finalitat de la cicatrització de la ferida i alhora la transmissió cultural. La tercera i última fase és l'agregació durant la qual les iniciades entren a formar part de la societat secreta de les dones. Es realitza a través d'una gran festa.

Les raons que justifiquen mutilació genital poden ser psico-sexuals i reproductives, creences que relacionen la mutilació amb la fidelitat de la dona al seu home. També es creu que poden augmentar la fertilitat. D'higiene i d'estètica, justifiquen que una dona mutilada és més pura. Religioses i mitològiques, atribueixen la MGF a l'Islam, malgrat no hi tingui res a veure. Raons socioculturals, per les quals la nena entra a formar part de la vida adulta.

Dues variables que poden influir en la seva pràctica són el nivell d'educació i la zona en la qual es viu. Les zones rurals són més pobres i amb diversitat cultural més limitada, fet que comporta major incidència de la MGF. A les zones urbanes l'educació i la diversitat cultural seran superiors, així com la riquesa, fet que farà disminuir la prevalença.

Depenent del tipus de mutilació les conseqüències poden ser a curt termini com: dolor, hemorràgies, infeccions i en casos extrems la mort. A llarg termini la dona pot



contraure el tètanus, l'hepatitis B o el VIH. També pot produir diversos trastorns renals com retencions d'orina, que poden causar infecció renal. A part, pot comportar conseqüències obstètriques i ginecològiques. També poden presentar problemes psicològics derivats del trauma que pot patir la nena. Així com problemes sexuals. Socialment, una dona que no realitzi la MGF serà discriminada.

Per garantir que la mutilació genital es portés a terme amb unes condicions mèdiques i higièniques òptimes per evitar complicacions com hemorràgies i infeccions sorgeix la medicalització de la pràctica. A Egipte la medicalització va estar legalitzada. Actualment hi ha una llei específica contra la medicalització. Tot i això el 2011 el 72% de les mutilacions es realitzaven en hospitals.

El punt de partida per eradicar la MGF és una llei contra aquesta, ja que serà el que empararà a les dones i nenes. Paral·lelament, però, són necessaris els mecanismes que vetllen perquè la llei es compleixi. També és necessària la sensibilització de la població entorn el tema.

En primer lloc, la MGF es una violació dels principis bàsics dels drets humans. En aquest context, els drets de la nena vetllen perquè es compleixin els drets humans en els menors. Es fa la Convenció dels Drets del Nen que fa referència explícita a pràctiques tradicionals perilloses. També es defineix la MGF com a una forma de violència contra la dona. A nivell Internacional la ONU, OMS, Consell d'Europa i Unió Europea, treballen per eradicar la pràctica.

A partir de la dècada del 1990 la immigració comença augmentar progressivament a Espanya i en major nombre a Catalunya. Avui dia més d'1'1 milions d'estrangers resideixen a Catalunya. Dels quals un terç estan en situació de risc de patir MGF. Les dues principals nacionalitats en risc de MGF a Catalunya són Senegal i Gàmbia amb 20.000 i 15.000 immigrants respectivament. Per tal de prevenir les MGF a Catalunya sorgeix el juny del 2002 el Protocol català de prevenció de les mutilacions genitals femenines dirigit a diversos professionals que treballen en el tema. Elabora un circuit coordinant les intervencions a seguir per actuar en la prevenció, detecció, atenció i recuperació de casos de MGF.

Fins aquí arriben les conclusions pel què fa a la recerca bibliogràfica. A partir d'aquí, ja em va ser possible iniciar un anàlisi sobre la situació de la MGF a Vic. En aquest em preguntava quina és la coordinació i tasques a seguir per prevenir i actuar envers la MGF. Paral·lelament vaig pensar que era fonamental introduir-me una mica en la mentalitat i sentiments dels africans entorn la pràctica. Per acomplir aquests objectius posteriors he realitzat entrevistes a dues treballadores socials i una infermera d'atenció primària.

Havent analitzat serveis socials (d'ajuntament, hospitalari) i infermera de pediatria podem extreure'n alguns trets comuns.

- En primer lloc en les tres entrevistes detecto que la formació que reben les tres professionals els sembla justa. Totes tres realitzen cursos de formació entorn el tema, malgrat no ser obligats per l'empresa. Diuen ser fonamentals per treballar amb el tema.
- Detecto que no es porta a terme sensibilització a la comunitat ni a través dels CAP, ni dels hospitals ni de l'Ajuntament. Per contra totes tres professionals informen a les famílies entorn les conseqüències físiques i legals que pot comportar la MGF.
- Totes tres treballen de manera coordinada i amb xarxa, seguint el protocol. Però com a manca del sistema es coincideix que pot passar per alt algun factor de risc.
- Totes tres coincideixen en que no han detectat personalment cap MGF consumada en una menor al nostre país. Tot i que sí que es detecten bastants dones a les que ja se'ls ha practicat la MGF al seu país d'origen. Aquestes es detecten durant les revisions obstètriques. A l'Hospital Universitari de Vic s'han trobat amb casos de mutilacions genitals de varis graus, fins i tot dones infibulades.

Tot i no haver realitzat totes les enquestes que m'haguessin permès conèixer el circuit complet de prevenció i sobretot d'accions coordinades en casos de risc o mutilacions consumades, he detectat alguna manca, sobretot pel què fa als mossos d'esquadra. Vaig acudir per demanar-los informació sobre el tema, així com també si em podien

respondre una entrevista i em van dir que ells no en sabien res del tema. Em van dir, però, que tota la coordinació requeia sobre una agent que està a la demarcació de Girona i que s'ocupa fonamentalment d'aquest tema. Penso que els mossos haurien de saber perfectament allò referent a la mutilació, ja que formen part de la xarxa segons el Protocol de la Generalitat.

Seguidament faré una breu síntesi per exposar el pensament entorn la MGF de dos nadius africans, malgrat siguin de sexes contraris.

- Tots dos senegalesos manifesten que estan adaptats a Catalunya, però que aquesta no pot substituir de cap manera el seu país d'origen. Senten una gran enyorança i un sentiment fort d'arrelament al seu país.
- Al parlar de la MGF tots dos saben el que és. Tots dos comparteixen el respecte envers una pràctica tradicional ancestral. Igualment saben les conseqüències que pot comportar a la salut. Però la conclusió que jo n'extrec és que ells no tenen la nostra visió com a condemna de la pràctica com una vulneració als drets humans a les dones i a les nenes. Per ells és un símbol que va més enllà, arrelat a una cultura i que aporta molt a la persona i l'integra en el si d'una comunitat.
- Quan els introdueixo la relació de la mutilació de la dona com a submissió i perquè sigui fidel a l'home em diuen que no té res a veure. Sinó que la fidelitat depèn del caràcter de la dona.
- Tenen coneixement de la figura de la mutiladora tradicional i ambdós coincideixen que es tracta d'una persona amb molt pes dins la comunitat, per la seva saviesa.
- Afirmen que la pràctica és més incident en zones rurals que en urbanes. L'augment de nivell educatiu pot influir en la disminució de la pràctica, de totes maneres, tampoc s'afirmen molt perquè partim d'un fet cultural i tradicional.
- Veuen en moltes ONG un rol d'intromissió. Creuen que poden perjudicar la cultura i creences d'un país quan actuen imposant.
- La disminució de la pràctica al seu país la veuen relacionada amb les lleis i la sensibilització entorn aquesta.

- Pel que fa a les accions que duen a terme a Catalunya, pensen que aquestes etiqueten a la població africana en general. Són en certa manera acusadores. Ja que generalitzen a tota la població, quan Àfrica té infinitat de cultures i creences. Davant tot, som persones amb unes arrels pròpies cada un de nosaltres.

Finalment, exposaré les conclusions globals entorn el tema.

Hem vist que la MGF és una pràctica tradicional ancestral. La seva importància és vital per aquells que la practiquen. De fet, gràcies a les entrevistes que he realitzat puc constatar que forma part de la seva cultura i ells es mostren respectant-la totalment, siguin o no practicants. Per altra banda, tenint en compte que la MGF és una violació dels drets humans i un maltractament cap a la dona i la nena, és necessari eradicar-la. Per tal d'evitar el dolor i totes les conseqüències que pot comportar. Però aquí cal fer èmfasi al COM acabar amb una pràctica de caràcter ritual, que per ells fa més noble i més pura a la dona? Penso que és important fer referència a les diverses actituds que es podrien adoptar envers aquesta situació i les conseqüències que podrien causar. Des de l'etnocentrisme es jutjaria la pràctica i a les persones que la realitzen, adoptant una posició de superioritat i tractant-los de bàrbars i inhumans. Aquesta posició implicaria imposar a les comunitats que realitzen la pràctica unes normes i fer-los abandonar la seva cultura, perquè aquesta es consideraria despreciable. És la posició que durant molt de temps han adoptat diverses ONG i que per contra no ha donat resultats, ja que quan es criminalitza a una persona aquesta tendeix a tancar-se més en si mateixa i en allò que el conforma. Des del racisme adoptaríem una posició de superioritat envers la seva cultura i els percebríem com a inferiors, fomentant la discriminació, que ni molt menys eradicaria la mutilació. També es podria adoptar la posició del relativisme cultural, per la qual es conceben totes les cultures amb valor en si mateixes i per això es respecten al màxim. Aquest pensament portaria a la passivitat respecte la MGF, ja que la respectaríem com a ritual cultural. Això suposaria no actuar contra un acte que pot provocar greus conseqüències. Havent vist les diferents posicions, penso que sempre és important el terme mig i aquest recau en que, abans de jutjar, s'ha conèixer la seva cultura i realitat i seguidament *empoderar* a les societats, sensibilitzar-los entorn les conseqüències que pot comportar la MGF i la

necessitat d'evitar-les. *L'empoderament* els permet iniciar el canvi per propi peu que és el més important, perquè no imposa. Penso que es important fer referència a Adriana Kaplan, directora de la Fundació *Wassu UAB*. La fundació proposa mantenir el ritual eliminant-ne la fase de la mutilació.

Al principi va fer-se'm molt difícil tractar el tema de la MGF, perquè la veritat és que és un tema dur. Però a mesura que he anat treballant-lo m'he adonat de que és més ampli del que em pensava i m'ha fet adonar de que per nosaltres suposa un maltractament i per contra per ells una dona mutilada és millor. La meva posició en aquest cas es centra en el respecte envers la cultura africana, però en el moment en el que es vulneren els drets de les nenes i dones penso que és necessari actuar-hi, perquè la mutilació no només comporta a la dona la pèrdua de sensibilitat sexual, sinó que pot deixar una ***ferida que no cicatritza***.

## **BIBLIOGRAFIA :**

*Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012.* Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay.

*Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*, UNICEF (2013).

*Mutilación Genital Femenina: prevención y atención.* Associació Catalana de Llevadores.

*Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF).* Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2015).

*Mutilació Genital Femenina: prevenció i actuació*, Institut Català de la Salut (2006).

*Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals.* KAPLAN, A.; HECHAVARRÍA, S. y PUPPO, N. (2010) Interdisciplinary Group for the Prevention and Study of Harmful Traditional Practices (IGPS/HTP) UAB, Bellaterra.

Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Generalitat de Catalunya.

Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina. Generalitat de Catalunya.

## **WEBGRAFIA:**

<http://www.dhdi.free.fr/recherches/droithomme/memoires/lucasmemoire.pdf>

<http://www.mgf.uab.cat/esp/index.html>

<http://www.iac-ciaf.net/>

[http://www.uv.es/CEFD/17/blucas\\_antropo.pdf](http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_antropo.pdf)

[http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos\\_para\\_profesionales.html](http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html)

[https://es.wikipedia.org/wiki/Lenguas\\_afroasi%C3%A1ticas](https://es.wikipedia.org/wiki/Lenguas_afroasi%C3%A1ticas)

<https://ca.wikipedia.org/wiki/Semites>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Dog%C3%B3n>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Lidia>

<http://definicion.de/etnia/>

<https://ca.wikipedia.org/wiki/Coptes>

[https://ca.wikipedia.org/wiki/Beta\\_Israel](https://ca.wikipedia.org/wiki/Beta_Israel)

<https://es.wikipedia.org/wiki/Egipto#Estad.C3.ADsticas>

[http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/egipto\\_ficha%20pais.pdf](http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/egipto_ficha%20pais.pdf)

[http://www.equalitynow.org/es/take\\_action/egypt\\_action81](http://www.equalitynow.org/es/take_action/egypt_action81)

[http://www.equalitynow.org/es/take\\_action/egipto\\_action383](http://www.equalitynow.org/es/take_action/egipto_action383)

<https://actualidad.rt.com/sociedad/178650-mutilacion-genital-estremecedora-razon-ninas-egipto>

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062010000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062010000200002&script=sci_arttext)

[http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_mgf\\_web.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf)

<http://unaf.org/wp-content/uploads/2014/02/Conclusiones.pdf>

<http://www.endvawnow.org/es/articles/706-prohibicion-de-la-medicalizacion-.html>

<http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov-d.htm>

[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47657/1/RMF\\_49\\_40.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47657/1/RMF_49_40.pdf)



## **FONTS DOCUMENTALS:**

*Bref*, documental de Christina Pitouli i Médicos del Mundo, 2015.

pel·lícula *La flor del desierto (Desert flower)*, 2009.

*Iniciación sin mutilación, documental*. Fundació Wassu-UAB.

Àgora-Adriana Kaplan, documental.

