

LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA



Treball de Recerca
Curs 2020- 2021
Pseudònim: Mari

La mutilació genital femenina

“Salvando solo a una niña, salvamos a toda una generación.”

Asha Ismail.

RESUMEN

La mutilación genital femenina es una tradición que consiste en el corte parcial o total de los genitales femeninos por motivos no médicos basada en razones sociales y culturales. Esta práctica milenaria, que supone una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, sigue presente en la vida de muchas de ellas, que son privadas de una vida sexual completa y que sufren a diario las consecuencias físicas y psicológicas de tal mutilación.

Los partidarios de la mutilación genital femenina la defienden basándose en falsas creencias y mitos extendidos entre las comunidades, que perduran debido a la falta de información y al secretismo que envuelve esta práctica.

En este trabajo se ha realizado un análisis a fondo sobre diversos aspectos relacionados con la mutilación genital femenina y además, se facilita una recopilación de material audiovisual que permite profundizar aun más en esta problemática.

ABSTRACT

The female genital mutilation (FGM) is a tradition that consists on the total or partial cutting of the female genitals not for medical reasons, but social and cultural. This millenarian practice, which is a violation of the women and children's human rights, is still present in the life of many of them, who can't have a complete sexual life and suffer every day the physical and psychological consequences of such mutilation.

Those who defence this practice are based on false beliefs and myths extended over the communities, which remain due to the secrecy there is about FGM.

In this project a deep analysis of the practice of FGM has been done, and it's possible to access to a recompilation of audiovisual material to learn more about it.

Índex de continguts

1. PRÒLEG.....	9
MARC TEÒRIC.....	11
2. INTRODUCCIÓ A LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	13
2.1 Els diferents noms que rep la pràctica.....	13
2.2 Classificació de la mutilació genital femenina.....	14
2.3 Qui realitza la mutilació?.....	15
2.3.1 La «medicalització» de la mutilació genital femenina.....	16
2.4 Quin instrumental s'utilitza?.....	17
3. CONTEXT SOCIAL.....	19
3.1 La mutilació genital femenina no és una preocupació principal.....	20
4. L'ORIGEN DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	21
4.1 La mutilació genital femenina en els segles passats.....	21
5. CAUSES DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	23
5.1 Motius psicosexuals.....	23
5.2 Motius d'estètica.....	23
5.3 Motius religiosos i mites.....	23
5.3.1 Mites de reproducció i sexualitat.....	24
5.3.2 Mites d'higiene i salut.....	24
5.4 Motius socioculturals i econòmics.....	24
6. CONSEQÜÈNCIES DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	27
6.1 Conseqüències físiques.....	27
6.1.1 Immediates.....	27
6.1.2 A llarg termini.....	27
6.1.3 Conseqüències en el nadó de la mare mutilada.....	27
6.2 Conseqüències psicològiques.....	28
7. LOCALITZACIÓ DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	29
7.1 Situació de la mutilació genital femenina als països africans.....	29
7.1.1 Somàlia.....	30
7.1.2 Guinea.....	31
7.1.3 Djibouti.....	32
7.1.4 Mali.....	32

7.1.5 Egipte.....	33
7.1.6 Sudan.....	33
7.1.7 Sierra Leone.....	34
7.1.8 Eritrea.....	35
7.1.9 Burkina Faso.....	35
7.1.10 Gàmbia.....	36
7.1.11 Mauritània.....	37
7.1.12 Etiòpia.....	37
7.1.13 Guinea-bissau.....	38
7.1.14 Libèria.....	39
7.1.15 Txad.....	39
7.1.16 Côte d'Ivoire.....	40
7.1.17 Senegal.....	40
7.1.18 República Centreafricana.....	41
7.1.19 Kenya.....	41
7.1.20 Nigèria.....	42
7.1.21 República Unida de Tanzània.....	42
7.1.22 Benin.....	43
7.1.23 Togo.....	43
7.1.24 Ghana.....	44
7.1.25 Níger.....	45
7.1.26 Camerun.....	45
7.1.27 Uganda.....	46
7.2 Situació de la mutilació genital femenina als països asiàtics.....	47
7.2.1 Indonèsia.....	47
7.2.2 Iemen.....	47
7.2.3 Illes Maldives.....	48
7.2.4 Iraq.....	48
7.2.5 Índia.....	49
7.3 Situació de la mutilació genital femenina a Amèrica.....	49
7.4 Taula resum de la situació de la mutilació genital femenina arreu del món.....	50
8. RECONSTRUCCIÓ DELS GENITALS FEMENINS.....	51

9. ÉS LA CIRCUMCISIÓ MASCULINA EQUIPARABLE A LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA?.....	53
10. LA LEGISLACIÓ.....	57
10.1 Lleis a Espanya.....	58
11. SITUACIÓ DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA A EUROPA.....	59
11.1 L'evolució de la migració a la Unió Europea de dones i nenes procedents de països on es practica la mutilació genital femenina.....	59
11.2 Països de la Unió Europea on se sol·licita més asil.....	60
11.3 La sol·licitud d'asil.....	61
11.4 Situació de la mutilació genital femenina a Espanya.....	61
12. PROGRAMA PER A L'ABANDONAMENT DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA	63
13. EL FUTUR DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	65
MARC PRÀCTIC.....	67
14. ENTREVISTA A LA FUNDACIÓ WASSU-UAB.....	69
15. CONCLUSIONS.....	85
16. BIBLIOGRAFIA.....	88
17. ANNEX 1.....	96
17.1 La manzana de Eva.....	96
17.2 Matar el monstre.....	96
17.3 El ritual d'iniciació sense la mutilació.....	96
17.4 Bref.....	97
17.5 Testimoni d'Asha Ismail.....	97
18. ANNEX 2.....	99

1. PRÒLEG

Quan vaig haver de triar de què volia fer el meu treball de recerca, vaig pensar que m'agradaria tractar un tema actual, que estigués present en els problemes socials d'avui en dia i del qual no en sabés gaire. D'aquesta manera podria educar-me a mi mateixa mentre realitzés el treball. Pel meu cap van passar mil idees, i és que els problemes socials són pràcticament inacabables, però al final em vaig decidir per la mutilació genital femenina, una pràctica que vista des de la nostra cultura pot semblar una barbaritat, però que no gaire lluny d'on vivim es duu a terme diàriament.

Allò que més em motiva a l'hora de realitzar aquest treball és saber que estic col·laborant activament en la difusió d'informació sobre l'MGF¹. La clau de la lluita per l'abandonament de la pràctica es troba en la informació. Com més informació tinguin les dones i les comunitats afectades per l'MGF, més possibilitats hi ha que decideixin abandonar la pràctica i com més informació tingui la nostra societat, més persones estaran disposades a col·laborar i ajudar. El coneixement és la clau, i amb aquest treball m'agradaria col·laborar difonent la informació que he obtingut.

Principalment, el que més m'interessa de la mutilació genital femenina és conèixer les dinàmiques socials que propicien el seguiment de la pràctica per tal d'entendre per què en molts països encara no s'ha abandonat aquesta tradició. A més, també m'interessa molt estudiar els llocs del món on es practica la mutilació genital femenina. Amb aquesta anàlisi dels diferents països tinc la intenció d'oferir un ampli coneixement sobre la situació de l'MGF arreu del món, de manera que a partir d'aquest treball es pugui adquirir una idea força precisa de la situació de cada país.

Aquest treball es divideix en dues parts. La primera està formada per una base teòrica en la qual es respondrà a preguntes clau per entendre la pràctica de la mutilació genital femenina, per exemple: «*Quines conseqüències té la pràctica?*», «*Hi ha lleis que la prohibeixin?*», «*Quin és el seu origen?*»... Seguidament, en la segona part es realitzarà una entrevista a la fundació Wassu-UAB i s'oferirà un apartat amb informació addicional i contingut audiovisual recomanat.

1 Sigles de Mutilació Genital Femenina. Serà usada en endavant.

MARC TEÒRIC

2. INTRODUCCIÓ A LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), «la mutilació genital femenina comprèn l'escissió total o parcial dels òrgans genitals femenins o qualsevol altra lesió dels mateixos per motius no mèdics». És una pràctica que no proporciona cap benefici per a la salut, al contrari, provoca danys físics i psicològics severos que en molts casos no són tractats. Aquesta se sol dur a terme quan les nenes són molt petites i pràcticament acaben de néixer o durant la infància, ja que la majoria la pateixen abans dels quinze anys.

L'MGF està reconeguda com a un acte de violència masclista i un atac als drets humans de les dones i nenes, ja que perjudica la seva seguretat, salut i integritat tant física com psicològica.

Aquesta pràctica viola el dret a la seguretat, a la integritat física; el dret a no ser sotmès a tortures i tractes cruels, inhumans o degradants; el dret a la salut i el dret a la vida, en el cas que provoqui la mort a la persona.

És una pràctica que afecta moltes dones i nenes, ja que segons l'OMS i el Fons Internacional de les Nacions Unides d'Auxili a la Infància (UNICEF), actualment més de 200 milions de dones i nenes han patit l'MGF en 30 països d'arreu del món, concretament en països d'Àfrica, de l'Orient Mitjà i d'Àsia. A més, cada dia 8.427 nenes són mutilades i cada any aproximadament tres milions de nenes corren el risc de ser sotmeses a aquesta pràctica només a l'Àfrica.

Des de 2003, el dia 6 de febrer és el Dia Mundial de Tolerància Zero contra la Mutilació Genital Femenina. Durant aquest dia es preparen actes i trobades en els quals es consciencia a la població i es tracta el tema.

2.1 Els diferents noms que rep la pràctica

L'MGF ha estat anomenada de diferents maneres al llarg del temps i actualment encara no hi ha un sol nom que la defineixi.

Inicialment, quan es va centrar l'atenció internacional en la pràctica, se la va anomenar «circumcisió femenina» però el nom va rebre moltes crítiques a causa del paral·lelisme que s'estableix amb la circumcisió masculina. En conseqüència, es va començar a utilitzar el terme «mutilació genital femenina» als anys 70. Aquest nom s'acceptava perquè

marcava una diferència amb la circumcisió masculina i la paraula mutilació definia bé la gravetat de la pràctica. No obstant això, algunes organitzacions hi estaven en contra degut a la connotació negativa del terme «mutilació», que podia ser ofensiu per a les cultures que la practiquen o marginar-les. Per això, a finals de la dècada de 1990, va aparèixer el nom «ablació genital femenina», que se segueix utilitzant actualment, juntament amb «mutilació genital femenina».

També s'anomena «circumcisió faraònica» a causa dels orígens de la pràctica.

Per altra banda, segons el país o l'ètnia, l'MGF rep un nom² diferent. Per exemple, en les diferents llengües africanes s'anomena *sukareh rebweh*, *yaharu londineh*, *girzet*, *mknshab*, *gudnika fircooniga*, *selot*, *kitanaa*...

A part dels diferents noms que cada comunitat o idioma li atribueix, hi ha alguns termes comuns en tot un país. Per exemple, a Somàlia s'anomena *Gudnin*; a Sudan, *Cureta* o *tahur*, que significa purificació; a Mali, *bolokoli*, que també significa purificació, etc.

2.2 Classificació de la mutilació genital femenina

L'MGF es pot classificar en quatre tipus³:

→ Tipus I: Es pot anomenar clitoridectomia i és la total o parcial escissió del clítoris. Existeixen dos tipus de clitoridectomia. El primer és l'eliminació del caputxó o prepuci del clítoris i el segon és l'ablació total d'aquest.

→ Tipus II: Es pot anomenar escissió. És l'eliminació dels llavis menors i/o majors i el clítoris. Hi ha tres subdivisions: la primera és la resecció dels llavis menors únicament, la segona és l'extirpació parcial o total del clítoris i dels llavis menors i l'última és l'amputació dels llavis menors i majors i l'ablació total o parcial del clítoris.

→ Tipus III: Es pot anomenar infibulació. Consisteix a fer l'obertura vaginal més estreta, el que s'aconsegueix tallant els llavis menors i/o majors i tornant-los a recol·locar de manera que facin l'obertura més petita. També pot ser que en la infibulació s'elimini el clítoris (parcial o totalment). Altres conceptes relacionats amb la infibulació són:

La desinfibulació, que és la realització d'un tall a aquelles dones a qui anteriorment se'ls

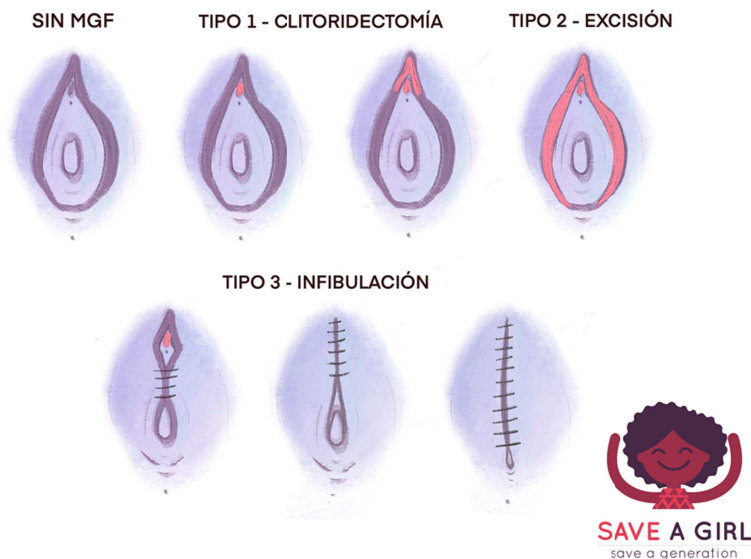
² Els següents noms s'han extret del manual de prevenció de l'MGF: Bones Pràctiques, de la Confederació Nacional Dones en Igualtat

³ La classificació mostrada, del 2008, és l'actualització de la Declaració conjunta que l'OMS, Unicef i UNFPA van establir el 1997.

ha fet la infibulació per a permetre les relacions sexuals o el part, i la reinfibulació, que és el fet de tornar a cosir els llavis majors després de la desinfibulació.

→ Tipus IV: engloba tots els danys causats als òrgans genitals femenins amb fins no mèdics que no han estat nomenats en els tipus anteriors. Per exemple, la incisió, que és la realització de talls en el clítoris, en la paret de la vagina, en el perineu i/o en la sínfisi; la cauterització, que és la destrucció d'un teixit mitjançant una substància càustica o un objecte roent; la punció, que és la introducció d'un objecte punxant en els teixits, etc.

Els tipus I i II són els més comuns tot i que pot variar segons el país. El 10% dels casos són del tipus III, la infibulació, que és el tipus més comú a Somalia, Djibouti i el nord de Sudan.⁴



Il·lustració 1: Tipus d'MGF. Imatge extreta de l'organització Save a girl save a generation.

2.3 Qui realitza la mutilació?

L'MGF sol ser realitzada per les dones grans de les comunitats. Aquestes dones no tenen estudis per fer-la d'una forma segura, sinó que solen ser llevadores tradicionals o dones designades per a dur a terme aquesta tasca, que aprenen a fer-la a partir d'altres llevadores. Tot i que no és tan comú, també hi ha homes que la fan. Aquests homes solen ser remeiers, barbers, herbolaris... A més a més, hi ha llocs on és la família qui ho fa, ja

⁴ Dades extretes d'UNFPA, l'organisme de les Nacions Unides encarregat de les qüestions de població centrant-se en la salut reproductiva i la igualtat de gènere.

poden ser les àvies, les mares o fins i tot els pares.

Hi ha altres casos en els quals són els professionals sanitaris els que duen a terme l'MGF. Segons les estimacions del Fons de les Nacions Unides per la Població (UNFPA), una de cada cinc nenes sotmeses a la pràctica és mutilada per un professional mèdic. A més, hi ha alguns països en els quals la xifra augmenta significativament.

2.3.1 La «medicalització» de la mutilació genital femenina

S'anomena «medicalització» de l'MGF a la intervenció directa del personal sanitari en la pràctica, sigui en clíniques privades o públiques, en les mateixes cases, etc.

La presència de la «medicalització» en un país depèn de la legislació del mateix, de la disposició del país per a abandonar la pràctica, etc. La disposició de les famílies a acudir al personal sanitari per a dur a terme l'MGF depèn de la situació soci-econòmica de cada família i de la importància que es dona en la comunitat al procediment tradicional.

Des d'un punt de vista sanitari i per a la seguretat de les nenes i dones, la «medicalització» es podria considerar positiva perquè permet l'accés a anestèsia i les condicions higièniques són molt més favorables, disminuint així el risc d'infecció. Tot i això, el fet que sigui personal qualificat qui duu a terme la mutilació, no implica que deixi de ser un acte molt perjudicial per a la salut i el risc que suposa una mutilació és igual d'alt, així com les conseqüències que pot tenir en un futur.

Fins i tot es denuncia que quan l'MGF és realitzada per personal sanitari, es fa una mutilació més invasiva, ja que en tenir més coneixements poden evitar les zones dels vasos sanguinis, prevenint així les hemorràgies, i fer una mutilació més extensa. A més, compten amb l'anestèsia, de manera que la nena o dona no reaccionarà davant de la mutilació. D'aquesta manera poden tallar molt més teixit. En canvi, quan és realitzada per llevadores tradicionals, s'eviten les zones de risc, de manera que les mutilacions solen ser més invasives quan són medicalitzades, complicant així les operacions de reconstrucció.⁵

D'altra banda, molts metges denuncien la violació de l'ètica que cometen els professionals sanitaris que fan l'MGF, al·legant que la medicina no es pot utilitzar per a dur a terme pràctiques nocives i acusant-los de no seguir el jurament Hipocràtic, en el qual es comprometen a utilitzar els seus coneixements per a ajudar als seus pacients i en cap cas

⁵ Segons l'article de Pierre Foldes i Frédérique Martz, «*La medicalización de la mutilación genital femenina*», publicat a la revista *Migraciones Forzadas*.

perjudicar la seva salut.

Socialment, que existeixi la «medicalització» de l'MGF és molt negatiu, ja que les famílies poden pensar que en ser metges els que fan la mutilació, no hi ha perill, però com s'ha comentat anteriorment, sí que n'hi ha. A més, el fet que alguns professionals sanitaris la duguin a terme provoca les falses creences que la pràctica és beneficiosa per a la salut o, com a mínim, que no fa cap mal. Un altre inconvenient de la «medicalització» de l'MGF és que el fet que el personal sanitari intervingui activament en aquesta pràctica li dona un caire institucional que pot ser utilitzat com a justificació o motivació per a dur-la a terme.

2.4 Quin instrumental s'utilitza?

Quan la mutilació no està realitzada per personal sanitari, els instruments que se solen utilitzar són fulles d'afaitar, ganivets especials, tisores, trossos de vidre o qualsevol objecte que talli. Normalment no s'utilitzen anestèsics però en alguns casos es demana l'ajuda de la llevadora per a fer anestèsia local. És usual que després de la mutilació es lliguin les cames durant unes setmanes per a ajudar a la cicatrització. A vegades s'apliquen pols antisèptics o ungüents per a facilitar la recuperació.



Il·lustració 2: Alguns dels instruments que s'utilitzen per a fer l'MGF.

3. CONTEXT SOCIAL

L'MGF és el resultat del masclisme tradicional que arrosseguen moltes cultures i que actualment encara està present. Les societats que segueixen estant afectades per aquesta pràctica estan marcades per l'androcentrisme i per un sistema patriarcal que limita els drets de les dones i nenes, que en molts casos són sotmeses a l'MGF per tal d'assegurar el seu futur i el de les seves famílies, ja que sovint aquesta pràctica està directament relacionada amb el matrimoni de les filles, necessari per a mantenir l'economia familiar.

Els països en els quals es practica mostren algunes característiques en comú, com són la presència de pobresa, la manca d'accés a una educació de qualitat, la falta d'oportunitats de feina i impossibilitat d'assolir l'autosuficiència, les desigualtats de gènere, les normes socials i culturals fortament arrelades, etc.

L'MGF també està relacionada amb el matrimoni infantil, que afecta aproximadament al 21% de les dones de tot el món i al 37% de les dones de l'Àfrica subsahariana, sent Níger el país en el qual està més present.⁶ L'MGF és una pràctica molt perjudicial però si s'uneix amb el matrimoni infantil com passa en molts casos, les conseqüències són innumbrables. Després de passar per l'MGF per a poder-se casar, les nenes queden atrapades en un entorn vulnerable en el qual corren el perill de patir més violència. A més, moltes deixen de ser escolaritzades un cop es casen, per tant no són educades i perden el poder que ofereix el coneixement.

És important destacar les condicions socials en les quals es troben els països afectats per l'MGF. En aquests, una dona que no passa per l'MGF és considerada una dona bruta, que en algunes comunitats no pot tocar el menjar ni l'aigua perquè els embruta i no es pot ajuntar amb la resta de la comunitat. Per exemple, a Burkina Faso les dones mutilades i les dones no mutilades són anomenades de maneres diferents per a diferenciar-les i en les comunitats musulmanes que practiquen l'MGF, s'anomena *haram* el menjar contaminat per les dones no purificades, el qual significa «no permès».

Un exemple més extrem és el de les comunitats dels Samburu, Masai, Kalengin i Pokot, de Kènia, on les dones que no han estat mutilades no poden ser enterrades.

⁶ Dades extretes de UNICEF.org

3.1 La mutilació genital femenina no és una preocupació principal

Cal tenir en compte que moltes de les societats afectades per l'MGF també pateixen guerres, falta d'accés a l'educació, la salut i el menjar; pobresa, etc. el que provoca que l'MGF quedi en un segon pla i no sigui la principal preocupació de les famílies. Això contribueix al fet que l'abandonament de la pràctica sigui una necessitat no sentida, ja que les famílies tenen altres dificultats. A més, cal recordar que no són les dones les que demanen ajuda, sinó que són les organitzacions o associacions les que ofereixen els seus serveis a les comunitats, per tant a vegades és difícil que les dones i homes s'involucrin en els seus projectes i sentin que són importants. Per aconseguir-ho, cal tractar amb respecte tant a les comunitats com a les seves tradicions i mai imposar l'abandonament de l'MGF, ja que només s'aconseguiria la pràctica d'aquesta en la clandestinitat. L'abandonament de l'MGF és una decisió que ha de prendre la comunitat a partir de la informació que ofereixen, entre d'altres, les associacions que treballen amb elles.

4. L'ORIGEN DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

L'MGF no ha afectat només un sol país, comunitat o ètnia, sinó que al llarg de la història ha estat present en moltes cultures variades.

A causa de la longevitat d'aquesta tradició, actualment no és possible determinar l'origen exacte de la mateixa. No obstant això, diferents recerques han demostrat que la pràctica ja existia abans que apareguessin religions monoteistes com l'islam o el cristianisme.

Hi ha teories que mantenen que ja es practicava l'MGF en l'antic Egipte, durant el segle VI - V aC, i en l'època dels faraons, per això existeix el terme «mutilació faraònica». Aquestes teories es basen en l'existència de mòmies egípcies que mostren que hi havia dones mutilades⁷. A més, són sostingudes per un papir grec de l'any 163 aC que es troba en el Museu Britànic i que menciona la pràctica de l'MGF a Memphis (Egipte) com a ritual de pas a la vida adulta.

Per altra banda, Heròdot, l'historiador grec del segle V aC, va atribuir la pràctica de l'MGF a egipcis, etiòps, hittites i fenicistes. A més, el geògraf Estrabó, també grec, menciona la connexió dels egipcis amb l'MGF l'any 25 aC.⁸

Per tant, es manté la teoria que l'MGF es va originar a Egipte i més tard es va començar a practicar en altres ciutats. Per exemple, a Roma es practicava l'MGF a esclaves per a evitar relacions sexuals amb els esclaus. A més, dos doctors de l'antiga Roma, Soranus i Aetius, que van treballar a Alexandria i a Roma durant el segon i sisè segle aC respectivament, van documentar les operacions que feien per a dur a terme l'MGF.⁹

Per altra banda, existeixen altres teories com la de Richard Francis Burton, l'autor victorià, que defensa que l'MGF era un costum originari dels àrabs i cita a Sheikh al-Nawazir, qui localitza la pràctica a Egipte, a Hijaz (Aràbia Saudita) i a la tribu Quarrysh.

4.1 La mutilació genital femenina en els segles passats

L'MGF també ha estat present al llarg de la història en ciutats modernes i desenvolupades.

7 Segons Frank P. Hosken, qui va escriure el llibre «The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females»

8 Segons Mary Nyangweso, autora del llibre «Female Genital Cutting in Industrialized Countries: Mutilation or Cultural?»

9 Informació ratificada per la historiadora Catherine Coquery-Vidrovitch.

Durant el segle XIX, l'MGF es justificava com a solució per a problemes mèdics. Isaac Baker Brown, un famós cirurgià d'Anglaterra, l'utilitzava per a curar «els trastorns mentals inquietants de les dones»¹⁰ A altres parts del món com Austràlia o els Estats Units també es practicava l'MGF, amb el pretext que era la cura contra la masturbació «excessiva». Alguns metges americans, fins i tot van arribar a practicar l'ooforectomia, que és l'extirpació dels ovaris. Tant la histèria com el nerviosisme, l'homosexualitat i la hipersexualitat o addicció sexual es tractaven amb l'MGF.

10 Com afirma l'escriptor Charles A. Foster en el seu llibre «Human dignity in bioethics and live»

5. CAUSES DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

Arreu del món es poden trobar raons molt diferents per les quals se segueix practicant l'MGF. Aquestes raons es divideixen en quatre apartats: motius psicosexuals, motius d'higiene i d'estètica, motius religiosos i mites, i motius socioculturals.

Cal destacar que cada cop tenen més importància els motius socioculturals que no pas els altres, ja que les practicants moltes vegades desconeixen les raons per les quals es fa l'MGF però segueixen amb la tradició per conformitat social.

5.1 Motius psicosexuals

El control de la sexualitat de la dona és una de les raons per les quals existeix l'MGF. Es creu que quan una dona és mutilada perd el desig sexual i s'evita la promiscuïtat, assegurant així la fidelitat de la dona i evitant les relacions extramatrimonials. A més, en molts països, per exemple a Egipte o Sudan, l'honor de la família depèn de la virginitat de la filla abans del matrimoni, per això es controla la seva sexualitat mitjançant l'MGF. Per altra banda, en les comunitats poligàmiques es creu que l'MGF és necessària perquè elimina el desig sexual de les dones, facilitant així la feina dels homes, que no han de patir per mantenir satisfetes a les seves dones.

Altres motius psicosexuals que mantenen l'MGF són creences com que només els homes han de sentir plaer sexual, que els homes són els que han de controlar les relacions sexuals, que l'MGF fa que el plaer sexual masculí incrementi, etc.

5.2 Motius d'estètica

L'estètica és un altre motiu pel qual es practica l'MGF. Hi ha llocs on es rebutja la forma dels genitals femenins i es consideren massa voluminosos i lletjos. Es creu que cal eliminar-los per tal d'assolir la feminitat.

5.3 Motius religiosos i mites

En moltes cultures s'ha justificat i/o es justifica l'MGF com una pràctica que es duu a terme a causa de la religió que es practica, especialment sovint es creu que l'MGF és una pràctica únicament musulmana i originària de l'Islam. No obstant això, no hi ha cap religió que exigeixi la pràctica de l'MGF i els orígens d'aquesta no es troben en l'Islam. En canvi, sí que hi ha zones del món on els líders religiosos es posicionen a favor de l'MGF, el que

fa que en algunes societats es justifiqui la pràctica com a tradició religiosa. En aquestes societats, aquelles dones que no són mutilades són rebutjades pel centre de culte i no poden anar a resar ni participar en cap acte religiós o cultural. Tot i això, hi ha líders religiosos que n'estan en contra, el qual és molt important per a l'abandonament de l'MGF en comunitats on la religió té molta importància i poder.

Tant la religió com els mites i supersticions tenen una gran influència en la majoria de les comunitats que practiquen l'MGF. Els mites solen estar relacionats amb la reproducció i sexualitat o amb la higiene i salut.

5.3.1 Mites de reproducció i sexualitat

Aquests mites fan creure que per mantenir les relacions sexuals i per a la reproducció és necessari haver estat mutilada. Alguns exemples són:

- L'MGF facilita el part.
- El clítoris pot provocar la mort del bebè si hi ha contacte durant el part.
- El clítoris pot provocar la mort a l'home si té contacte amb els seus genitals.
- L'MGF augmenta la fertilitat.

5.3.2 Mites d'higiene i salut

Aquests mites fan creure que ser mutilada és positiu pel benestar de la dona. Alguns exemples són:

- El clítoris evoluciona amb l'edat i es converteix en un penis.
- L'MGF purifica a les dones. Aquelles que no són mutilades es consideren brutes i se'ls prohibeix tocar els aliments o l'aigua. És per això que en moltes cultures s'anomena «purificació» a l'MGF.

5.4 Motius socioculturals i econòmics

El desig d'encaixar es troba en els habitants de totes les comunitats i societats. Cadascuna d'aquestes societats es regeix per unes normes i tradicions acceptades i seguides per tots els membres de la mateixa. La pressió social que s'exerceix sobre aquells que s'atreveixen a qüestionar els costums o fins i tot a no seguir-los és una de les raons per la qual avui en dia l'MGF segueix existint.

En aquestes societats el rol de les dones consisteix a trobar un marit, casar-se i formar una família. En molts casos, es tracta de matrimonis infantils o forçats en els quals les nenes es veuen obligades a casar-se amb homes que no coneixen. Per a poder-se casar, una exigència bàsica és que la nena estigui mutilada i que per tant sigui «purificada».

En diverses cultures una dona soltera no pot heretar terres si no es casa. Tampoc pot arribar a ser econòmicament independent. En conseqüència, per a proporcionar a les filles el millor futur possible, és necessari casar-les i, per tant, se'ls ha de fer la mutilació.

A part de considerar que l'MGF és necessària per a poder casar les filles, es percep la pràctica com un acte de respecte a les tradicions culturals i d'unió i pertinença a la comunitat, que és motiu d'orgull i celebració per a la família. Per exemple, en moltes comunitats es considera que l'MGF és un ritual de pas cap a la vida adulta. D'aquesta manera, la nena passa a ser una dona quan és mutilada. La festivitat que acompanya la mutilació i el reconeixement que es dona a les nenes mutilades, que ja formen part dels adults, provoca que es percebi la pràctica com a un acte no nociu.

Cal destacar que l'MGF es practica en molts casos per la pressió social que reben les famílies i per la por de no ser acceptats en la comunitat si no se segueixen tradicions com l'MGF. No ser acceptats comportaria no rebre la protecció que ofereix la vida en comunitat, no poder formar part de la vida social i ser marginats pels altres habitants, no poder casar a les filles, fet del qual depenen moltes famílies per a mantenir la seva economia, etc.

6. CONSEQÜÈNCIES DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

L'MGF no aporta cap benefici a la salut d'aquelles que la pateixen, al contrari, les perjudica. Es classifiquen les conseqüències d'aquest acte en físiques i psicològiques.

6.1 Conseqüències físiques

Si s'estudia el grau de gravetat de cada tipus d'MGF en relació amb les conseqüències físiques, com més gran és la part dels genitals que s'elimina, pitjors són les conseqüències, sent la infibulació el tipus més nociu. No obstant això, totes les formes de l'MGF són totalment perjudicials i poden tenir conseqüències molt greus. Aquestes també depenen de les eines que s'utilitzen, de la higiene que s'aplica durant la pràctica, de l'habilitat de la persona que fa la mutilació, de la condició física en la qual es troba la persona mutilada, etc.

Les conseqüències físiques es classifiquen en conseqüències immediates o a llarg termini.¹¹

6.1.1 Immediates

Són aquelles que apareixen en el moment de la mutilació o pocs dies després. Són les següents: dolor intens, hemorràgia, inflamació dels genitals, febre, infeccions com el tètanus, problemes urinaris, lesions en teixits genitals veïns, estat de xoc i mort.

6.1.2 A llarg termini

Són aquelles que apareixen després de la mutilació i poden durar tota la vida. Són les següents: infeccions urinàries, problemes vaginals com la leucorrea o el vaginisme bacterià, problemes menstruals, teixits amb queloides i cicatrius, dificultats en els parts, un major risc de mortalitat neonatal, infertilitat i risc de passar per noves intervencions, sobretot en el cas de la desinfibulació i/o reinfibulació.

A més, l'MGF afecta les relacions sexuals de les dones mutilades, que pateixen dolors, disminució o absència de satisfacció sexual, anorgàsmia, vaginisme i altres problemes que afecten la seva vida sexual.

6.1.3 Conseqüències en el nadó de la mare mutilada

Com s'ha esmentat anteriorment, l'MGF és un problema en el moment del part no tan sols

¹¹ Les conseqüències s'han extret de la informació publicada per l'OMS.

per a la mare, sinó també per al nadó. Els efectes sobre aquest poden ser: dany fetal prenatal, reanimació neonatal, naixement del nadó mort o mort del nouat.

La taxa de mortalitat fetal intrapart i de mortalitat neonatal són molt més altes en dones afectades per l'MGF. La probabilitat de patir-los varia segons el tipus d'MGF a què s'ha sotmès la mare. Si se li ha fet la clitoridectomia, té un 15% més de probabilitats; si se li ha fet l'escissió, un 32% més i si se li ha fet la infibulació, un 55% més.¹²

A més, la infibulació té conseqüències més greus, ja que aquelles mares que han estat infibulades tenen més possibilitat de cesària, d'hemorràgies postpart, de reanimació del nadó, d'hospitalització prolongada, d'episiotomia i de mortalitat materna.

6.2 Conseqüències psicològiques

Les conseqüències psicològiques estan lligades a la cultura i varien molt segons la situació personal. Tot i això, a continuació s'esmenten els problemes psicològics als quals se solen enfrontar les dones afectades per l'MGF.

Aquests són ansietat, terrors nocturns, «*flashbacks*» del moment de la mutilació, depressió, sentiment de traïció, estrès posttraumàtic, desordres mentals similars als que pateixen les nenes que han patit abusos sexuals, fòbia sexual, malalties psicossomàtiques i síndrome de l'ansietat-depressió enfocada genitalment «*genitally focused anxiety depression*», que és la constant preocupació de l'estat dels genitals i el pànic a la infertilitat.

Cal esmentar que les dones que van ser mutilades quan eren nadons i no en tenen records no solen tenir conseqüències psicològiques relacionades amb l'MGF.

Aquelles dones que emigren a països occidentals poden patir conseqüències psicològiques relacionades amb les diferències culturals, ja que l'MGF no està ben vista. Aquest xoc cultural pot causar conflictes d'identitat, de lleialtat a la seva pròpia cultura; sentiments d'humiliació, confusió, impotència, vergonya...

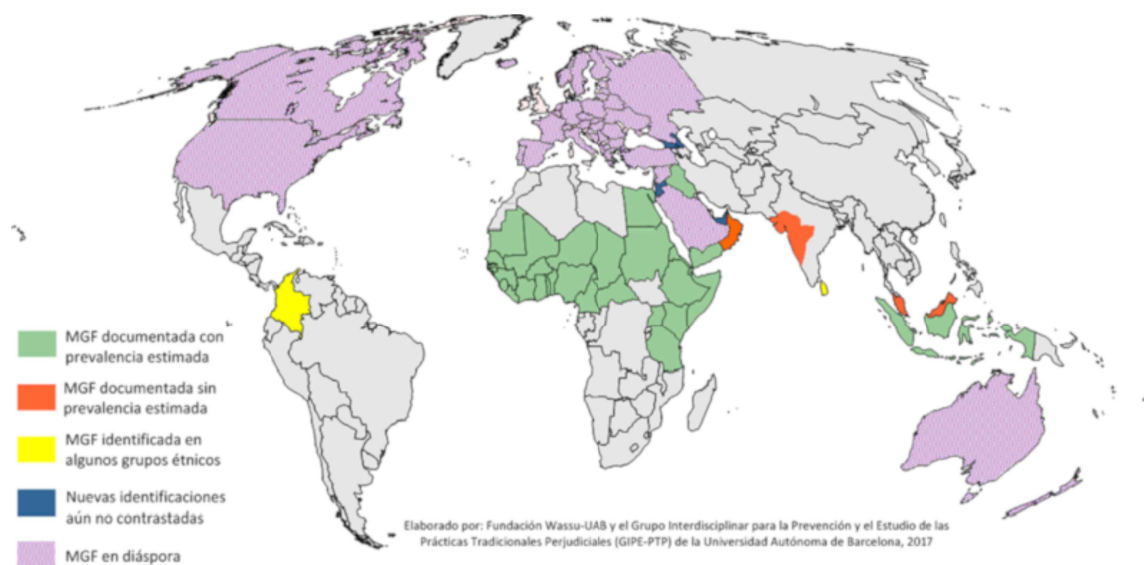
¹² Segons un estudi de l'OMS publicat en la revista mèdica *The Lancet*, *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome*. (Grup d'estudi de l'OMS sobre l'MGF i els resultats obstètrics.)

7. LOCALITZACIÓ DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

Actualment l'MGF afecta a tots els continents menys l'Antàrtida. Això és a causa dels moviments migratoris de les comunitats que la practiquen, que provoquen que el problema sigui global. Per tant, l'MGF no només afecta l'Àfrica, sinó que també es troba a Europa, Amèrica, Austràlia, etc.

En els països en els quals la mutilació genital femenina no és una pràctica tradicional, el tipus de mutilació que es practica varia molt segons l'origen de les famílies immigrants, per tant no es disposa de dades tan explícites com en els països originaris, que majoritàriament es troben a Àfrica i a Àsia.

Àfrica és el continent que compta amb més països afectats. A més, els països amb un percentatge de prevalença més elevat són africans.



Il·lustració 3: L'MGF arreu del món. Mapa extret de la fundació Wassu – UAB.

La prevalença¹³ de la pràctica canvia molt segons el país. També s'ha de tenir en compte que no totes les comunitats dels països afectats la practiquen, ni totes les que la practiquen segueixen els mateixos procediments.

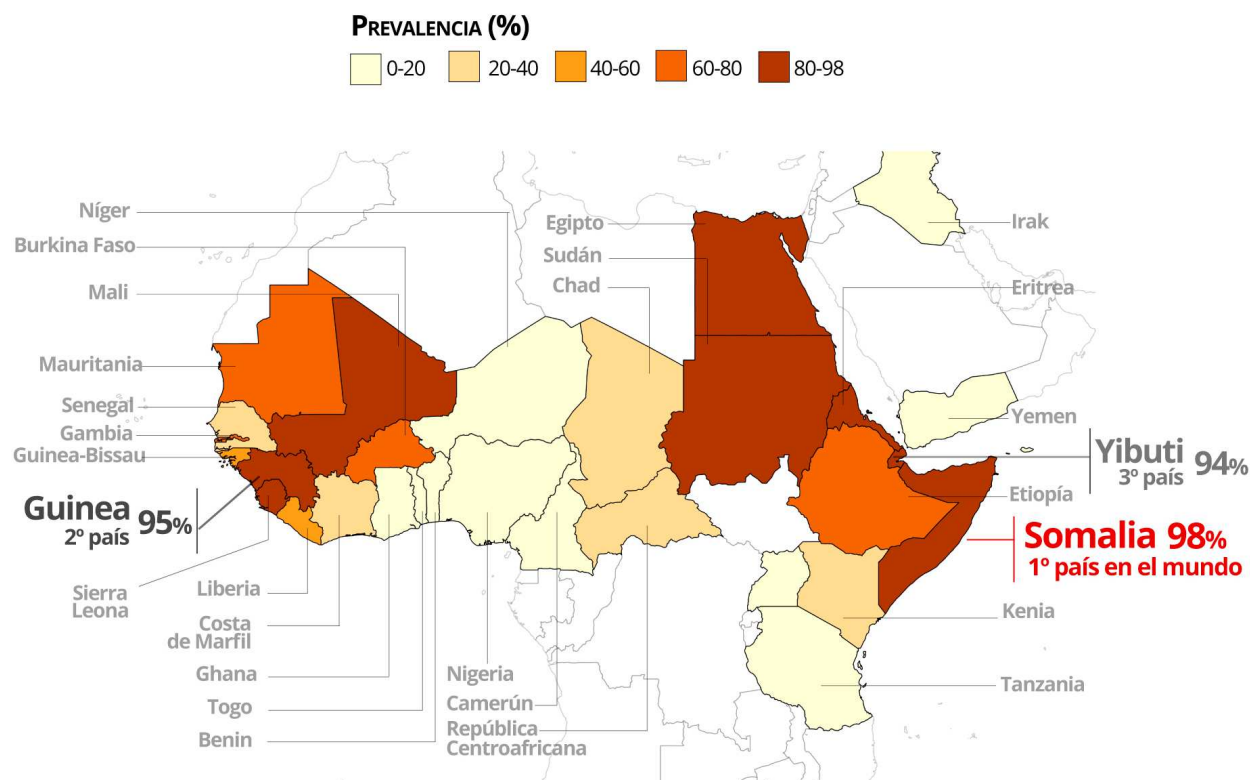
7.1 Situació de la mutilació genital femenina als països africans

A cada país africà habiten comunitats diferents amb costums variats, per això depenent de la zona predominen diferents tipus de mutilació i tradicions. La dificultat d'obtenir dades

13 El terme «prevalença» representa el percentatge de dones i nenes que pateixen l'MGF.

fiables sobre la pràctica de l'MGF en certes comunitats i ciutats fa que les dades disponibles no estiguin sempre actualitzades.

A continuació s'esmenten tots els països africans afectats per l'MGF, ordenats de més prevalença a menys, amb un petit resum de la situació en cadascun. ¹⁴



Il·lustració 4: Prevalença de l'MGF en dones de 15 a 49 anys a l'Àfrica i a l'Orient Mitjà. Imatge extreta d'europapress.es

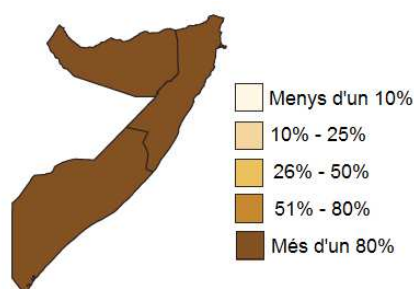
7.1.1 Somàlia

Somàlia és el país amb més prevalença de l'MGF del món, amb un 98%. Allà en la majoria dels casos es duu a terme la infibulació i a la majoria de les nenes afectades, un 82%, se'ls fa entre els cinc i nou anys. A Somalilandia, el clan Isaq fan la infibulació més extrema, a la qual anomenen gudnünka fircooniga.¹⁵

¹⁴ La informació sobre la localització de l'MGF s'ha obtingut de les dades recollides per UNICEF, Amnistia Internacional i UNFPA. Els mapes i les dades de cada país africà s'han extret majoritàriament de UNICEF. Les dades obtingudes dels informes de UNICEF provenen de MICS (*Multiple Indicator Cluster Survey*) i DHS (*Demographic and Health Survey*). En alguns països, també s'ha treballat amb dades provinents d'enquestes fetes per organitzacions locals. Aquestes bases de dades van des de 2004 fins a 2018 i han estat actualitzades el gener de 2020.

¹⁵ Informació extreta de CEAR (Comissió Espanyola d'Ajuda al Refugiat)

A Somàlia el 65% de les dones entre 15 i 49 anys opinen que l'MGF hauria de continuar. En conseqüència, la prevalença de la pràctica no ha canviat en les últimes dècades.

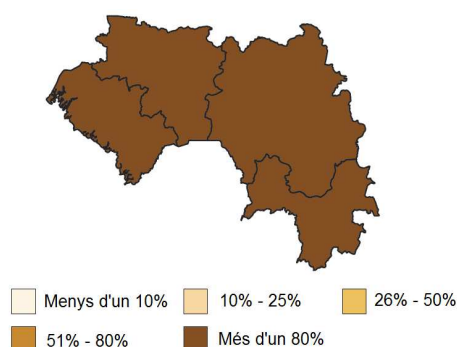


Il·lustració 5: Mapa de Somàlia on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.2 Guinea

Guinea és el segon país amb més prevalença, amb un 97%. A Guinea es practiquen tres tipus d'MGF, però la més comuna és la clitoridectomia, que es practica en el 61% dels casos. L'escissió i la infibulació també es practiquen però el seu percentatge és menor. La majoria de les nenes són mutilades entre els cinc i nou anys. A més, un 37% dels casos estan medicalitzats, mentre que la resta segueixen acudint a les llevadores tradicionals, barbers, familiars, etc.

Moltes ètnies, com els Peul, els Malinké, els Soussou...¹⁶, practiquen l'MGF, el que provoca que la prevalença sigui tan alta en el país i que no hagi canviat durant les últimes dècades. A més hi ha un alt percentatge de dones que creuen que la pràctica hauria de continuar, un 67%, i d'homes, un 58%.



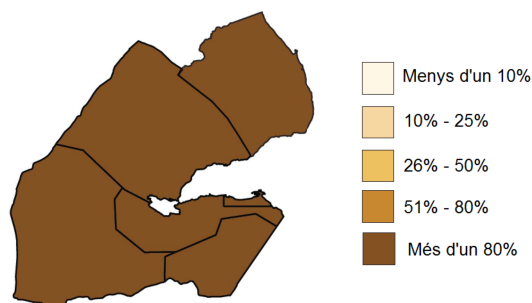
Il·lustració 6: Mapa de Guinea on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

16 Noms d'ètnies proporcionats per infancia.ccbages.cat

7.1.3 Djibouti

Djibouti és el tercer país amb més prevalença de l'MGF del món, amb un 93%. La pràctica és gairebé universal en el país i els canvis entre clans o classes socials quasi no es noten pel que fa a la pràctica de la mutilació. A Djibouti la gran majoria de les nenes pateixen la mutilació entre els cinc i nou anys en mans d'una llevadora tradicional. No obstant això, es recorre a la «medicalització» en dos de cada deu casos. Els tipus de mutilació que es practiquen a Djibouti són l'escissió en més de la meitat dels casos; la infibulació, en tres de cada deu nenes mutilades i la clitoridectomia. Els Afars i els Issa, grups ètnics de Djibouti, practiquen la infibulació, mentre que els Yemeni¹⁷, l'escissió.

A Djibouti, més del 50% de les dones d'entre 15 i 48 estan en contra de la pràctica però no s'ha observat cap descens d'aquesta durant les últimes dècades.



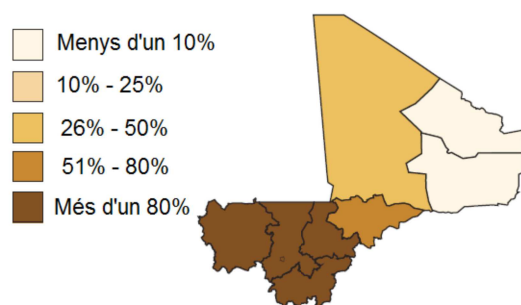
Il·lustració 7: Mapa de Djibouti on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.4 Mali

Mali té una prevalença de l'MGF d'un 89%. A Mali, a la majoria de les nenes se'ls fa l'MGF dels zero als quatre anys i gairebé en tots els casos, en el 93% dels casos, és una llevadora tradicional la que s'encarrega. En la resta dels casos, és el personal sanitari. El tipus de mutilació més comuna a Mali és l'escissió, que es fa a sis de cada deu nenes mutilades. També es practiquen la clitoridectomia i la infibulació, però en un percentatge menor.

A Mali, la majoria de les dones, el 75%, pensen que l'MGF hauria de continuar. Només el 14% creuen que hauria d'acabar. Tot i això, el 53% de les filles d'aquestes últimes han patit igualment l'MGF. A causa d'això, la prevalença de la pràctica no ha disminuït en les últimes dècades

17 Noms d'ètnies extrets de infancia.ccbages.cat



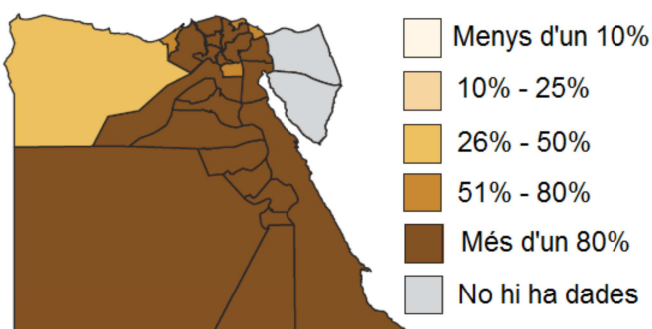
Il·lustració 8: Mapa de Mali on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.5 Egipte

A Egipte, la prevalença de l'MGF és del 87% i a la majoria de les nenes se'ls fa entre els deu i catorze anys. Els tipus de mutilació més presents a Egipte són la clitoridectomia i l'escissió, tot i que al sud del país també es practica la infibulació. En aquest país, l'MGF és practicada tant per musulmans com per cristians coptes de tots els grups ètnics.¹⁸

Egipte és un país on hi ha molt costum de «medicalització» de l'MGF, fins a un 78% dels casos estan medicalitzats. D'aquests, la majoria són tractats per doctors, tot i que en alguns casos també ho fan infermers.

Tot i això, la prevalença sí que ha canviat en les últimes dècades, ja que actualment el percentatge d'adolescents majors de catorze anys mutilades és d'un 70%, el qual és menor que el percentatge de dones d'entre quaranta-cinc i cinquanta anys que han estat mutilades, que és d'un 97%.



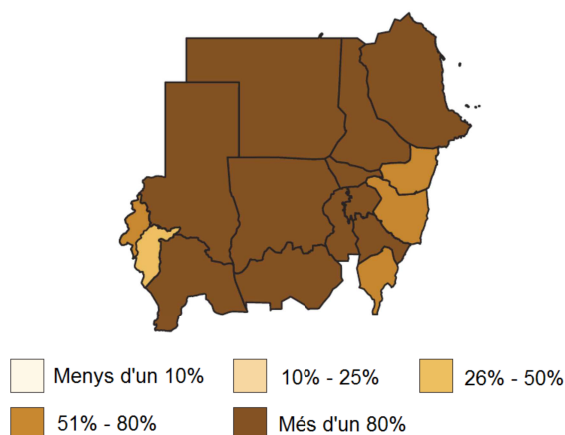
Il·lustració 9: Mapa d'Egipte on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

18 Informació extreta de infancia.ccbages.cat

7.1.6 Sudan

A Sudan, com a Egipte, la prevalença és d'un 87%, però a diferència d'Egipte, la majoria de nenes són mutilades entre els cinc i nou anys. A més, igual que Egipte, Sudan té un gran percentatge de casos medicalitzats, ja que tres de cada quatre nenes pateixen l'MGF en mans de personal sanitari. A Sudan gairebé tots els casos medicalitzats són tractats per infermers o altres càrrecs sanitaris, però no per doctors. El tipus d'MGF més comú a Sudan és la infibulació.

Igual que a Egipte, a Sudan també hi ha hagut un decreixement en la prevalença de la pràctica en les últimes dècades. En aquest cas, el percentatge d'adolescents majors de catorze anys mutilades és d'un 82% i el percentatge de dones entre quaranta-cinc i cinquanta anys mutilades és d'un 92%.



Il·lustració 10: Mapa de Sudan on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.7 Sierra Leone

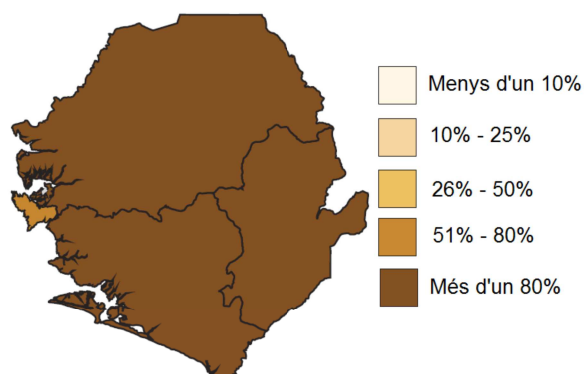
Sierra Leone té una prevalença de l'MGF del 86%, ja que tots els grups ètnics i religiosos excepte els Krios la practiquen.¹⁹ En aquest país s'acostuma a fer l'escissió i es fa a nenes d'entre deu i catorze anys. A Sierra Leone pràcticament no hi ha «medicalització», ja que en el 99% dels casos, és una llevadora tradicional la que fa la mutilació.

Gairebé set de cada deu dones i quasi cinc de cada deu homes creuen que la pràctica hauria de continuar.

No obstant això, hi ha hagut un clar descens en la prevalença de la pràctica, ja que el 64% de les adolescents majors de catorze anys han estat mutilades mentre que entre les

¹⁹ Informació extreta de infancia.ccbages.cat

dones de quaranta-nou a cinquanta anys, el 96% estan mutilades.

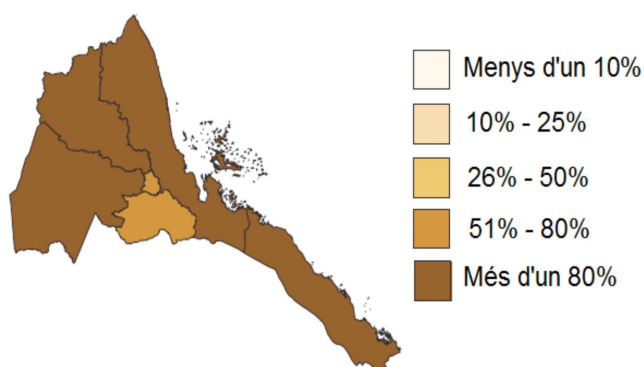


Il·lustració 11: Mapa de Sierra Leone on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.8 Eritrea

A Eritrea la prevalença de l'MGF és del 83% i, igual que a Sierra Leone, quasi no hi ha «medicalització». En aquest país, les edats en les quals se sol fer la mutilació són molt més baixes que en la majoria dels països vistos fins ara. Es troben entre menys d'un mes de vida i cinc anys. Els dos tipus de mutilació més comuns són, en primer lloc, la clitoridectomia i en segon lloc, la infibulació.

Més de vuit de cada deu dones i homes opinen que la practica hauria d'acabar. En conseqüència, s'aprecia un decreixement de més d'un 15% de la prevalença en les últimes dècades.



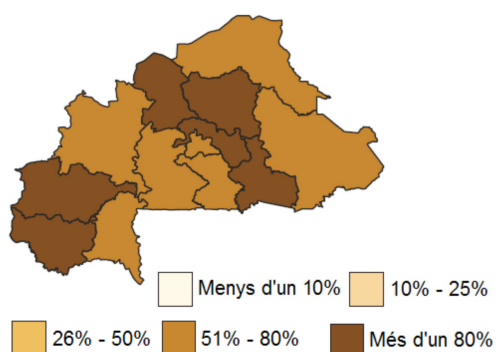
Il·lustració 12: Mapa d'Eritrea on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.9 Burkina Faso

Burkina Faso té un percentatge de prevalença del 76%, ja que dels cinquanta grups ètnics presents al país gairebé tots segueixen la pràctica. És un país en el qual les nenes solen

ser mutilades entre els zero i quatre anys. Com passa en altres països, gairebé no existeix la «medicalització», ja que les llevadores tradicionals duen a terme el 98% de les mutilacions. El tipus d'MGF més comú és l'escissió. La clitoridectomia també està present però només en un 17%.

A Burkina Faso, nou de cada deu dones pensen que l'MGF hauria d'acabar. En conseqüència, en les últimes dècades hi ha hagut un descens en el suport de la pràctica de més del 30%.



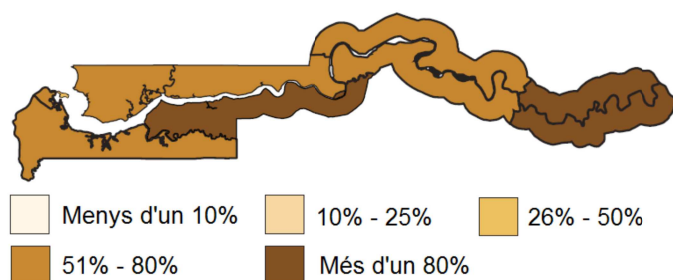
Il·lustració 13: Mapa de Burkina Faso on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.10 Gàmbia

La prevalença de l'MGF a Gàmbia és del 75%, el que significa que tres de cada quatre noies en edat de reproducció han patit la mutilació. La majoria de les nenes són mutilades entre els zero i quatre anys i algunes entre els cinc i nou. A Gàmbia tampoc hi ha «medicalització» i el tipus de mutilació que pateixen la majoria de nenes mutilades, gairebé nou de cada deu, és l'escissió. Aquest és el tipus d'MGF que practiquen els Mandingas, els Jolas i els Sarahulis entre altres. En canvi, els Fulas i Bambaras practiquen la infibulació. També hi ha grups que no fan l'MGF, com els Wolofs, els Serenes...²⁰

En aquest país, més del 60% de les dones opinen que la mutilació hauria de continuar. En conseqüència, no hi ha hagut cap canvi significatiu en la prevalença de l'MGF, que fa més de dues dècades era exactament la mateixa.

²⁰ Informació proporcionada per infancia.ccbages.cat

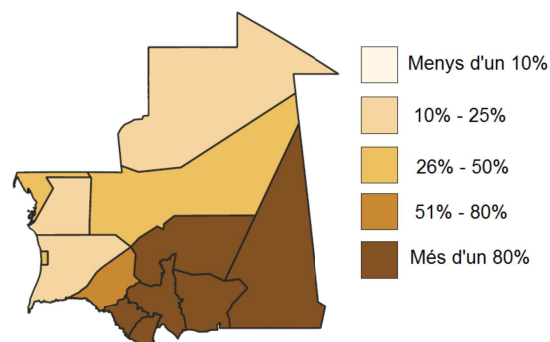


Il·lustració 14: Mapa de Gàmbia on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.11 Mauritània

La prevalença de la pràctica a Mauritània és del 67% i es practica sobretot en nenes de zero a quatre anys o, en alguns casos, en nenes majors de quinze anys. La gran majoria de les nenes pateixen l'escissió i la fan les llevadores tradicionals.

El 50% de les dones de Mauritània pensen que s'hauria d'acabar amb l'MGF i durant les últimes dècades hi ha hagut un lleu descens en la prevalença de la pràctica.

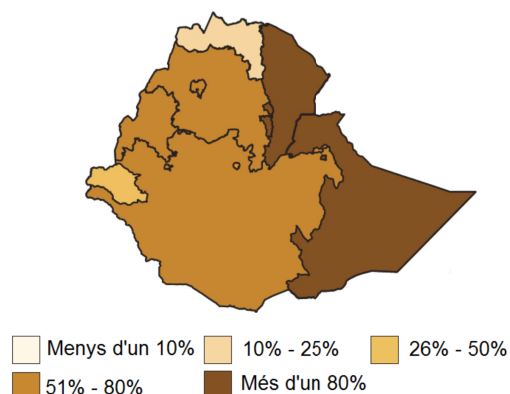


Il·lustració 15: Mapa de Mauritània on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.12 Etiòpia

A Etiòpia el 65% de les dones pateixen l'MGF i normalment des de ben petites. L'edat en la qual solen ser mutilades està entre els zero i quatre anys, tot i que algunes ho són entre els cinc i nou anys o fins i tot entre els deu i catorze. Etiòpia és un dels molts països on gairebé no hi ha «medicalització» i se segueix acudint a les llevadores tradicionals. En aquest país són comunes l'escissió i la clitoridectomia. No obstant això, en les zones fronteres amb Somàlia i Sudan es practica la infibulació, que és el tipus de mutilació que es fa en aquests dos països.

A Etiòpia gairebé vuit de cada deu dones i quasi nou de cada deu homes pensen que la pràctica hauria d'acabar. En conseqüència, en les últimes dècades hi ha hagut un descens en la prevalença de l'MGF de fins a un 32%.

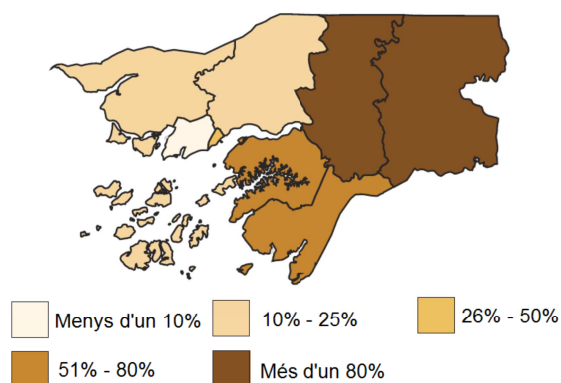


Il·lustració 16: Mapa de Etiòpia on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.13 Guinea-bissau

A Guinea-bissau el 45% de les dones pateixen l'MGF, augmentant la tendència a la pràctica entre musulmans. En aquest país se'ls sol fer entre els zero i quatre anys a la majoria i a algunes entre els cinc i nou. Com a molts dels països africans, a Guinea-bissau són les llevadores tradicionals les que duen a terme la mutilació. Aquesta és l'escissió en la gran majoria.

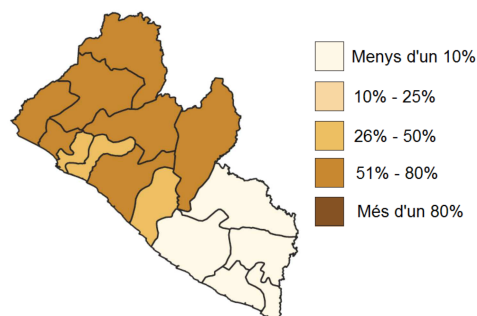
Tot i que més de vuit de cada deu dones opinen que la pràctica s'hauria d'acabar, no hi ha hagut cap descens significatiu de la prevalença de l'MGF en les últimes dècades.



Il·lustració 17: Mapa de Guinea-bissau on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.14 Libèria

A Libèria la prevalença de la pràctica és del 44% i hi ha tretze grups ètnics que practiquen l'MGF. El tipus d'MGF que predomina en el país és l'escissió. Són més de cinc de cada deu dones les que pensen que la pràctica hauria de finalitzar i en tres dècades hi ha hagut un descens claríssim de la prevalença passant d'un 66% en dones de quaranta-cinc a cinquanta anys a un 26% en adolescents majors de catorze anys.



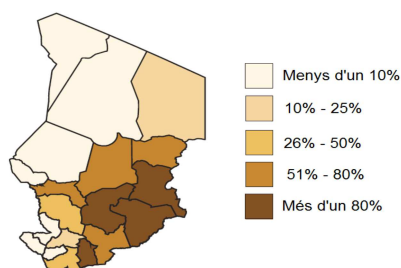
Il·lustració 18: Mapa de Libèria on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.15 Txad

A Txad un 38% de les dones del país estan afectades per l'MGF. La majoria d'aquestes la pateixen entre els cinc i nou anys i algunes entre els deu i els catorze. En aquest país els tipus d'MGF que predominen són l'escissió i la infibulació i són les llevadores tradicionals les que les duen a terme.

La pràctica està més estesa al sud i a l'est del país i és practicada per musulmans, per animistes²¹ i per cristians.²²

Tot i que gairebé cinc de cada deu dones i homes creuen que s'hauria d'acabar la pràctica, no hi ha hagut cap descens en la mateixa en les últimes dècades.



Il·lustració 19: Mapa de Txad on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

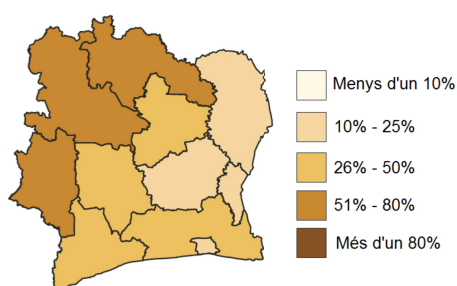
21 Segons DIEC (Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans), l'animisme és la doctrina que atribueix a tots els éssers o als objectes una ànima anàloga a la humana.

22 Informació extreta de infancia.ccbages.cat.

7.1.16 Côte d'Ivoire

A Côte d'Ivoire, hi ha una prevalença de la mutilació del 37%, trobant-se la majoria dels casos en grups ètnics i musulmans. Més de la meitat de les nenes són mutilades abans dels cinc anys i gairebé totes per llevadores tradicionals. El tipus d'MGF més comú a Côte d'Ivoire és l'escissió, que pateixen quasi vuit de cada deu nenes mutilades.

En les últimes dècades s'ha detectat un lleuger canvi en la prevalença de la pràctica, que ha disminuït. El fet que vuit de cada deu dones i homes pensin que s'hauria d'acabar amb l'MGF ha afavorit al descens d'aquesta.

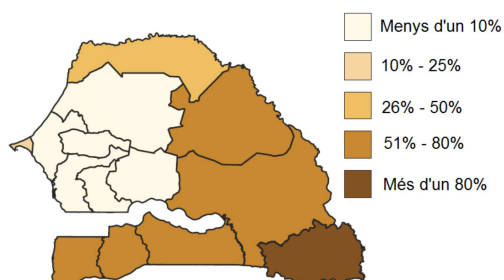


Il·lustració 20: Mapa de Côte d'Ivoire on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.17 Senegal

Al Senegal un 24% de les dones del país pateixen l'MGF, concretament l'escissió, que és el tipus d'MGF que es practica en el país. La prevalença de la pràctica al Senegal no és tan alta com en altres països perquè dues de les ètnies predominants, els Wolofs i els Sereres, no la practiquen. Totes les dones i nenes del Senegal que han passat per l'MGF han estat mutilades per una llevadora professional.

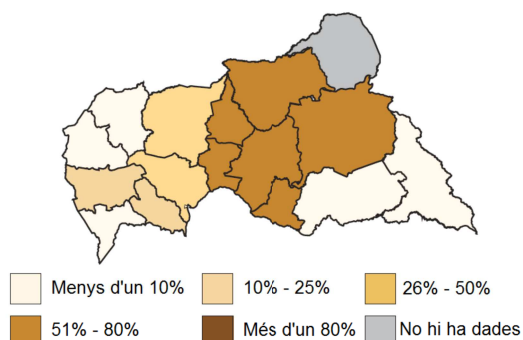
Tot i que al Senegal vuit de cada deu dones i homes opinen que l'MGF hauria d'acabar, no hi ha hagut cap descens en la prevalença de la pràctica en les últimes dècades.



Il·lustració 21: Mapa de Senegal on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.18 República Centreafricana

A la República Centreafricana, igual que al Senegal, el 24% de les dones han patit l'MGF. Els grups ètnics Banda i Mandijas són dels grups amb més prevalença al país i el tipus d'MGF més comú és l'escissió, tot i que també es fa la clitoridectomia i la infibulació. Per a fer la mutilació s'acudeix a llevadores tradicionals i en les últimes dècades tant el suport com la prevalença de la pràctica han disminuït notablement.

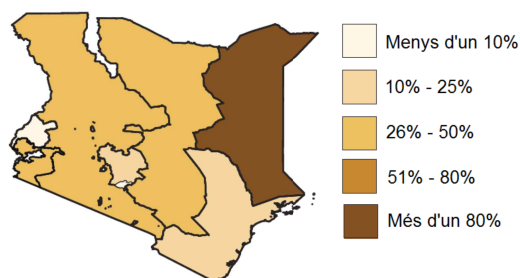


Il·lustració 22: Mapa de la República Centreafricana on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.19 Kenya

A Kenya una de cada cinc dones i nenes ha patit l'MGF, amb variacions de la prevalença segons la religió i l'ètnia. És a algunes ètnies on es troba el percentatge més alt de nenes mutilades. Normalment, les nenes són mutilades entre els cinc i catorze anys i més de set de cada deu nenes són mutilades per una llevadora, mentre que dues de cada deu assisteixen als serveis mèdics per a ser mutilades. Els tipus de mutilació més comuns són la clitoridectomia i l'escissió. No obstant això, a les zones fronteres amb Somàlia es donen casos d'infibulació.

A Kenya més del 90% de les dones opinen que s'hauria d'acabar amb l'MGF. En conseqüència, durant les últimes dècades s'observa un clar descens en la pràctica de la mateixa.

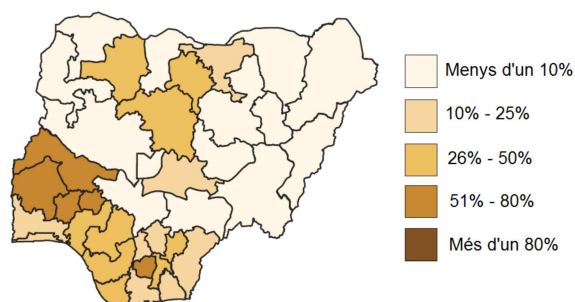


Il·lustració 23: Mapa de Kenya on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.20 Nigèria

A Nigèria un 19% de la població femenina pateix la mutilació, trobant-se una gran part d'aquesta població en ètnies. És des de ben petites que es practica la mutilació en aquest país, ja que la majoria de les nenes són mutilades entre els zero i quatre anys en mans de llevadores professionals. Només una mica més d'una de cada deu nenes són mutilades en mans del servei mèdic. El tipus de mutilació que se sol fer a Nigèria és l'escissió, tot i això també es fan la clitoridectomia i la infibulació en molt pocs casos.

Gairebé set de cada deu dones opinen que s'ha d'acabar amb la mutilació, el que ha provocat que en les últimes dècades hagi hagut un descens de la prevalença de la pràctica en el país.

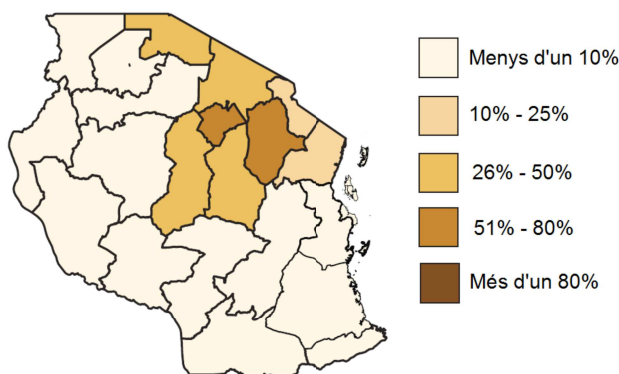


Il·lustració 24: Mapa de Nigèria on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.21 República Unida de Tanzània

A Tanzània la prevalença de l'MGF canvia molt segons la regió. Manyara és la regió amb més prevalença. En total, hi ha una prevalença del 10% i la pràctica augmenta entre els més pobres. En aquest país és comú fer l'MGF durant la infància i adolescència, sobretot es practica entre els deu i catorze anys. A Tanzània gairebé el 100% dels casos estan medicalitzats i són d'infibulació.

També gairebé el 100% de les dones i nou de cada deu homes creuen que l'MGF s'hauria d'acabar. En conseqüència, s'ha detectat un descens en la prevalença de la pràctica, ja que les dones d'entre 45 i 49 anys és quatre cops més possible que hagin estat mutilades que les noies d'entre 15 i 19 anys.

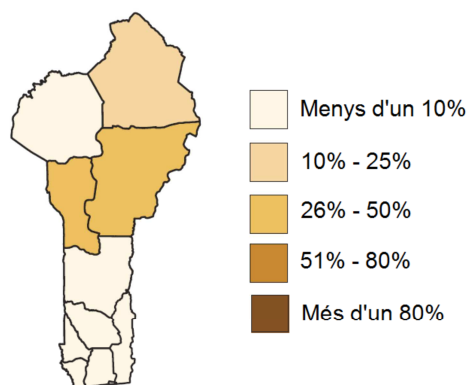


Il·lustració 25: Mapa de la República de Tanzània on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.22 Benin

La prevalença de l'MGF a Benin és del 9%, accentuant-se la pràctica en grups ètnics com Bariba, Peul, Boko, Baatonau, Wama o Nago. A la majoria de les dones que han patit l'MGF se'ls va fer entre els cinc i catorze anys. A més, a Benin gairebé no hi ha «medicalització», només un 6% dels casos són medicalitzats, la resta estan en mans de personal sanitari. El tipus de mutilació més comú és la infibulació, tot i que a Benin estan presents tots els tipus.

Gairebé nou de cada deu homes i dones creuen que la mutilació hauria d'acabar. En conseqüència, la prevalença de la mateixa ha disminuït significativament durant les últimes tres dècades.



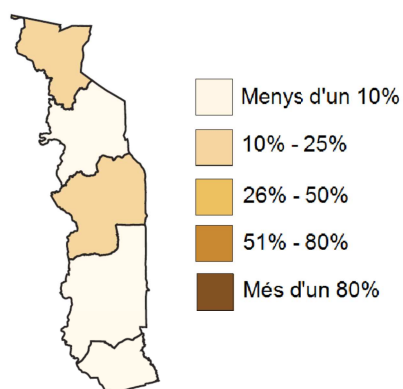
Il·lustració 26: Mapa de Benin on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.23 Togo

A Togo el 5% de la població femenina pateix l'MGF. És en alguns dels grups ètnics com els Gourma, els Cotocoli, els Tchamba, els Mossi... on augmenta la pràctica de la mateixa.

En canvi, dos dels grups ètnics majoritaris, els Adja-Exw i els Akposso-Akepou, no la practiquen. L'edat en què es mutila a les noies a Togo varia entre els zero i catorze anys. Quasi sempre ho fan llevadores tradicionals, ja que gairebé no hi ha «medicalització». El tipus de mutilació més comuna és l'escissió, tot i que també estan presents la clitoridectomia i la infibulació.

El 95% de dones i homes de Togo creuen que l'MGF s'hauria d'acabar. En conseqüència, en les últimes dècades hi ha hagut un descens en la prevalença de l'MGF.

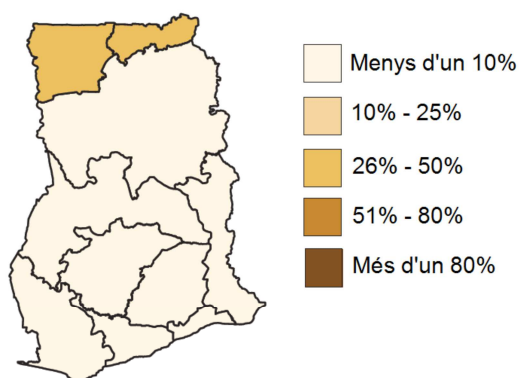


Il·lustració 27: Mapa de Togo on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.24 Ghana

A Ghana la prevalença de l'MGF és molt baixa, d'un 4%, i es practica sobretot al nord del país. Dues de cada tres adolescents que van passar per l'MGF la van patir abans dels deu anys. La gran majoria dels casos, un 84%, estan en mans del personal sanitari. A Ghana es practiquen la clitoridectomia, l'escissió i la infibulació però l'escissió és el tipus més comú.

Més del 90% de les dones de Ghana opinen que l'MGF hauria d'acabar. Durant les últimes dècades hi ha hagut un petit descens, ja que a Ghana la prevalença ja era molt baixa.

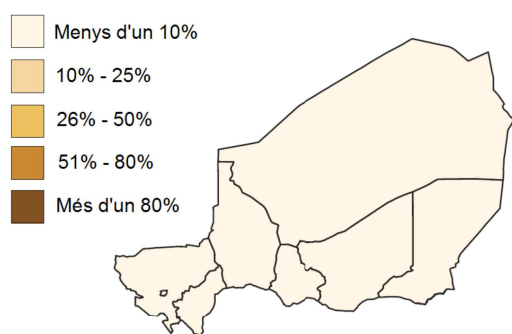


Il·lustració 28: Mapa de Ghana on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.25 Níger

A Níger el 2% de les dones pateixen l'MGF, en la majoria dels casos entre els zero i quatre anys. Sempre s'encarreguen les llevadores tradicionals, no hi ha «medicalització» de l'MGF a Níger. El tipus de mutilació més comú és l'escissió, tot i que també es practica la infibulació.

El 82% de les dones de Níger i el 91% dels homes opinen que s'hauria d'acabar l'MGF, tot i això la prevalença no ha canviat en les últimes dècades, s'ha mantingut molt baixa però no ha canviat.

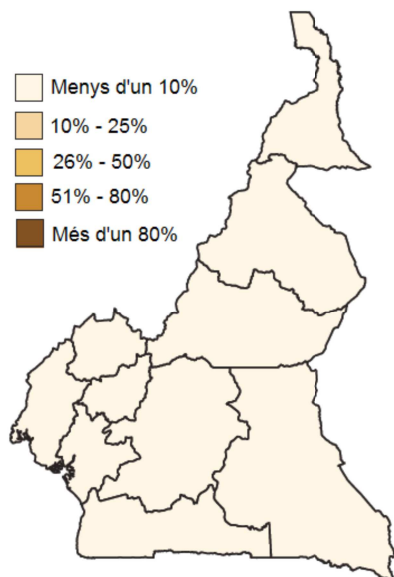


Il·lustració 29: Mapa de Níger on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.26 Camerun

A Camerun la prevalença de l'MGF és de l'1% i s'accentua en alguns grups ètnics que la practiquen i al nord del país. Gairebé en tots els casos s'acudeix a llevadores tradicionals i es fa l'escissió, que és el tipus d'MGF més comú a Camerun.

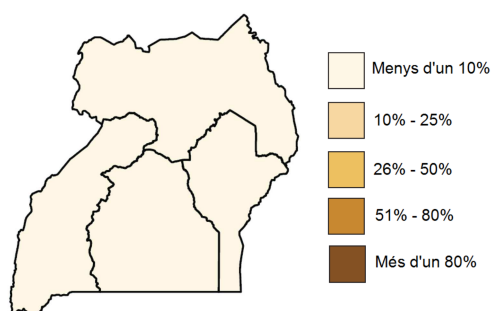
El 85% de dones i homes del país creuen que s'hauria d'acabar l'MGF. Tot i això, a causa de la ja baixa prevalença de la pràctica, no hi ha hagut canvis significatius durant les últimes dècades.



Il·lustració 30: Mapa de Camerun on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.1.27 Uganda

A Uganda l'MGF gairebé ja no existeix. Només hi ha un 0,3% de prevalença de la pràctica. La majoria de les dones a Uganda, el 83%, pensen que la pràctica hauria de parar. La prevalença de l'MGF s'ha mantingut baixa durant les últimes dècades però no s'ha eliminat.



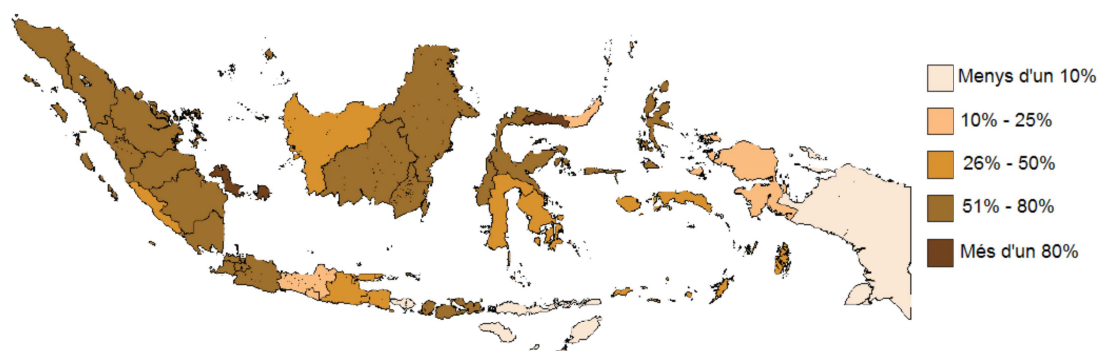
Il·lustració 31: Mapa d'Uganda on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.2 Situació de la mutilació genital femenina als països asiàtics

A Àsia, l'MGF no està tan estesa com a Àfrica, tot i això hi ha alguns països on es practica.

7.2.1 Indonèsia

A Indonèsia gairebé la meitat de les nenes menors de 12 anys han patit l'MGF, tres quarts de les quals van ser mutilades abans dels sis mesos de vida. En aquest país, les llevadores tradicionals duen a terme la majoria dels casos i la clitoridectomia, juntament amb la infibulació, són els tipus d'MGF més comuns.²³



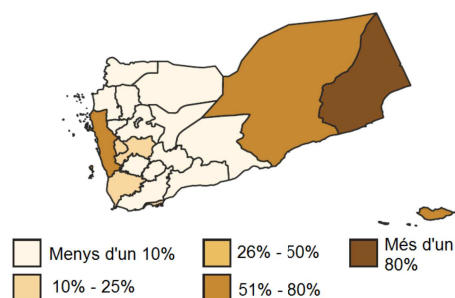
Il·lustració 32: Mapa d'Indonèsia on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.2.2 Iemen

Al Iemen hi ha una prevalença de la pràctica del 19% entre dones de 15 a 49 anys i s'accentua la prevalença entre els més pobres. És un dels països on es fa la mutilació més aviat, ja que a gairebé nou de cada deu nenes se'ls fa a la primera setmana de vida. Al Iemen el 85% dels casos de mutilació els duen a terme les llevadores professionals, mentre que la resta estan en mans del personal sanitari. El tipus d'MGF més comuna a Iemen és l'escissió.

El Iemen és un país amb un gran nombre de dones que opinen que la pràctica s'hauria d'acabar, el 75%. Tot i això, pràcticament no hi ha hagut cap canvi en la prevalença de la pràctica durant les últimes dècades.

²³ Les dades d'Indonèsia es van recollir per primer cop el 2013 i provenen d'enquestes d'investigació bàsica de salut (RISKEDAS)

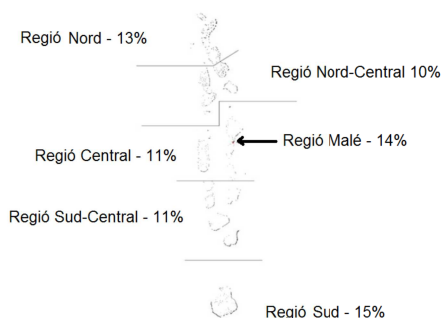


Il·lustració 33: Mapa del Iemen on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

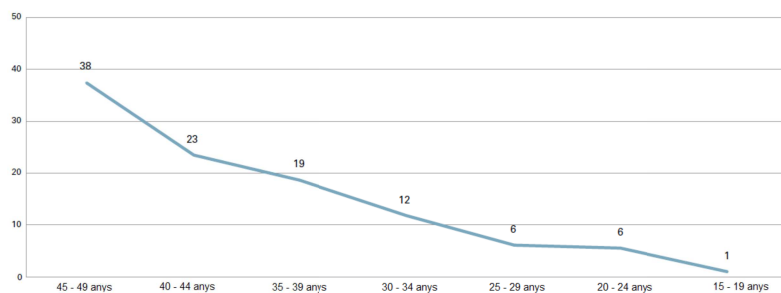
7.2.3 Illes Maldives

A les illes Maldives hi ha un 13% de prevalença de la pràctica entre dones de 15 a 49 anys. La pràctica de l'MGF s'accentua entre les dones que no han rebut cap educació i disminueix entre aquelles que han estudiat fins a secundària o més. Nou de cada deu nenes que pateixen l'MGF són mutilades durant el primer any de vida i gairebé el 50% dels casos són medicalitzats.

A les illes Maldives set de cada deu dones opinen que s'hauria d'acabar l'MGF. En les últimes dècades hi ha hagut un gran canvi en la prevalença de l'MGF. Entre les dones d'entre 45 i 49 anys, hi ha un 38% de prevalença. En canvi, entre les noies de 15 a 19 anys, només hi ha un 1%. És el país amb el canvi generacional més extrem.



Il·lustració 34: Mapa de les illes Maldives on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.



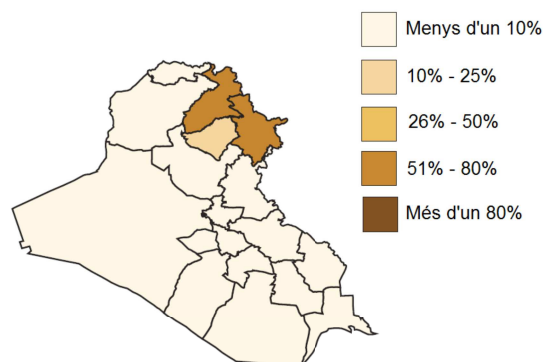
Il·lustració 35: Percentatge de dones i nenes que han patit l'MGF per edats.

7.2.4 Iraq

A Iraq la pràctica de l'MGF es concentra en les ciutats del nord del país, sobretot a la regió d'Erbil, i hi ha una prevalença del 7%. La meitat de les noies pateixen la mutilació després dels cinc anys i normalment en mans de familiars, coneguts o llevadores tradicionals.

A Iraq més del 90% de les dones entre 15 i 49 anys opinen que l'MGF hauria d'acabar.

Només el 3% creu que hauria de continuar, i la resta no ho saben. La prevalença ha disminuït notablement en les últimes dècades.



Il·lustració 36: Mapa d'Iraq on es mostra la prevalença de l'MGF en el país.

7.2.5 Índia

A l'Índia milers de dones i nenes Dawoodi Bohra, un grup ètnic que es troba a l'oest del país, a Pakistan, al Iemen i a l'est d'Àfrica, pateixen l'MGF. La comunitat Bohra es troba fonamentalment a l'Índia i les dones i nenes mutilades s'anomenen «Khatna». Tot i que els Bohra són una comunitat musulmana, practiquen l'MGF a causa de la seva cultura ètnica, no per la religió que segueixen, ja que molts altres grups musulmans de l'Índia no practiquen l'MGF.

7.3 Situació de la mutilació genital femenina a Amèrica

L'MGF es practica tradicionalment a Sud-Amèrica en països on habiten comunitats indígenes com els embera o els nasa. Són comunitats amb tradicions molt arrelades, el qual complica l'eliminació de l'MGF.

Colòmbia és el país sud-americà on es troben més comunitats afectades per l'MGF. No es descarta que a països com l'Equador o Panamà, on també viuen grups d'aquestes comunitats, es practiqui l'MGF.

S'estima que a Colòmbia dues de cada tres²⁴ nenes embera són mutilades i solen ser les llevadores, dones grans o la mare o àvia les que fan la mutilació, normalment després del naixement. No tots els grups embera estan afectats per la pràctica però el grup embera Chamí és dels més afectats.

²⁴ Segons ONIC (Organització Nacional Indígena Colombiana)

El 2007, quan dues nenes embera van morir a causa de l'MGF, es va començar a reconèixer el problema i a actuar per a acabar amb la pràctica. Actualment, hi ha comunitats que ja no la practiquen.²⁵

7.4 Taula resum de la situació de la mutilació genital femenina arreu del món

PAÏSOS	Prevalença	% de dones a favor	% d'homes a favor	% dones de 20 a 24 anys casades abans dels 18
ÀFRICA				
Somàlia	98%	65%	-	45%
Guinea	97%	67%	58%	51%
Djibouti	93%	37%	-	5%
Mali	89%	75%	-	52%
Egipte	87%	54%	58%	17%
Sudan	87%	41%	-	34%
Sierra Leone	86%	68%	46%	30%
Eritrea	83%	12%	10%	41%
Burkina Faso	76%	9%	10%	52%
Gàmbia	75%	65%	-	30%
Mauritània	67%	36%	69%	37%
Etiòpia	65%	17%	11%	40%
Guinea-Bissau	45%	13%	-	24%
Libèria	44%	39%	-	36%
Txad	38%	29%	41%	67%
Côte d'Ivoire	37%	14%	14%	27%
Senegal	24%	15%	14%	29%
República	24%	11%	-	68%
Centreafricana				
Kenya	21%	6%	9%	23%
Nigèria	19%	22%	27%	44%
República unida de	10%	3%	9%	31%
Tanzània				
Benín	9%	3%	3%	26%
Togo	5%	1%	2%	22%
Ghana	4%	2%	-	21%
Níger	2%	6%	3%	76%
Camerun	1%	7%	7%	31%
Uganda	0,3%	9%	-	34%
ÀSIA				
Indonèsia	49%	-	-	16%
Iemen	19%	19%	-	32%
Illes Maldives	13%	8%	-	2%
Iraq	7%	3%	-	28%

25 Informació extreta de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-36727805>

8. RECONSTRUCCIÓ DELS GENITALS FEMENINS

La reconstrucció dels genitals femenins és una intervenció quirúrgica que permet que les dones que han passat per la mutilació genital femenina i han patit els dolors que aquesta comporta puguin, per fi, reparar el mal que se'ls va infligir i recuperar aquesta part del seu cos, així com superar els dolors diaris que algunes pateixen. La reconstrucció els permetrà tornar a gaudir de la seva sexualitat, o en alguns casos gaudir-ne per primera vegada.

Amb una operació de tres quarts d'hora de durada és possible restituir els òrgans afectats per l'MGF, recuperant així la seva capacitat sensitiva i el seu aspecte en més del 75% dels casos.

Encara que no sempre és possible realitzar-la, l'operació és senzilla i segura en mans de professionals i les pacients poden tornar a casa el mateix dia.

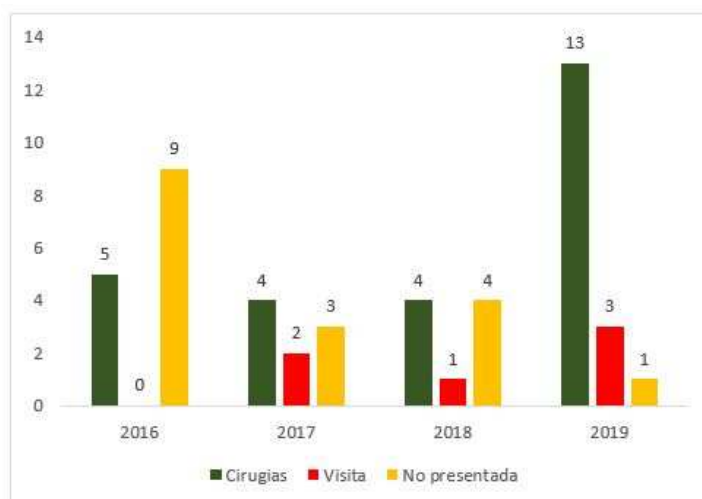
Tot i que a Catalunya aquesta operació està finançada per fundacions, el nombre de dones que la sol·liciten és molt baix, fet que el cap del Servei de Ginecologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, Francesc Carmona²⁶, atribueix al poc coneixement que es té d'aquesta operació, que s'ha realitzat 30 cops en l'Hospital Clínic des de l'inici del programa, l'any 2016.

Cal tenir en compte que per a les dones que decideixen fer-se l'operació, aquesta no només provoca una modificació física, sinó que suposa un canvi psicològic i en la seva vida.

És per això que en alguns casos les pacients no es presenten el dia de l'operació, ja sigui per por a revivre el trauma, per por a ser rebutjades per les seves famílies i comunitats si tornen al seu país, etc.

En el següent gràfic es mostra el registre d'operacions de reconstrucció de l'Hospital Clínic, en el qual veiem com l'any 2016 nou pacients de les catorze que van acudir al programa de reconstrucció no es van presentar a l'operació.

²⁶ Francesc Carmona, juntament amb el seu equip, va realitzar la primera operació de reconstrucció de genitals femenins a Catalunya.



Il·lustració 37: Gràfic publicat per l'Hospital Clínic on es mostren les reconstruccions des del 1r any, el 2016.

Per a millorar la situació, l'Hospital Clínic ofereix a les dones, a més de la visita i la programació de la cirurgia, l'opció de fer algunes sessions d'educació sexual amb una experta en sexologia si així ho desitgen.

9. ÉS LA CIRCUMCISIÓ MASCULINA EQUIPARABLE A LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA?

En més d'una ocasió s'ha utilitzat la circumcisió masculina per a justificar la mutilació genital femenina, però podem considerar que són el mateix? I, podem estar en contra de l'MGF però donar suport a la circumcisió masculina? A continuació faig una valoració de les diferències i similituds entre aquestes dues pràctiques per tal de poder contestar a les preguntes inicials.

En primer lloc, cal recordar que l'MGF no és una sola pràctica, ja que existeixen diferents maneres de danyar els genitals de les dones, algunes molt nocives com la infibulació i altres menys perilloses com la incisió (tipus IV).

En la circumcisió masculina passa el mateix. Tot i que és comú que quan parlem de la circumcisió masculina fem referència a la forma més lleu, que és l'eliminació del prepuci, no és l'única forma de circumcisió que es practica. La circumcisió masculina es practica en llocs molt diferents, per diferents motius i de diferents formes, per tant per a poder fer una valoració d'aquesta és necessari estudiar-la en totes les seves formes.

Per començar, cal establir dos tipus de circumcisió masculina. La primera, la circumcisió mèdica, és aquella que es fa per a tractar una malaltia i la segona, la circumcisió sol·licitada, és la que es fa perquè els pares així ho volen, per motius religiosos o per a prevenir malalties en un futur.

La circumcisió masculina no està prohibida ni sol estar regulada, de manera que en molts països qualsevol persona pot realitzar-la sense tenir coneixements mèdics. La circumcisió que s'ha practicat tradicionalment en la cultura jueva, que suposa eliminar la part sobrant del prepuci, mantenint així la seva funció de protecció, és la que se segueix practicant actualment, tot i que en alguns casos és més invasiva i s'elimina una mica més de teixit sensible.

També hi ha algunes tribus sud-africanes que practiquen una circumcisió més nociva que sol causar hemorràgies, infeccions, pèrdua del membre o la mort. Cal destacar que aquest tipus de circumcisió té un percentatge molt baix.

En alguns casos, quan no s'acudeix als hospitals, la circumcisió pot causar problemes en

la salut del nen a causa de la falta d'higiene i a la falta de coneixements mèdics.

En funció de la comunitat en la qual ens centrem, les causes per les quals es practica la circumcisió masculina varien. Segons les estimacions actuals, el 30% dels homes de tot el món, és a dir 670 milions d'homes, estan circumcidats. D'aquests, un 68% serien musulmans, menys d'un 1% serien jueus i un 13% no seguirien cap d'aquestes dues religions.

L'Islam és la religió més extensa que dona suport a la circumcisió i igual que en el judaisme, es troba en el llibre sagrat la necessitat de circumcidar a tots els nens. Per tant, la major part dels casos de circumcisió masculina succeeixen per motius religiosos.

Per altra banda, en zones com Sud-àfrica, entre els aborígens australians i en altres comunitats arreu del món, la circumcisió masculina es duu a terme com a ritual de pas a la vida adulta. A més a més, també es practica per a prevenir problemes de salut i tenir una higiene més senzilla i fàcil d'assolir. La circumcisió minimitza el risc de patir càncer de penis, infeccions de transmissió sexual com el VIH²⁷, infeccions urinàries o problemes penians.

En resum, els motius pels quals es practica la circumcisió masculina poden ser religiosos, culturals o higiènics.

Per tant, responent a la pregunta inicial, no podem considerar que la circumcisió masculina i l'MGF siguin el mateix. En primer lloc, perquè els riscos i conseqüències de cadascuna de les pràctiques són molt diferents. En el cas de la circumcisió només es parla d'un risc real i elevat en els casos de zones minoritàries com tribus d'aborígens o algunes comunitats sud-africanes en les quals la falta d'higiene i coneixements mèdics causen els danys, mentre que quan es tracta de l'MGF la gran majoria dels casos suposen un alt risc per a la salut física, sexual i psicològica. En segon lloc, els motius que els provoquen i el fi que persegueixen no són els mateixos. En el cas de l'MGF, es busca majoritàriament l'acceptació social per tal de poder contraure matrimoni i assegurar el futur i es considera un acte de violència de gènere. En canvi, en la circumcisió es busca la millora de la salut o l'acceptació de la comunitat religiosa.

Pel que fa a la segona qüestió, que fa referència a la possibilitat de donar suport a la

²⁷ Segons l'OMS, la circumcisió masculina redueix en un 60% els riscos de transmissió de VIH de dones a homes. Tot i això, insisteix que és una mesura suplementària a l'ús de preservatiu, no pas substitutòria.

circumcisió mentre es lluita contra l'MGF, he arribat a la conclusió que no es pot respondre sense tenir en compte els motius pels quals se circumcida.

Considero que en països desenvolupats amb aigua corrent en tots els habitatges, conscienciació de la higiene pròpia en els habitants, conscienciació sobre l'ús de preservatiu, etc. no és necessari que els nens siguin circumcidats per evitar infeccions sexuals o per seguir una bona higiene, ja que compten amb els recursos necessaris per fer-ho sense ser circumcidats. Per altra banda, en països on es viu precàriament sense aigua corrent ni possibilitat de seguir una bona higiene, a més de poca conscienciació de l'ús del preservatiu per evitar infeccions sexuals, la circumcisió masculina pot ser una opció beneficiosa per a la salut del nen o home. Per tant, sí que dono suport als casos en els quals se circumcida per obtenir beneficis en la salut, sempre que sigui necessari.

En canvi, quan se circumcida per motius religiosos és més difícil establir un límit moral entre el correcte i l'incorrecte. En la meva opinió, no s'hauria de permetre la circumcisió per motius no mèdics en nens. S'hauria de considerar la possibilitat de prohibir la circumcisió en menors i permetre-la en adults. D'aquesta manera cadascú podria prendre una decisió estant plenament informat i conscient.

Com va dir la diputada islandesa Gunnarsdóttir, tant la mutilació genital femenina com la circumcisió masculina «violèn el dret individual del nen a escollir». «Són procediments innecessaris, realitzats sense el seu consentiment informat, irreversibles i que poden causar complicacions greus, desfiguracions i inclús la mort»²⁸

28 Paràgraf extret de l'article publicat a *El Confidencial*, ¿Es la circuncisión igual que la ablación?

10. LA LEGISLACIÓ

L'MGF no és una pràctica prohibida universalment, ja que hi ha països on encara és legal. El fet que hi hagi lleis que prohibeixen la pràctica no garanteix l'eliminació d'aquesta ni tan sols la disminució de la prevalença, però sí que contribueix a la lluita contra l'MGF i facilita les accions d'associacions i organitzacions. Per tal que les lleis siguin realment útils cal un pla d'acció per a fer arribar la prohibició a tota la població i assegurar el compliment de la mateixa.

No obstant això, sovint la prohibició de tradicions provoca el seguiment d'aquestes de manera clandestina, cosa que en el cas de l'MGF no és gens beneficiós tenint en compte que la intervenció mèdica pot ser, en molts casos, necessària per a salvar la vida de nenes que passen per l'MGF. És per això que el treball de les associacions és tan important, ja que treballen amb les comunitats, no contra elles. Hi ha associacions que centren el seu treball a conscienciar i informar les comunitats per tal d'aconseguir que aquestes abandonin la pràctica per voluntat pròpia. Tot i això, reconèixer de forma oficial la presència de l'MGF en el país i establir lleis en contra és el primer pas per a posar en marxa intervencions nacionals per a protegir a les nenes i dones de la pràctica.

Una gran part dels països que compten amb lleis contra l'MGF són països africans o països on se sap del cert que hi ha comunitats immigrants que practiquen l'MGF, la majoria dels quals són europeus i nord-americans. En canvi, a Àsia i a l'Orient Mitjà gairebé no es troben prohibicions legals contra l'MGF.²⁹

L'MGF és un delictes en tots els països de la Unió Europea, des que el 2007 es va establir la legislació contra l'MGF en el Parlament Europeu. Els països europeus poden plantejar la legislació de dues maneres diferents:

- Prohibint l'MGF d'acord amb la regulació penal genèrica ja existent, assimilant-la com a un delictes de lesions. Així ho van fer Finlàndia, Holanda, Irlanda, Alemanya, Grècia, França, Luxemburg i Portugal.
- Afegint una legislació especial contra l'MGF aprovant una normativa nova, com es va fer a Suècia el 1982 i al Regne Unit el 1985 o adaptant els codis penals incloent un delictes

²⁹ Segons l'informe «*Un llamamiento para una respuesta mundial*» publicat per Equality Now, European Network i U.S. Network.

que mencionés l'MGF. Països com Bèlgica (2001), Àustria (2002), Dinamarca i Espanya (2003) i Itàlia (2006) van seguir aquesta segona opció. Tots els països d'aquest últim bloc penalitzen les sortides extraterritorials amb l'objectiu de practicar l'MGF.³⁰

Actualment, a Àfrica, on està més estesa, tots els països afectats per l'MGF tenen lleis que la prohibeixen o la consideren una vulneració dels drets i, per tant, forma part de la llei penal. Tot i això les lleis no aconsegueixen protegir les nenes de l'MGF, sovint a causa del poc coneixement entre la població d'aquesta llei i de l'absència d'actuació per part de les administracions per a fer complir la legislació.

10.1 Lleis a Espanya

A Espanya hi ha lleis contra l'MGF des de l'any 2003, quan es va legislar com a delictes de lesions en el Codi Penal de 1995 (article 149). Aquest article contempla la pena de presó entre sis i dotze anys a qualsevol persona que practiqui l'MGF a algú altre dins del país. A més, si es fa l'MGF a una menor, es pot arribar a retirar la tutela de la mateixa als pares durant un període de temps d'entre quatre a deu anys. Cal destacar que des del 2005, quan es va reformar la Llei Orgànica, es pot jutjar a aquelles persones residents a Espanya que marxen a un altre país amb l'objectiu de dur a terme l'MGF.

³⁰ Dades extretes de l'informe «*Las mutilaciones genitales femeninas en la Unión Europea*», de Carlos Pérez Vaquero.

11. SITUACIÓ DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA A EUROPA

A causa de la diàspora de les societats que practiquen l'MGF, a Europa està present actualment aquesta pràctica. És per això que molts dels països de la Unió Europea han actuat per a eliminar-la.

11.1 L'evolució de la migració a la Unió Europea de dones i nenes procedents de països on es practica la mutilació genital femenina

L'any 2017, 650.000 persones van sol·licitar asil a la Unió Europea. D'aquestes, 66.000 eren dones i nenes que provenien de països on es practica l'MGF. En comparació amb el període dels anys 2015 – 2016, l'any 2017 hi va haver un gran descens del nombre de sol·licituds d'asil, ja que el 2016 eren 1.206.500 persones les que sol·licitaven asil a la UE, de les quals 99.340 eren dones i nenes de països on es practica l'MGF.

Tot i el descens de l'any 2017, en comparació amb els primers anys d'aquesta dècada, el nombre de dones i nenes procedents de països on es fa l'MGF que demanen asil a la Unió Europea ha augmentat considerablement. A més, al llarg dels anys el percentatge de dones sol·licitants d'asil procedents de països on es fa l'MGF respecte al nombre total de sol·licitants d'asil també ha augmentat. L'any 2013 era d'un 6 a 9% i l'any 2017 ja era d'un 19 a 28%.³¹

En conclusió, el nombre de dones i nenes procedents de països on es practica l'MGF que s'instal·len a la Unió Europea ha augmentat durant aquesta dècada.



Il·lustració 38: Gràfic extret de l'informe «Too much pain», d'ACNUR.

31 Les dades d'aquest apartat s'han extret de l'informe «Too much pain», publicat per ACNUR.

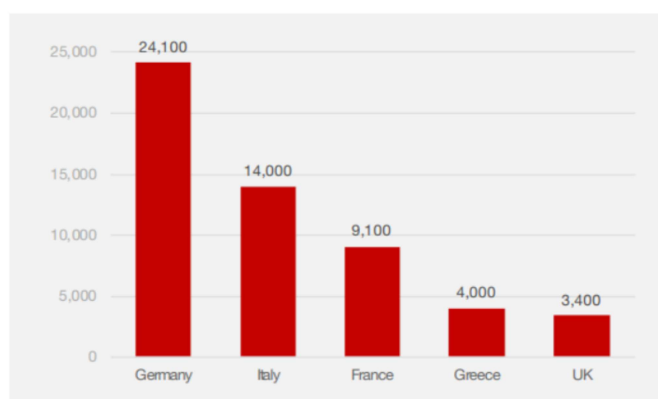
Els països afectats per l'MGF dels quals es reben més sol·licituds d'asil són Iraq, Nigèria, Eritrea i Somàlia. Des del 2013 aquests quatre països són dels que es reben més sol·licituds d'asil, junts suposen més de dos terços de les sol·licituds rebudes.



Il·lustració 39: Gràfic extret de l'informe «Too much pain», d'ACNUR. Dades de l'any 2017.

11.2 Països de la Unió Europea on se sol·licita més asil

Durant l'any 2017, la majoria de les dones i nenes que sol·licitaven asil a la Unió Europea volien anar a Alemanya, a Itàlia, a França, a Grècia o a Gran Bretanya, concretament les dones d'Iraq, de Somàlia i d'Eritrea anaven principalment a Alemanya; mentre que les dones de Nigèria es dirigien a Itàlia i les de Côte D'Ivoire i Guinea a França.



Països principals de destí de les sol·licitants d'asil procedents de països on es practica la MGF

Il·lustració 40: Gràfic extret de l'informe «Too much pain», d'ACNUR.

11.3 La sol·licitud d'asil

Les sol·licituds que es reben relacionades amb l'MGF solen ser de dones i nenes que fugen de l'MGF; que ja l'han patit però busquen protecció per evitar una altra mutilació, pares que sol·liciten protecció per a les seves filles, dones que no es volen convertir en «talladores» però reben la pressió de la seva comunitat, dones que van patir l'MGF i van passar per una intervenció reconstructiva, normalment a Europa, i tenen por que en tornar al país d'origen se'ls torni a fer l'MGF, etc.

Per tal que a les dones i nenes se'ls accepti la sol·licitud d'asil a la Unió Europea, han de complir uns requisits.

Per començar, les sol·licitants han de demostrar que es troben en situació de vulnerabilitat i que, per tant, necessiten immigrar. El procés d'asil determina si la sol·licitant es troba realment en risc i si té motius fundats per a sol·licitar l'asil. És difícil per a les nenes i dones parlar del perill que corren a causa de l'MGF, ja que és un tema tabú. Cada sol·licitant és entrevistada amb el fi de decidir si està en una situació de risc. Les barreres de l'idioma, la incomoditat i l'experiència traumàtica fan molt difícil la comunicació.

Un cop s'ha fet l'entrevista, s'avalua la situació personal de la sol·licitant i es decideix si s'accepta la sol·licitud d'asil.

11.4 Situació de la mutilació genital femenina a Espanya

Es calcula que l'any 2016 residien a Espanya 250.000 persones procedents de països on es practica l'MGF. En relació amb l'any 2012, actualment hi ha un 2,1% menys de persones residents a Espanya que procedeixen d'aquests països. No obstant això, quan ens fixem només en l'evolució del nombre de dones, veiem que en comparació amb l'any 2012 hi ha hagut un augment del 5,2% causat per l'increment del nombre de dones adultes residents a Espanya, no del nombre de nenes, que mantenen un percentatge pràcticament igual que el 2012.

A Espanya la població procedent de països afectats per l'MGF ve de 32 països diferents. Aquests països són majoritàriament africans, tot i que també hi ha alguns països asiàtics. El Senegal és d'on provenen més persones, en total gairebé 70.000. Nigèria és el segon país afectat per l'MGF del qual han vingut més persones a Espanya, un total de 45.000 persones, seguit de Mali i Gàmbia, amb gairebé 25.000 persones cadascun.³²

³² Informació extreta de l'estudi «Mapa de la mutilació genital femenina a Espanya», d'Adriana Kaplan i

	2008	2012	2016	Crecimiento relativo (%) 2008-2012	Crecimiento relativo (%) 2012-2016
Senegal	48.479	67.354	69.505	38,9 %	3,2 %
Nigeria	38.296	47.697	44.800	24,5 %	-6,1 %
Mali	19.859	24.990	24.484	25,8 %	-2,0 %
Gambia	20.345	24.352	23.305	19,7 %	-4,3 %
Ghana	13.536	17.797	17.701	31,5 %	-0,5 %
Guinea	12.541	14.755	13.487	17,7 %	-8,6 %
Mauritania	10.434	12.392	10.573	18,8 %	-14,7 %
Guinea-Bissau	6.961	6.823	6.092	-2,0 %	-10,7 %
Camerun	5.263	7.017	6.692	33,3 %	-4,6 %
Egipte	3.986	4.851	5.425	21,7 %	11,8 %
Etiopia	1.735	3.642	4.142	109,9 %	13,7 %
Costa de Marfil	2.331	3.615	3.506	55,1 %	-3,0 %
Indonèsia	1.763	2.144	2.156	21,6 %	0,6 %
Iraq	1.734	1.900	2.190	9,6 %	15,3 %
Kenya	1.034	1.557	1.574	50,6 %	1,1 %
Burkina Faso	898	1.389	1.446	54,7 %	4,1 %
Sierra Leona	1.139	1.099	977	-3,5 %	-11,1 %
Liberia	934	806	649	-13,7 %	-19,5 %
Malasia	500	636	646	27,2 %	1,6 %
Togo	434	552	545	27,2 %	-1,3 %
Sudán	454	398	433	-12,3 %	8,8 %
Benín	391	439	440	12,3 %	0,2 %
Tanzania	267	326	405	22,1 %	24,2 %
Níger	252	312	312	23,8 %	0,0 %
Somalia	157	259	359	65,0 %	38,6 %
Uganda	150	210	210	40,0 %	0,0 %
Rep. Centrafricana	136	154	153	13,2 %	-0,6 %
Yemen	71	120	197	69,0 %	64,2 %
Eritrea	126	123	124	-2,4 %	0,8 %
Chad	74	114	106	54,1 %	-7,0 %
Djibouti	21	26	25	23,8 %	-3,8 %
Sudán Del Sur			5	-	-
Total general	194.301	247.849	242.664	27,6 %	-2,1 %

Il·lustració 41: Evolució del nombre de població a Espanya originària de països on es practica l'MGF. Des de 2008 fins a 2016. Taula extreta de l'estudi «Mapa de la mutilació genital femenina a Espanya», d'Adriana Kaplan i Antonio López.

Antonio López.

12. PROGRAMA PER A L'ABANDONAMENT DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

Actualment, el programa més important que hi ha per a acabar amb l'MGF és el dirigit conjuntament per UNFPA i UNICEF, que compta amb el suport financer de la Unió Europea, Finlàndia, França, Alemanya, Islàndia, Irlanda, Itàlia, Luxemburg, Noruega, Espanya, Suècia i el Regne Unit.

El programa actua en 17 països de l'Àfrica, que es divideixen en nivell 1, 2 i 3 d'acord amb les seves necessitats i prioritats. Els països són Burkina Faso, Djibouti, Egipte, Eritrea, Etiopia, Gàmbia, Guina, Guinea-Bissau, Kenya, Mali, Mauritània, Nigèria, Senegal, Somàlia, Sudàn, Uganda i Iemen.

L'objectiu principal del programa és finalitzar la pràctica de l'MGF l'any 2030. Per assolir tal meta, el programa ha estat dividit en cinc fases. Actualment ens trobem a la tercera fase, que va començar l'any 2018. Les dues fases anteriors van anar des de l'any 2008 a l'any 2013 i des de l'any 2014 al 2017 respectivament.

El programa treballa amb les comunitats per aconseguir transformar les normes socials mentre col·labora amb els governs per fomentar les lleis que prohibeixen la pràctica i garantir que les nenes estiguin protegides.

Els objectius més importants que s'han assolit des dels inicis del programa han estat:

- Subministrament de serveis: més de 3,2 milions de dones i nenes dels 17 països emparats pel programa s'han beneficiat de serveis de protecció i atenció relacionats amb l'MGF.
- Augment del compromís de les comunitats: gràcies al compromís de les comunitats mitjançant l'educació i el diàleg, més de 31,5 milions de persones de més de 21.700 comunitats han fet declaracions públiques sobre l'abandonament de la pràctica de l'MGF.
- Marc polític i legislatiu: 13 països recolzats pel programa tenen lleis que prohibeixen l'MGF. Actualment, en aquests països hi ha hagut més de 900 casos d'aplicació legal.
- Els 17 països tenen programes nacionals eficaços de gestió i coordinació de la informació i dotze dels països han establert programes de finançament per abordar l'MGF.

13. EL FUTUR DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

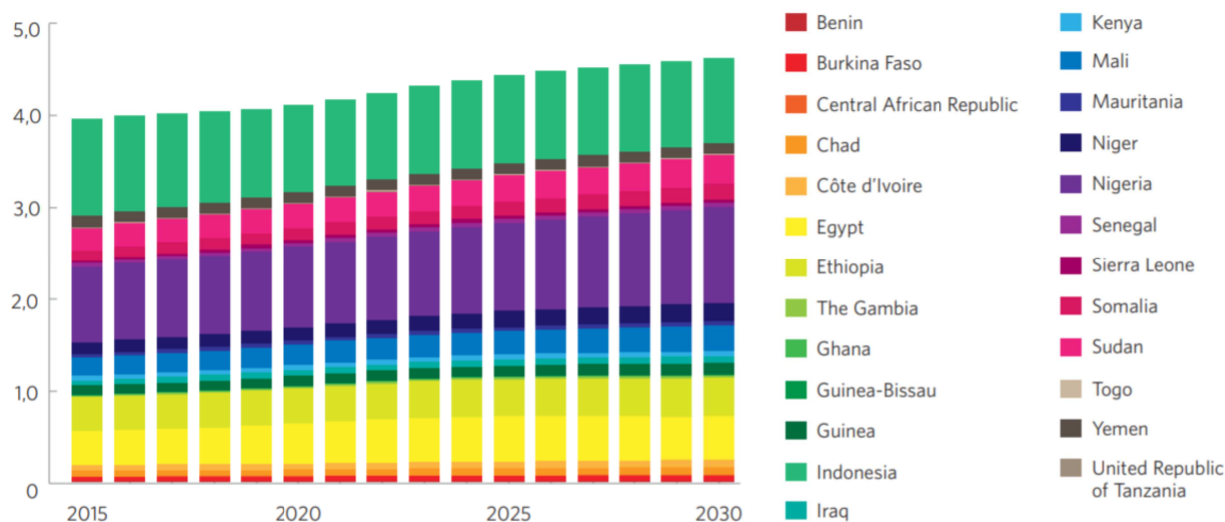
Els informes presentats per UNFPA mostren una sèrie de previsions de l'evolució de l'MGF en els pròxims anys. Aquestes previsions arriben fins a l'any 2030.³³

Es preveu un augment de casos d'MGF en el futur a causa de l'augment de població que hi haurà en els pròxims anys sobretot en els països africans i asiàtics. L'augment de població farà pujar el nombre de nenes que patiran l'MGF.

S'estima que 3,9 milions de nenes i dones de tot el món van patir l'MGF l'any 2015. Més tard, l'any 2019, es va calcular que 4,1 milions de nenes havien patit l'MGF. La previsió és que l'any 2030 el nombre de nenes que patiran l'MGF ja serà de 4,6 milions. Aquest augment de casos ha estat representat en un gràfic en el qual es preveu l'evolució dels països africans i asiàtics al llarg dels anys.

Segons l'ONU, els països en els quals preval la pràctica s'està detectant un augment poblacional. En aquests països, almenys el 30% de la població femenina són menors de 15 anys.

Previsió de nombre de nenes que patiran la MGF cada any, en milions.



Il·lustració 42: Imatge extreta de l'informe d'UNFPA «Bending the curve: FGM trends we aim to change», en català «Doblegant la curva: Tendències de l'MGF que volem canviar».

33 L'UNFPA ha realitzat aquestes previsions basant-se en les dades recollides per les enquestes DHS i MICS, gràcies als quals es calcula el risc de patir l'MGF segons l'edat. Aquestes dades, combinades amb les dades de la perspectiva de població mundial, publicada per l'ONU el 2017, han permès fer una estimació del nombre de noies que en el futur poden estar en risc de patir l'MGF en cada país.

MARC PRÀCTIC

14. ENTREVISTA A LA FUNDACIÓ WASSU-UAB

L'entrevista s'ha fet a Júlia Perarnau, Investigadora de la Fundació Wassu-UAB³⁴ i s'ha realitzat en castellà.

Sobre la fundación

1. ¿Cuándo se fundó Wassu-UAB?

Como entidad, Fundación Wassu-UAB (FW) se funda en 2012. Sin embargo, como proyecto surge mucho antes, podría decirse que va de la mano con la trayectoria de nuestra directora, la Dra. Adriana Kaplan, quien en 1987 inició una nueva línea de investigación en la UAB, centrada en el estudio de las migraciones de África subsahariana hacia España y en el análisis antropológico de los procesos de aculturación e integración social en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Para entender lo anterior, es necesario explicar la organización de la entidad. FW nació para albergar el "Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF" establecido en 2008, en el cual se integran los equipos de dos centros de investigación y transferencia del conocimiento, ambos fundados por la Dra. Kaplan:

-En Gambia, el equipo de la ONG Wassu Gambia Kafo (WGK), fundada en 1999.-
En España, el equipo del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Dpt. de Antropología Social y Cultural de la UAB, fundado en 2003

2. ¿Quién la fundó?

La idea de crear FW surge del Director del Parc de Recerca UAB – Santander, luego de que en 2009 se le concediera la Cátedra de Transferencia del Conocimiento a la Dra. Kaplan y que su línea de trabajo se convirtiera en un proyecto estratégico para la UAB.

A nivel técnico, la FW está fundada por un patronato, conformado por miembros de

34 Sigles de Universitat Autònoma de Barcelona.

la UAB, la Corporación UAB, el Parc de Recerca UAB – Santander y Wassu Gambia Kafo Associació per la Cooperació amb l'Àfrica (fundada por la Dra. Kaplan). Nuestra directora también forma parte del patronato.

3. ¿Por qué se fundó? ¿Con qué objetivos?

Continuando en la línea de las preguntas anteriores, FW se funda como proyecto estratégico de la UAB, para albergar el "Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF" y poder canalizar de mejor forma los recursos y esfuerzos del trabajo, tanto a nivel local como transnacional.

FW es una organización científica de ámbito internacional en la que actuamos para la prevención y abandono de las prácticas tradicionales perjudiciales, con especial foco en la Mutilación Genital Femenina (MGF), el cuidado de sus consecuencias y el acompañamiento de las mujeres y niñas que la sufren. Para lograr nuestro objetivo, implementamos una metodología científica y transferimos el conocimiento para promover transformaciones sociales positivas.

4. ¿Los objetivos han cambiado desde el inicio?

Nuestro objetivo general no ha cambiado, continuamos trabajando para mejorar las condiciones de vida de mujeres y niñas, reconociendo su derecho a la integridad y libertad personal, en condición de igualdad social.

5. ¿Cuáles son vuestros mayores logros?

Desde que nuestra directora ejecutiva, la Dra. Adriana Kaplan, comenzó con este proyecto, los mayores logros que se han alcanzado son:

En Gambia:

- El documental "Iniciación sin mutilación" (2004), una propuesta respetuosa de ritual alternativo, evitando la parte física del corte y manteniendo lo que quieren las madres y abuelas: el aprendizaje de su cultura, de esa identidad étnica y de género, la pertenencia al grupo, a la sociedad secreta de las mujeres. Este

trabajo fue presentado a la vicepresidenta de Gambia y con él se logró levantar el veto que había sobre la práctica, que prohibía hablar y trabajar en la prevención de la MGF. De hecho, la vicepresidenta pidió que se tradujera el documental a cinco lenguas locales.

- En 2011, se firmó un acuerdo entre el Ministerio de Salud, Agencias de Naciones Unidas (UNICEF, UNFPA y la OMS) y las organizaciones que la Dra. Kaplan representaba, en el que se comprometían a implementar un Plan Nacional de Formación para Profesionales de la Salud sobre MGF, que la Dra. Kaplan había diseñado. Actualmente, el 47% de los profesionales de la salud del sistema público de Gambia ya han sido formados, así como más del 80% de los estudiantes de las Facultades de Medicina, Enfermería, Salud Pública y Partería. Casi el 40% de las parteras tradicionales que a menudo desempeñan el papel de circuncidoras, y el 15% de los líderes comunitarios, también han recibido formación en Gambia.

- También desarrollamos un Currículum Académico pionero en el mundo que consta de 10 módulos, en el que se introduce así la MGF como tema de estudio en las facultades de Medicina, Salud Pública, Enfermería y Comadronería de Gambia. De esta forma, cada estudiante sale de las carreras de Ciencias de la Salud sabiendo cómo hacer prevención, cómo proponer el ritual alternativo y, sobre todo, cómo atender a las mujeres que ya pasaron por la mutilación. Esta experiencia también la hemos exportado a Kenia, Tanzania y, actualmente, a Senegal.

En España:

- En 1998, un grupo interdisciplinar de profesionales, asesorados por la Dra. Adriana Kaplan, diseñan la primera versión del Compromiso Preventivo, una herramienta pensada para apoyar a los padres y madres en su decisión de no realizar la MGF a sus hijas cuando viajan a sus países de origen, descargándoles de las presiones del entorno familiar en origen y evitando cuestionar la autoridad de sus mayores. La Dra. Kaplan contrastó empíricamente el uso del documento con 11 familias que viajaron a sus países de origen con sus hijas, y comprobó su efectividad. En el año 2015 esta

herramienta fue incluida en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutillación Genital Femenina (MGF), elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- En 2001 la Dra. Kaplan publicó el Mapa de la MGF en España. Este trabajo sociodemográfico es el primero en el mundo, muestra la población de los países donde se practica la MGF y su distribución en el territorio español. Es una fotografía del fenómeno que se actualiza cada cuatro años (2001, 2005, 2009, 2013 y 2017) y constituye una herramienta fundamental que permite el diseño de políticas públicas y la coordinación de intervenciones preventivas y asistenciales a nivel de atención primaria (salud, trabajo social y educación).

- En 2006, el GIPE/PTP diseña el primer manual sobre MGF dirigido a profesionales de Cataluña, que fue publicado por el Institut Català de Salut (ICS). El año 2017 se publicó una edición actualizada del Manual para profesionales en España.

- En 2015, el equipo de FW realiza el estudio “La Mutilación Genital Femenina en España” para la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG). El año 2019 se realiza un nuevo estudio sobre la práctica en el país (pendiente publicación).

- Cabe destacar la comparecencia de la Dra. Kaplan en las sesiones de la Subcomisión para el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2017), en su calidad de experta en materia de MGF.

6. ¿Qué tipo de trabajo se hace en vuestra fundación?

Nuestro trabajo se divide en diferentes actividades: investigación (académica antropológica, estudios de diagnóstico, reportes e informes); formaciones a profesionales y estudiantes de distintos ámbitos (salud, trabajo social, educación, ámbito jurídico); talleres de sensibilización dirigidos a circuncidadoras y parteras tradicionales, líderes locales y religiosos, mujeres, hombres y jóvenes; reuniones y talleres con representantes de instituciones (legisladores/as, jueces/zas y magistrados/as, miembros del Gobierno, autoridades locales); creación de material

didáctico; organización y participación en conferencias, seminarios, charlas y debates; colaboración en red con otras entidades a nivel estatal y europeo; asesorías en casos puntuales; diseño e implementación de programas de prevención.

7. ¿Cuál es el mayor obstáculo con el que os habéis encontrado al realizar vuestro trabajo?

Creemos que el principal obstáculo es técnico y se traduce en recursos. Es muy difícil no contar con un flujo constante de dinero para invertir en nuestras actividades, materiales y recursos humanos. Las subvenciones son las que mantienen nuestro proyecto con vida, pero requieren tiempo y personal que se dedique al diseño de las actividades, informes de justificaciones, memorias y evaluación, elaboración de presupuestos, etc. Todo esto, que es clave en cuanto a transparencia, resulta complejo cuando el equipo de personas es pequeño y tienen que dividir su trabajo en la implementación de los proyectos vigentes, la búsqueda de nuevas fuentes de financiación, la difusión de nuestras actividades y logros, y los trámites burocráticos.

8. ¿Tenéis algún programa específico de sensibilización / información a universidades y colegios o en otros ámbitos?

En FW trabajamos en la implementación de diferentes proyectos que incluyen estudios de investigación, formaciones a profesionales de diversos ámbitos y sensibilización con comunidades (ver respuesta 6). No tenemos un solo programa específico, sino que vamos dando continuidad a la formación y sensibilización a través de los distintos proyectos que diseñamos. Actualmente no trabajamos con colegios, pero impartimos, a través de nuestra directora, sesiones formativas en el tema de la MGF a estudiantes del Máster de Antropología Social y Cultural y a estudiantes del Máster de Medicina Tropical de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). También, a través de nuestras formadoras del GIPE/PTP, hemos realizado sesiones formativas a estudiantes de la Universitat Pompeu Fabra,

Universitat Rovira i Virgili y Universitat de Barcelona.

En cuanto a profesionales, hemos formado a profesionales de distintas Comunidades Autónomas, especialmente de las áreas de salud y trabajo social (Colegio de Trabajadores y Educadores Sociales). En el caso del ayuntamiento Santa Coloma de Gramenet, creamos un grupo motor que aplica la metodología de Fundación Wassu en la intervención preventiva de la MGF en su comunidad, así como también sentamos las bases para aplicar este modelo a través de la Junta de Andalucía.

9. ¿Cómo ha afectado la crisis del Coronavirus a vuestro trabajo?

En el caso de FW en particular, la crisis del coronavirus a implicado un retraso en el calendario de actividades planeadas para el año. Si bien nos hemos podido adaptar al teletrabajo y hemos impartido las formaciones a profesionales en formato virtual, así como las entrevistas y cuestionarios, hay ciertas actividades que hemos tenido que reformular para cuadrarlas dentro de las normativas sanitarias vigentes.

La situación actual, aunque dificulta nuestro trabajo, también ha dado la oportunidad de plantearnos nuevos dilemas y formas de trabajo, así como innovar en las actividades que diseñamos.

Sobre la MGF

1. Según vuestra experiencia / conocimientos, ¿cuál es el principal motivo por el cual se practica la MGF en Gambia?

Ver: Mutilación Genital Femenina – Manual para profesionales (FW, 2017). Capítulo 1.6 “Una mirada antropológica” (p. 34).

“Cuando se indagan los motivos para continuar con la práctica, aparecen diversas razones: la tradición, la religión o la preservación de la identidad étnica y de género. Se mencionan cuestiones de higiene (“es más limpio”) y estéticas (“puede crecer demasiado, como el pene”) y creen que protege la feminidad, la pureza y la

virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el “honor de la familia”, asegurando el matrimonio.”

2. ¿Existen falsas creencias sobre la MGF, por ejemplo que aumenta la fertilidad o que es positiva para las mujeres?

Ver: Mutilación Genital Femenina – Manual para profesionales (FW, 2017). Capítulo 1.6 “Una mirada antropológica” (p. 34-35).

“Se cree que es más limpio y bello y que promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las mujeres primigrávidas, ya que es una creencia extendida que, si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental .”

3. ¿Cuál es la opinión sobre la MGF de las mujeres y niñas de Gambia? ¿Y la de los hombres y niños? Vuestra actuación hace cambiar esas opiniones?

Ver: Mutilación Genital Femenina – Manual para profesionales (FW, 2017). Capítulo 1.6 “Una mirada antropológica” (p. 15 - 16).

“La MGF tiene un gran significado simbólico para las comunidades que la practican. En África, se vincula con dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos. En algunas sociedades, la práctica sigue formando parte de ceremonias de iniciación a la edad adulta, influyendo directamente en la construcción de los roles y el estatus de las mujeres, otorgando identidad étnica y de género. Transmite un sentimiento de orgullo y de pertenencia al grupo, y se convierte en la prueba física que garantiza la feminidad de la niña y la obtención del conocimiento necesario para poder pertenecer a la comunidad y al mundo secreto de las mujeres”

No todos los grupos étnicos que viven en países con prevalencia de MGF realizan esta práctica. Es por ello que no podemos decir cuál es la opinión de todas las personas. También, la MGF está penada por ley en Gambia, por lo que puedes encontrarte con que las personas digan que no están a favor o que no la practican

para no tener problemas.

Wassu Gambia Kafo lleva trabajando muchos años en la prevención y sensibilización en todas las regiones del país. Hemos visto un cambio positivo no solo en las opiniones, sino también en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la MGF tanto de mujeres como de hombres y jóvenes.

4. ¿En Gambia se considera que la MGF es un tema de mujeres o los hombres también tienen un papel importante?

En general, en los países donde se realiza tradicionalmente la práctica, entre ellos en Gambia, la MGF es considerada un tema de mujeres. Sin embargo, esto no quiere decir que los hombres no tengan un rol importante en la prevención, en su calidad de padres, jefes de familia, líderes religiosos y comunitarios. Es por ello que en Gambia también trabajamos sensibilizando a líderes comunitarios y religiosos. Por otra parte, en Cataluña estamos implementando un proyecto con la Generalitat en el que se involucra a hombres en la prevención de la MGF. Sabemos que también desde el ayuntamiento de Bilbao trabajan con grupos de hombres como agentes de cambio y que Médicos del Mundo lo hace en Navarra y otras Comunidades Autónomas.

Recursos recomendados:

- "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as seen by Men" (Kaplan, et al., 2013). <https://www.hindawi.com/journals/ogj/2013/643780/>

- "Men have a role to play but they don't play it" (O'Neill, et al., 2017) https://www.researchgate.net/publication/321214035_Men_have_a_role_to_play_but_they_don't_play_it_A_mixed_methods_study_exploring_men's_involvement_in_Female_Genital_Mutilation_in_Belgium_the_Netherlands_and_the_United_Kingdom_Men_Speak_Out

5. ¿Qué opinión sobre la MGF tienen las mujeres de Gambia que vienen a Catalunya y pasan por el choque cultural que eso supone?

Si bien se pueden identificar ciertos patrones, las experiencias migratorias son personales y los “choques culturales” se dan en múltiples aspectos de la vida, no sólo relacionado con la MGF. Como se explica en la respuesta 11, hay que tener en cuenta que la MGF muchas veces no es una prioridad dentro de las problemáticas que tienen que enfrentar las familias migrantes. No existe una opinión única de las mujeres de Gambia que han venido a Catalunya, eso dependerá de la trayectoria migratoria y personal de cada persona.

6. ¿La MGF es un tema tabú del cual no se habla en la comunidad?

Muchas veces existe más tabú por parte de los/las profesionales respecto a este tema que por parte de las mujeres mismas. Esto se debe, en parte, al hecho de que hablar de la anatomía femenina sigue siendo tabú en la sociedad en general, incluyendo la cultura occidental en la que vivimos.

Para las mujeres de comunidades que practican la MGF, es un tema íntimo y enmarcado dentro del mundo secreto de las mujeres. Como en otros casos, no podemos generalizar la respuesta. En algunas familias o comunidades va a ser más fácil hablar del tema dentro del núcleo de confianza, mientras en otras se encontrará más reticencias y silencios.

7. ¿Se margina o desprestigia de algún modo a aquellas mujeres de la comunidad que no pasan por la MGF?

Las mujeres que no pasan por una MGF, efectivamente, pueden ser marginadas. Hay que considerar que, en algunas comunidades, y en términos culturales y sociales, tanto la MGF como la circuncisión masculina forman parte de un rito de transición de la niñez a la edad adulta, aunque las edades en que se practica pueden ser diferentes. El ritual es esencial para el futuro acceso por parte de niños y niñas en el mundo de los adultos y, como en muchas culturas, el mundo secreto de las mujeres es claramente definido y diferente del mundo secreto de los hombres (Kaplan et al. 2013). El corte es una marca que simboliza la inclusión en el grupo, y es una cuestión de pertenencia social la diferencia entre ser dentro o

fuera.

Una niña/mujer que se ha sometido a la MGF es reconocida por su comunidad como "una mujer como es debido", y es tratada de manera diferente de las que no han sido cortadas. El cuerpo y los genitales de la niña están social y culturalmente vinculados con un género y, por tanto, con un acto de institución concreto. Una niña/mujer que ha pasado por la MGF también tiene la obligación de comportarse como se espera de ella y de "cumplir y vivir de acuerdo con su esencia social".

Algunas comunidades practicantes perciben los genitales externos de las mujeres como partes del cuerpo que son "sucias" antes de circuncidarlas. El hecho de modificarlos hace que a las niñas se las considere "limpias" y se entiende como la eliminación de los "elementos masculinos" que los conforman, como el clítoris. En determinadas sociedades, ingerir la comida preparada por una mujer no circuncidada es un tabú, porque a través de su impureza contamina los alimentos (Kaplan, 1998; Johnsdotter y Essén, 2010).

8. ¿Qué dinámicas / prácticas sociales o culturales envuelven la MGF en Gambia?

La MGF forma parte de un rito de paso a la edad adulta, es un rito de iniciación, aunque muchas veces se realice antes de la pubertad fisiológica. Aun así, hay que recordar que existen diferencias contextuales en cada grupo étnico.

Ver: Mutilación Genital Femenina – Manual para profesionales (FW, 2017). Apartado "La MGF como rito de paso", (p. 36-37).

"En términos culturales y sociales, la "circuncisión", tanto femenina como masculina, a menudo forma parte del rito de paso a la edad adulta, siendo este ritual imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos. Los ritos de iniciación, no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos (Kaplan, 1998).

La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases

que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos.

De acuerdo con Van Gennep (1960), el rito de paso consta de tres fases: separación, marginación y agregación.

1. La separación: es una fase física donde las niñas son apartadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.

2. La marginación: es una fase cultural con una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de las iniciadas. Se suele prolongar entre dos y ocho semanas, según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de cuidados y normas estrictas que se concretan en tabúes, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, los alimentos, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de las iniciadas, donde les son transmitidas las enseñanzas sobre el mundo adulto, que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.

3. La agregación: es una fase social en la que se celebra una gran fiesta de “graduación” donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y estatus, y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres.”

9. ¿En qué consisten las formaciones o proyectos que se realizan en vuestra fundación? ¿A quién van dirigidos?

Ver respuestas 6 y 8 de la sección de preguntas sobre la Fundación.

En las formaciones sobre MGF a profesionales y estudiantes explicamos qué es la MGF, sus tipologías y consecuencias para la salud. Hablamos de la distribución geográfica de la práctica en el mundo, África y España; abordamos los aspectos socioculturales que perpetúan la MGF, el rito de paso y los dilemas que se presentan con prácticas como la cirugía genital cosmética. También planteamos

nuestra visión acerca de cómo debiese ser un modelo de intervención preventiva eficaz y respetuoso, qué rol tienen los/las profesionales de atención primaria y los escenarios y factores de riesgo. Entregamos y explicamos herramientas que hemos diseñado para apoyar a los y las profesionales en el trabajo con las familias y, por último, abordamos los aspectos legales de la MGF en España, dando espacio al debate y las preguntas.

Cuando trabajamos con comunidades, especialmente con jóvenes, las sesiones son en formato taller, con dinámicas participativas. Además de la MGF, abordamos otros temas como la identidad, la cultura, la religión y la tradición.

10. ¿Cuándo se acaba la formación se toma la decisión de abandonar la práctica? ¿Cuesta mucho lograr que tomen esta decisión?

En Wassu defendemos que para que exista un cambio real y sostenible en el tiempo, éste no puede imponerse. Confiamos en que cuando entregamos evidencias científicas acerca de las consecuencias perjudiciales que conlleva la MGF para la salud y bienestar de las mujeres y niñas, las personas son capaces de tomar decisiones informadas y promover cambios positivos de forma libre.

La MGF es una tradición ancestral fuertemente arraigada en las comunidades que la practican. La decisión de abandonarla no se logra después de una sensibilización o taller, sino con un trabajo constante, construyendo relaciones desde la confianza y el diálogo intercultural. Es importante evitar actitudes culpabilizadoras y amenazantes, posturas agresivas y actitudes de juicio y control, tener cuidado y respeto al abordar el tema. Hay que tener claro que se trata de escuchar.

En el caso de los y las profesionales de atención primaria en España, muchos/as manifiestan su compromiso a realizar un trabajo de prevención integral de la MGF, después de las formaciones que impartimos.

11. Cuando trabajáis con las comunidades, ¿que es lo que os llama más la atención?

Más que llamarnos la atención, algo muy importante a considerar en el trabajo con comunidades es que la MGF no es una prioridad. Las familias se enfrentan a otras preocupaciones como el acceso al mercado laboral, problemas burocráticos, en muchos casos la regularización de sus permisos de residencia. También temas de reagrupación familiar, de integración e inclusión, preocupación por cómo educar a sus hijos/as y transmitirles sus tradiciones y valores, cuando están siendo socializados en un contexto cultural diferente.

En el caso de jóvenes, debemos abordar el tema de la identidad, la sensación que tienen estar “en medio de dos mundos” y sentir que tienen pocos referentes, temas de religión, cultura y educación sexual.

Es por ello que el trabajo con comunidades implica una escucha activa de sus preocupaciones y problemáticas. El desafío es poder abordar la MGF sin imponer el tema, sino que enmarcarlo en un trabajo integral en el que tengan cabida sus prioridades cotidianas.

12. ¿Qué le diríais a alguien que afirma que la MGF y la circuncisión masculina son lo mismo?

La MGF tiene muchas formas (tipologías), la más leve de las cuales implica la extracción del capuchón del clítoris, que es la que se podría comparar con la circuncisión masculina. Sin embargo, en formas más graves, la MGF implica la eliminación de todo el clítoris o la infibulación, en la que los labios internos o externos de la vulva se cortan y luego se cosen, para permitir solo una pequeña abertura para el paso de la orina y la sangre menstrual.

Por otra parte, ningún tipo de MGF trae beneficios para la salud y está reconocida como una vulneración a los derechos humanos de niñas y mujeres. En el caso de la circuncisión masculina, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promueve como una práctica que reduce el riesgo de infección por el VIH porque elimina el tejido del prepucio, que es especialmente vulnerable al virus, y porque la zona bajo el prepucio se araña o se daña con facilidad cuando se mantienen relaciones sexuales.

Aun así, la controversia y el debate están abiertos. Casi un tercio de los hombres en el mundo están circuncidados (Wilcken, Keil y Dick 2010) y, al contrario de lo que ocurre con la MGF, que se ha sometido al escrutinio público y las críticas más acerbas, la circuncisión masculina está altamente aceptada. Las repercusiones médicas de la circuncisión masculina se suelen minimizar, mientras que los daños provocados por la MGF se maximizan más a menudo. Pero la circuncisión masculina, en concreto cuando no se efectúa en centros sanitarios, también puede provocar complicaciones graves (Wilcken, Keil y Dick 2010). Desde una perspectiva estrictamente médica, el procedimiento no es necesario y, en el caso de la circuncisión neonatal, se trata de un procedimiento que se realiza a individuos que son demasiado pequeños para dar su consentimiento (Sardi 2016).

Por otro lado, la MGF es considerada una forma de violencia de género, ya que uno de sus objetivos es controlar el deseo sexual de las mujeres. En este sentido, aunque la circuncisión masculina también promete purificación, mayor atractivo y aceptación social (Delaney, 2015) no se puede equiparar una práctica con la otra, más allá de su función simbólica, ya que no conllevan las mismas consecuencias, tanto físicas como culturales (Brusa & Barilan, 2009).

13. ¿Cómo ha afectado la crisis del Coronavirus a la práctica de la MGF?

Organizaciones internacionales como UNICEF, el FNUAP, la OMS, han alertado que la crisis del coronavirus tiene graves consecuencias sobre los derechos de las niñas y mujeres, debido a un aumento de casos de violencia de género a nivel global, entre las que se incluyen la mutilación genital femenina y los matrimonios forzados. Este impacto se debería, en términos generales, al aislamiento social, la falta de apoyo de redes de protección, la pérdida de acceso a servicios de educación, salud reproductiva y medios de vida. Estas mismas entidades calculan que la pandemia de la COVID-19 podría derivar en que en los próximos 10 años se den 2 millones adicionales de casos de mutilación genital femenina que, de otro modo, se podrían haber evitado.

A nivel más específico, muchos programas de prevención se han pausado como consecuencia del desvío y recorte de fondos debido a la pandemia; el trabajo de

muchas fundaciones, ONGs y las activistas se ha visto interrumpido y debido al encierro y al distanciamiento social; no se pueden organizar actividades comunitarias en terreno; el cierre de las escuelas, puede facilitar la realización de la MGF, ya que a muchas niñas las cortan durante las vacaciones escolares, por los cuidados que requiere la larga cicatrización; el hecho de encontrarnos con un sistema de salud desbordado y con pocos recursos, hace que se dificulte la atención inmediata a las niñas y mujeres cuya salud se ve afectada como consecuencia de la MGF.

14. ¿Creéis que el proyecto de erradicación de UNICEF y UNFPA para el año 2030 es posible?

Más que erradicar o eliminar, en Wassu preferimos utilizar la palabra abandonar la MGF, porque eso empodera e implica que las comunidades tienen una capacidad de decisión al respecto.

Desde FW trabajamos intensamente por el abandono de esta práctica y contribuimos con nuestro trabajo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 marcada por Naciones Unidas. Sin embargo, también sabemos que es un cambio que requiere de tiempo, constancia y recursos para crear modelos de intervención eficaces y respetuosos. Nos gustaría que en 2031 esta práctica ya no existiera, pero lo vemos difícil.

15. ¿Queréis añadir alguna información que consideréis importante?

Fundamentalmente, poner énfasis en la necesidad constante de sensibilización y formación. Estamos trabajando para abandonar una tradición ancestral y la única forma de generar cambios sustentables que vengan desde las comunidades que practican la MGF, es construir conocimiento, que es lo que hacemos a través de nuestra metodología.

Por otra parte, subrayar la importancia de evitar la revictimización constante de las mujeres y niñas que han pasado por una MGF. Todas ellas son mujeres dignas, fuertes, capaces de pensar, entender qué les afecta y generar cambios positivos.

Son mujeres “completas” y el hecho de que hayan pasado por la práctica y por las consecuencias que conlleva, no las hace menos mujeres.

15. CONCLUSIONS

Arran de la recerca d'informació que he fet al llarg del treball, he pogut fer una anàlisi a fons de la mutilació genital femenina i puc afirmar que he complert els meus objectius. Vaig començar el treball sabent poques coses d'aquesta pràctica (havia sentit que passava a l'Àfrica i que tenia conseqüències molt negatives per a les dones) i uns mesos després, puc dir que tinc una informació molt completa sobre la mutilació genital femenina i els seus efectes en les dones que la pateixen.

Les principals conclusions a què he arribat després d'estudiar aquest tema són:

- No hi ha una única forma de mutilació genital femenina sinó que hi ha diverses maneres de practicar-la i això fa que les conseqüències físiques i psíquiques siguin diverses.
- L'instrumental que s'utilitza habitualment és molt rudimentari i sovint sense cap garantia d'higiene, cosa que pot agreujar encara més els efectes nefastos de la pràctica.
- La «medicalització» de la mutilació genital femenina, encara que podria semblar que és un aspecte positiu en cas que malgrat tot es practiqui, pot tenir conseqüències més greus per a la salut física de la dona, ja que pot arribar a ser més invasiva.
- La mutilació genital femenina no només té conseqüències molt importants en la salut física, sexual i reproductiva de les dones sinó que també en la seva salut mental que poden perdurar en el temps.
- És possible passar per una intervenció quirúrgica de reconstrucció que permet recuperar la sensibilitat i restituir els teixits eliminats.
- La mutilació genital femenina no és una pràctica que només està present a l'Àfrica, sinó que també es practica a l'Orient Mitjà i en alguns països d'Àsia, així com en algunes comunitats Colombianes. A més, arran dels moviments migratoris de les comunitats que practiquen l'MGF, la pràctica ha passat a ser un problema global.
- És imprescindible que les lleis no permetin la pràctica de l'MGF però cal treballar també per evitar que el fet que sigui un delictes faci que se segueixi practicant en la clandestinitat, augmentant així la seva perillositat tant per les condicions del lloc en què es practicarà com perquè, si sorgeixen complicacions, no es podrà acudir als hospitals.

- La feina de les associacions que es dediquen a treballar per l'abandonament de l'MGF és clau perquè ho fan des del respecte i amb la finalitat d'un canvi en la mentalitat d'aquelles persones que l'accepten.
- La mutilació genital femenina s'entén en moltes cultures com a un acte de purificació i acceptació en la comunitat, cosa que afavoreix que perduri.
- El context social en aquest assumpte té un pes molt important. Per això és necessari abordar-lo eliminant tots els prejudicis o idees preconcebudes que es tinguin d'aquesta pràctica i intentar entendre-la com a una part important de la cultura de molts països. Cal provar de posar-se en la pell d'aquestes persones per tal d'entendre que no és fàcil abandonar l'MGF quan durant generacions la teva família ha estat practicant-la i tu has estat educat o educada en un ambient en què no es qüestiona.
- La mutilació genital femenina segueix molt present i encara falta molta feina per aconseguir l'abandonament d'aquesta pràctica. Tot i això, les noves generacions comencen a qüestionar-la i a lluitar pels seus drets.

Pel que fa a la part pràctica d'aquest treball, ha estat molt feixuc realitzar-la, ja que amb la situació actual de pandèmia aconseguir fer una entrevista ha resultat difícil. Tot i que no he pogut fer-ne tantes com m'hauria agradat, sí que ha estat possible entrevistar la fundació Wassu-UAB, una de les principals fundacions que es dediquen a la lluita contra l'MGF a Catalunya. Les seves respostes m'han ajudat molt en la realització del meu treball i estic molt agraïda.

16. BIBLIOGRAFIA

1. 28toomany. *Research & resources: a comprehensive resource library* [en línia]. <<https://www.28toomany.org/>> [Data de consulta: 5 de maig 2020]
2. ACNUR, *Mutilación genital femenina y asilo en la Unión Europea, Panorama estadístico* [en línia], 2013. <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9458.pdf>> [Data de consulta: 19 d'oct. 2020]
3. AL AWAR, Shamsa; AL-JEFOUT, Moamar; NAWAL, Osman; BALAYAH, Zuhur; AL KINDI, Nourah; UCENIC, Teodora. *Prevalence, knowledge, attitude and practices of female genital mutilation and cutting (FGM/C) among United Arab Emirates population* [en línia]. BBC Women's Health, 20, núm. 79, Abril de 2020.
4. Amnistía Internacional. *La mutilación genital femenina y los derechos humanos: infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación* [en línia] <<https://www.corteidh.or.cr/tablas/12056.pdf>> [Data de consulta: 13 de maig 2020]
5. BELLANI, Orsetta. *La desconocida realidad de la mutilación genital femenina en América Latina* [en línia]. Público, 19 de set. 2016. [Article en format digital] <<https://www.publico.es/internacional/desconocida-realidad-mutilacion-genital-femenina.html>> [Data de consulta: 3 de juny 2020]
6. BELOKOVYLSKAYA, Victoria; EZZAHERY, Najma. *La mutilación genital femenina, Causas y Consecuencias* [en línia]. Universitat Rovira i Virgili, 2016 [Treball de fi de grau] <<http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepo/rest/audit/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A824&datastreamId=Mem%C3%B2ria&label=TFG%3A824&mime=application/pdf&lang=en>> [Data de consulta: 2 de jul. 2020]
7. Bénédicte Lucas. *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina* [en línia]. Universitat La Sorbonne, París. <https://www.uv.es/cefd/17/blucas_antropo.pdf> [Data de consulta: 10 d'abril 2020]
8. BOU. *Mutilación genital femenina y circuncisión masculina: ¿Debe haber un*

- discurso ético diferente?* [en línia]. El saco del Coco, agost de 2016. <<https://medium.com/el-saco-del-coco/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-y-circuncisi%C3%B3n-masculina-debe-haber-un-discurso-%C3%A9tico-diferente-e31377f8577a>> [Data de consulta: 13 de juny 2020]
9. Centro de Estudios sobre Refugiados, University of Oxford. «MGF y Asilo en Europa». Migraciones Forzadas: Minisección de la revista Migraciones Forzadas, maig de 2015.
10. CHATTERJEE, Debangana. *Tracing the Origins of Female Genital Cutting: How It All started* [en línia]. Sahiyo, 21 de juny 2018. <<https://sahiyo.com/2018/07/21/tracing-the-origins-of-female-genital-cutting-how-it-all-started/>> [Data de consulta: 14 de jul. 2020]
11. Clínic Barcelona. *El Clínic realiza 30 operaciones de reconstrucción de clítoris en los últimos 4 años* [en línia]. 5 feb. 2020, Noticias Clínic [Article digital]. <<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-clinic-realiza-30-operaciones-de-reconstruccion-de-clitoris-en-los-ultimos-4-anos>> [Data de consulta: 12 i 21 de nov. 2020]
12. COSOY, Natalio. «Cortó con una tijerita el clítoris de la bebé y le empezó a salir un chorro de sangre»: el silencioso problema de la mutilación genital femenina en Colombia [en línia]. BBC News, 14 juny 2016. [Article en format digital] <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-36727805>> [Data de consulta: 3 de juny 2020]
13. DALMAU, Andreu. «Ginecólogos estiman que en Cataluña hay 18.000 mujeres víctimas de la ablación», *Mutilación Genital Sanidad (Serie especial)*, 5 feb. 2020, Agencia EFE [Diari digital]. <<https://www.efe.com/efe/espana/destacada/ginecologos-estiman-que-en-cataluna-hay-18-000-mujeres-victimas-de-la-ablacion/10011-4166789>>
14. De Arriba González, Yessica. *Mutilación genital femenina: una forma de violencia contra la mujer socialmente aceptada*. [en línia] Universitat de Salamanca [Treball final de màster].

- https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/80244/TFM_EstudiosInterdisciplinariesGenero_ArribaGonzalez_Y.pdf;jsessionid=657604DF6F22442FF430DECA51F3D0A9?sequence=1 [Data de consulta: 12 d'oct. de 2020; 3 de nov. de 2020]
15. DE LA IGLESIA, Laura y equipo de Voluntariado y Participación. *Somalia: Mutilación Genital Femenina* [en línia]. CEA(r), Área de Incidencia. <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/10/Somalia.-Mutilaci%C3%B3n-Genital-Femenina.pdf> [Data de consulta: 19 d'abril 2020]
16. Dexeus dona. *Dexeus Dona ha reconstruït el clítoris a 89 dones víctimes de l'ablació* [en línia]. 6 feb. 2018. [Comunicat de premsa] <https://cat.dexeus.com/qui-som/sala-de-premsa/comunicats-de-premsa/fundacio-dexeus-ablacio2018> [Data de consulta: 11 i 12 de nov. 2020]
17. EIGE. *Gender-based violence: Female genital mutilation* [en línia]. <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/female-genital-mutilation#databases> [Data de consulta: 20 set. 2020]
18. End FGM european network. *Cómo hablar de la mutilación genital femenina* [en línia]. Lloc de la publicació: Save a girl, save a generation. [Pamflet informatiu en format digital] https://www.savegirlssaveageneration.org/imagenes/2020/02/how_to_talk_about_fgm_SP.pdf [Data de consulta: 11 de maig 2020]
19. Ep Data. *La mutilación genital femenina en el mundo, en datos y gráficos*. [en línia] Setembre de 2020. <https://www.epdata.es/datos/mutilacion-genital-femenina-mundo-datos-mapas-graficos/293> [Data de consulta: 28 de maig 2020]
20. Euronews. *La mutilación genital femenina: una práctica cultural il·legal en el Reino Unido* [en línia]. Octubre de 2016. <https://es.euronews.com/2016/10/13/la-mutilacion-genital-femenina-una-practica-cultural-ilegal-en-el-reino-unido?jwsource=cl> [Data de consulta: 8 de set. 2020]
21. FLAMAND, Christine. *MGF: desafíos para los solicitantes de asilo y los funcionarios* [en línia]. INTACT, juny de 2015. <https://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/es/cambioclimatico-desastres/flamand.pdf> [Data de consulta: 3 d'oct. 2020]]

22. Fundació Wassu-UAB, Junta de Andalucía, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. *Mutilación genital femenina manual para profesionales en Andalucía* [en línia], 2017 [llibret informatiu en format digital].
<https://mgf.uab.cat/eng/resources_for_professionals/ManualAndalucia2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%> [Data de consulta: 25 de març 2020]
23. GALLARDO, Yurieth; GALLARDO, Ruber Luis; NÚÑEZ, Leonor. «Mutilación genital femenina: elementos necesarios para su enfrentamiento». *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, maig - juny. 2016, vol.15, núm. 3.
24. Igualdad Ya, Girls not Brides. *Proteger a las niñas: El uso de la ley para erradicar los matrimonios infantiles, prematuros y forzados y otras violaciones de derechos humanos relacionadas* [en línia]. Gener de 2014.
<https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/10/Protecting_the_Girl_Child_SP.pdf> [Data de consulta: 5,7 i 11 de nov. 2020]
25. Institut Català de la Salut (ICS), Generalitat de Catalunya, departament de Salut. *Mutilació genital femenina: prevenció i atenció* [en línia], 2004. [Guia en format digital]
<http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/mutilacions_extensa.pdf> [Data de consulta: 3 de juny 2020]
26. JIMÉNEZ RUIZ, Ismael. *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación /Mutilación Genital Femenina* [en línia]. Universitat de Múrcia, 2015 [Tesi doctoral].
<<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/300746/TIJR.pdf?sequence=1>> [Data de consulta: 17 de jul. de 2020]
27. Lumen Candela, *Ancient Societies on the Mediterranean* [en línia].
<<https://courses.lumenlearning.com/boundless-worldhistory/chapter/ancient-societies-on-the-mediterranean/>> [Data de consulta: 5 d'agost 2020]
28. María Paz García Bueno, Confederació Nacional Mujeres en Igualdad. *Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas* [en línia], [Guia en

- format digital]
<<http://www.mujaresenigualdad.com/files/portalmenus/205/documentos/Manual.pdf>
> [Data de consulta: 7 de nov. 2020]
29. Mayo Clinic, *Circuncisión (masculina)* [en línia] 31 de març 2020
<<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/circuncision/about/pac-20393550>> [Data de consulta: 4 de set. 2020]
30. NYANGWESO, Mary. *Female genital cutting in industrialized countries: Mutilation or Cultural Tradition?* Editorial: ABC-CLIO, 2014. 251 p. ISBN: 1440833478, 9781440833472.
31. ONIC, *Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina* [en línia] Febrer de 2020 [Comunicat de premsa conjunt ONIC, UNFPA i UNICEF].
<<https://www.onic.org.co/comunicados-onic/3608-dia-internacional-de-tolerancia-cero-con-la-mutilacion-genital-femenina-2>> [Data de consulta: 10 de juny 2020]
32. ONTIVEROS, Eva. *Mutilación genital femenina: qué es y en qué países se practica* [en línia]. BBC News, Febrer de 2019. <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-47133238>> [Data de consulta: 3 de set. 2020]
33. ONU. *Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, 6 de febrero* [en línia]. <<https://www.un.org/es/observances/female-genital-mutilation-day>> [Data de consulta: 26 de set. 2020]
34. OMS. *Mutilación genital femenina* [en línia]. 3 feb. 2020.
<<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>>
[Data de consulta: 23 de febrer 2020]
35. OMS, *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA* [en línia]. Novembre de 2017.
<<https://www.who.int/features/qa/71/es/>> [Data de consulta: 4 de set. 2020]
36. PIVETAL, Gloria. *¿Es la circuncisión igual que la ablación? Según Islandia, sí (y quiere prohibirla)* [en línia]. Març de 2018.
<https://blogs.elconfidencial.com/mundo/mondo-cane/2018-03-23/circuncision-igual-ablacion-islandia-prohibir_1538599/> [Data de consulta: 17 jul. 2020]
37. Plan Internacional. *Hombres se pronuncian en contra de la MGF* [en línia].

- <<https://plan-international.es/blog/2020/02/los-hombres-se-pronuncian-en-contra-de-la-mgf>> [Data de consulta: 3 de maig 2020]
38. Senegambia. *Gambia: etnias*. [en línia] <<http://senegambia.es/gmb-etnias>> [Data de consulta: 25 de jul. 2020]
39. Torres Fernández, M. Elena. *La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado* [en línia]. Seminari «Mutilación Genital Femenina: aplicacilón del derecho y desarrollo de buenas prácticas en su prevención», Universitat de València, 30-31 d'oct. 2008. <<https://www.uv.es/cefd/17/torres>> [Data de consulta: 6 de maig de 2020]
40. TOUBIA, Nahid. *Female Genital Mutilation: An Overview*. 1ª ed., editorial: OMS, 1998. 81 p. ISBN- 10: 9241561912, ISBN- 13: 978-9241561914.
41. TRISTAM, Pierre *The Quraysh Tribe of Mecca: The Arabian peninsula's powerful Quarrysh* [en línia]. ThoughtCo, 28 d'agost 2020 [Article en format digital]. <<https://www.thoughtco.com/the-quraysh-tribe-of-mecca-2353000>> [Data de consulta: 28 de jul. 2020]
42. UEFGM. *Country focus* [en línia]. Gener 2017. <<https://uefgm.org/index.php/country-focus/>> [Data de consulta: 17 jul. 2'020]
43. UNAF, Unión de Asociaciones Familiares. *Guía para profesionales: La MGF en España, prevención e intervención*. <<https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>> [Data de consulta: 27 de març 2020]
44. UNHCR. *Female genital mutilation & asylum in the European Union* [en línia], agost de 2018 [Informe en format digital]. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/65299.pdf>> [Data de consulta: 13 d'oct. 2020]
45. UNICEF, *200 millones de mujeres y niñas son víctimas de la mutilación genital femenina* [en línia]. Febrer de 2020. <<https://www.unicef.es/prensa/200-millones-de-mujeres-y-ninas-son-victimas-de-la-mutilacion-genital-femenina>> [Data de consulta: 9 de jul. 2020]
46. UNICEF. *29 countries, more than 125 million girls and women* [en línia]. [Infogràfic

- en format digital] <https://www.unicef.org/spanish/protection/files/00-FMGC_infographiclow-res.pdf> [Data de consulta: 11 de maig 2020]
47. UNICEF. *Female Genital Mutilation Country Profiles* [en línia]. Maig de 2020. <<https://data.unicef.org/resources/fgm-country-profiles/>> [Data de consulta: 18 de set. 2020]
48. UNICEF. *Female genital mutilation (FGM): At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM* [en línia]. Febrer de 2020 <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>> [Data de consulta: 6 de març 2020]
49. UNICEF. *Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio* [en línia]. Juliol de 2013. <https://www.unicef.org/spanish/publications/files/FGM_Report_Summary_Spanish_17July2013.pdf> [Data de consulta: 3 d'agost 2020]
50. UNICEF. *Programa Conjunto del UNFPA y UNICEF sobre la Mutilación Genital Femenina: Acelerar la eliminación de una violación de los derechos humanos* [en línia]. Actualitzat el març de 2020. <<https://www.unicef.org/es/protection/programa-conjunto-del-unfpa-y-unicef-sobre-la-mutilacion-genital-femenina>> [Data de consulta: 25 d'oct. de 2020]
51. UNICEF, *¿Qué es la mutilación genital femenina? Respuestas a siete preguntas.* [en línia] 4 de març 2020. [Article en format digital] <<https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-la-mutilacion-genital-femenina>> [Data de consulta: 20 d'agost 2020]
52. UNICEF, *Unicef's data work on FGM/C* [en línia], 2016. [Pamflet informatiu en format digital] <https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf> [Data de consulta: 4 de maig 2020]
53. UNFPA. *Bending the curve: FGM trends we aim to change* [en línia]. 2018 [infogràfic en format digital]. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/18-053_FGM-Infographic-2018-02-05-1804.pdf> [Data de consulta: 25 d'oct.

- 2020].
54. UNFPA. *Demographic perspectives on Female Genital Mutilation* [en línia]. <[https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19961027123_UN_De mograhics_v3%20\(1\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19961027123_UN_De mograhics_v3%20(1).pdf)> [Data de consulta: 18 de set. 2020]
55. UNFPA, *Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF)* [en línia]. Juliol de 2019. <<https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf>> [Data de consulta: 29 de feb. 2020]
56. UNFPA. *Unfpa-Unicef Joint Programme to Eliminate Female Genital Mutilation*. [en línia]. Actualitzat el 7 d'agost de 2019. <<https://www.unfpa.org/unfpa-unicef-joint-programme-eliminate-female-genital-mutilation>> [Data de consulta: 25 d'oct. 2020]
57. UNFPA, WHO, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA. *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation* [en línia], 2010. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf> [Data de consulta: 14 d'abril 2020]
58. UPME, *Perfil etnoambiental de las comunidades indígenas en zonas carboníferas y estrategia para el desarrollo de proyectos carboníferos en estas zonas, Los Embera* [en línia]. <http://www.upme.gov.co/guia_ambiental/carbon/areas/minorias/contenid/minorias.htm#4> [Data de consulta: 6 de juny 2020]
59. URDAMPILLETA, Conchi. *La inmigración senegalesa en España: Datos estadísticos* [en línia]. Eikasía, revista de filosofía. Desembre de 2015 [Revista en format digital] <<https://revistadefilosofia.org/67-20.pdf>> [Data de consulta: 3 de set. 2020]
60. Wassu-UAB, Wassu Kafo Gambia, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. *Mutilación genital femenina manual para profesionales* [en línia], 2017. [Guia en format digital] <https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%> [Data de consulta: 7 de juny de 2020]

17. ANNEX 1

A continuació es presenta un recull de contingut audiovisual relacionat amb la mutilació genital femenina.

17.1 *La manzana de Eva*

Es tracta d'un documental de l'any 2017 en el qual apareixen diverses persones involucrades en la lluita contra l'MGF i que compta amb declaracions d'algunes noies, dones i homes que han viscut la pràctica de l'MGF i que comparteixen la seva visió i opinions.



Aquest documental es pot veure a través de la plataforma *Netflix*, és molt recomanable perquè permet veure l'MGF des del punt de vista d'aquells que l'han patit i hi han estat relacionats i des del punt de vista dels que treballen per l'abandonament de la pràctica.

17.2 Matar el monstre

És un reportatge de Sion Biurrun Mequida i Sara Segarra Vidal on apareixen diverses dones que viuen a Catalunya i han patit l'MGF, dones que han passat per l'operació de reconstrucció, dones que viuen a l'Àfrica i que ha0n decidit parar de practicar l'MGF, etc.

A més, es tracta la mutilació genital femenina des de CataLunya explicant com s'evita que les famílies africanes aprofitin les vacances als països d'origen per mutilar les nenes.

L'enllaç per a accedir al reportatge és el següent: <https://www.ccma.cat/tv3/alacarta/30-minuts/matar-el-monstre/video/5948895/>

17.3 El ritual d'iniciació sense la mutilació

Disponible en la pàgina web de la Fundació Wassu-UAB.

Un dels objectius de la Fundació Wassu-UAB consisteix a crear contingut audiovisual a partir del qual poder transferir el seu coneixement de manera amena.

Un dels diferents projectes d'aquest àmbit és la filmació del ritual d'iniciació d'una comunitat de l'any 1992. A més, en el documental apareixen diverses persones que expressen la seva opinió i coneixements, com el doctor Yancouba Kassama, ministre de Salut de Gàmbia, la ginecòloga Ana Elena López, el cap religiós musulmà de Girona,

Cheriff Samsidine, persones que pertanyen a la comunitat, etc.

S'explica l'objectiu pel que fa al ritual d'iniciació, que és dur-lo a terme evitant la part de l'MGF i conservant la festivitat, la transmissió de coneixement a les nenes, etc.

És un documental en català en el qual es pot veure com és la vida en una comunitat de Gàmbia, el país en el qual la Fundació Wassu centra els seus estudis i actuacions.

L'enllaç per a accedir al documental és el següent:

<https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/videos-1345799902274.html>

17.4 Bref

Bref és un documental de Christina Pitouli produït per Metges del Món en el qual apareixen dones africanes que actualment viuen a Espanya i que expliquen la seva



experiència i les seves opinions, les quals són molt variades i en alguns casos completament contràries entre elles. A més, aquest documental compta amb la declaració d'un home africà que defensa la pràctica de la mutilació genital femenina. En aquest documental veiem com algunes de les causes de l'existència de l'MGF, comentades anteriorment en el treball, són esmentades per les dones.

L'enllaç per a accedir al documental és el següent:

https://www.youtube.com/watch?v=7ZgqO_fyfml&feature=youtu.be

17.5 Testimoni d'Asha Ismail

Asha Ismail és la fundadora de la associació «*Save a girl, Save a generation*». En aquest vídeo explica la seva història i relata com l'ha afectat la mutilació genital femenina al llarg de la seva vida, des dels cinc anys, quan va ser mutilada, fins a la seva adultesa, quan va començar a lluitar contra la mutilació genital femenina. La seva és una història molt dura i escoltar el seu testimoni suposa un cop de realitat.



L'enllaç per a accedir al vídeo és el següent: <https://www.youtube.com/watch?v=g1qlymtrefo&feature=youtu.be>

18. ANNEX 2

A continuació hi ha un recull de declaracions de persones que han estat relacionades d'alguna manera amb l'MGF i han compartit la seva història.

→ Declaració de la Mariam, una nena de setze anys de Mali que va patir l'MGF quan tenia deu anys. En la seva declaració es veu com les nenes, a partir de l'ambient en el qual creixen, poden arribar a pensar que l'MGF és un acte festiu del qual s'ha d'estar orgullosa:

«Tenia moltes ganes que me la fessin (l'MGF) perquè significava que seria una dona. Quan va arribar el moment una veïna em va agafar les cames i una altra els braços. Em van dir: *No ploris, és l'honor de la teva família*. Vaig sentir un dolor intens, vaig veure molta sang i vaig perdre el coneixement. Vaig estar malalta durant més de 40 dies. Mai ho oblidaré. Ara tinc una filla i sempre lluitaré pels seus drets i no deixaré mai que sigui mutilada».³⁵

→ Declaració de Djenabou Teliwel Diallo, activista anti-MGF de Bèlgica.

«Tinc un record de la meva excisió molt dolorós perquè recordo perfectament aquell dia. La meva àvia em va agafar amb l'aprovació de la meva mare i va decidir que havia de fer-me l'excisió. Jo no era l'única, estava amb altres noies, algunes amigues i algunes noies del poble veí. Em van dir que deixaria de ser una nena i passaria a ser una dona, era un gran dia. Com que no sabia res sobre l'excisió, em sentia feliç. No sabia les conseqüències o el dolor involucrat en l'excisió.

Doncs van decidir tallar-me i erem aproximadament cent noies, totes esperant el seu torn. Jo també estava esperant i podia sentir els crits de les que anaven abans de mi. Crits. Jo estava allà, petrificada. No podia fugir perquè suposaria una deshonra per a la meva família. Estava confusa- fujo o em quedo? Però no tenia opció; Em vaig quedar i podia sentir les altres nenes cridar. Em vaig quedar i quan va arribar el meu torn va ser atroç.

Malauradament vaig haver de passar per una segona excisió. Vaig haver de patir el dolor un segon cop quan tenia quinze anys. Quan vaig anar al poble de la meva àvia de vacances, ella va decidir acabar el que havia començat perquè pensava

35 Declaració extreta de la Fundació Save The Children.

que la primera excisió no estava ben feta. Va decidir tallar-me un segon cop i vaig estar a punt de morir perquè van tallar una vena. Vaig sagnar molt i vaig perdre el coneixement, em vaig despertar a l'hospital.»³⁶

→ Declaració de Jaha Dukureh, activista i ambaixadora de «ONU Dones»

«No som qui per decidir el que se'ls talla o no. Em dic Jaha Dukureh, sóc de Gàmbia i em dedico a la defensa dels drets de les dones. Lluito contra l'MGF i el matrimoni infantil. També sóc Ambaixadora de Bona Voluntat de ONU Dones a Àfrica.

Vaig arribar a Nova York un dia de Nadal, quan tenia 15 anys per a casar-me amb un home que no coneixia. En aquell moment em vaig adonar que m'havien practicat una mutilació genital tipus III. Com a conseqüència, no podia mantenir relacions sexuals fins que em fessin un tall a la vagina.

Vaig començar a parlar del tema de manera anònima, quan estava embarassada de la meva filla. Sabia que no volia que ella passés pel mateix que jo, però també sabia que hi ha milions de nenes que són com la meva filla i que ningú les defensa i si no ho feia jo, qui ho faria?

Crec que podem canviar les cultures i les normes de les nostres comunitats. El que realment necessitem per tal d'acabar amb aquesta pràctica és aconseguir recursos. Necessitem proporcionar serveis a les persones que han patit la mutilació i educar les nostres comunitats perquè entenguin els efectes tan perjudicials que té aquesta pràctica. També hem de deixar de victimitzar les dones que han patit l'MGF i començar a veure-les com a les promotores del canvi, així com ser conscients que les dones i les comunitats són capaces d'aportar solucions per a acabar amb l'MGF.»³⁷

→ Declaració de Shalamo Shanana, granger de 65 anys que va participar en el projecte de *Plan Internacional*, que treballa amb les comunitats informant-les de les conseqüències de l'MGF.

«Quan *Plan Internacional* va començar el seu projecte sobre l'MGF en la nostra

36 Declaració extreta de l'organització UNHCR, de la filmació «*Too Much Pain: The Voices of Refugee Women*»

37 Declaració extreta de l'ONU.

comunitat, jo estava en contra. Em molestava que persones desconegudes vinguessin al nostre poble i diguessin que les nostres tradicions eren nocives.

Vaig mantenir aquesta postura durant més d'un any, però a poc a poc vaig començar a adonar-me que tenien raó. En conèixer històries reals sobre les conseqüències de l'MGF, no podia seguir acceptant que es practiqués.

Tinc tres filles. Quan tenien dotze anys van ser mutilades i als divuit es van casar perquè jo sempre vaig donar per fer que la mutilació era necessària per a les nenes i que si no haguessin passat per l'MGF, haurien estat marginades per la comunitat, serien tractades sense respecte i cap home les acceptaria com a esposes. La meva dona també havia patit l'MGF.

Ara m'adono que tant de bo la meva dona i les nostres filles no haguessin estat mutilades. Tinc tres netes i no permetré que pateixin l'MGF. Vull difondre informació sobre aquest tema per a protegir també a nenes d'altres comunitats.»