

Protocol per a l'abordatge
de la violència masclista en
l'àmbit de la salut a Catalunya

Dossier 3
Document operatiu
de mutilació genital femenina

Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya

Dossier 3
Document operatiu
de mutilació genital femenina

Eina de treball i consulta digital

Aquest document està pensat per ser utilitzat com a text de referència i consulta, però també com a eina de treball en xarxa. Al llarg del text hi ha elements assenyalats en color que indiquen fragments de text que contenen un hipervincle i que adrecen directament a una pàgina web, descarreguen automàticament un altre document, etc.

Aquesta publicació ha rebut el suport de l'Institut Català de les Dones, del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya, responsable d'impulsar un model d'abordatge de qualsevol forma de violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha promogut la sensibilització de les línies fonamentals del *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* i ha concedit una subvenció que ha contribuït a fer possible la publicació d'aquest document.

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona
<http://www.gencat.cat/salut/>

Edita: Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació
Primera edició: Barcelona, gener 2011

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut
Coordinació editorial: Direcció general de Planificació i Avaluació
Disseny gràfic: Eggeassociats
Maquetació: Marc Alongina

ISBN: 978-84-393-8688-9

Índex

Introducció	5
Actuació en els serveis sanitaris	12
1. Prevenció	13
2. Detecció	15
• Pautes per a l'entrevista clínica	16
• Indicadors d'ajuda a la detecció	16
• Valoració	17
3. Atenció i recuperació	19
• Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que no ha estat mutilada	20
• Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que ha estat mutilada	21
• Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que no ha estat mutilada	22
• Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que ha estat mutilada	23
Diagrama d'actuació en els serveis sanitaris per a una intervenció coordinada en l'abordatge de l'MGF	24
Annex1. Recursos específics	25
Annex 2. Compromís informat d'evitació de l'MGF	28
Bibliografia	31
Professionals que han participat en el projecte	33

Introducció

La mutilació genital femenina (MGF) és el nom genèric donat a les pràctiques que impliquen l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins o altres agressions als òrgans genitals de les dones per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica.

L'MGF és una manifestació de la violència i la desigualtat de gènere, basada en una sèrie de conviccions i percepcions profundament arrelades a les estructures socials, econòmiques, polítiques i, en algunes ocasions, religioses, d'algunes comunitats.¹ Es practica en diverses ètnies de vint-i-sis països africans i en algunes d'Àsia. Se'n desconeix la motivació original, però es considera que podria ser una pràctica sorgida a l'antic Egipte -prèvia al naixement i l'expansió de l'Islam- que es va difondre a través de la influència d'aquesta civilització mil·lenària. Tot i que es practica en algunes comunitats musulmanes i en altres comunitats religioses -com algunes comunitats animistes o cristianes-, es pot afirmar que no és un precepte islàmic ni tampoc de cap de les religions principals.

L'MGF és una pràctica cultural que es realitza en el context d'una comunitat i d'un grup que la justifica en creences errònies des d'àmbits molt diversos:

- El costum i la tradició que determinen el rol de la dona dins la comunitat.
- El control de la sexualitat i el foment de la castedat. Es creu que mitiga el desig sexual, garanteix la fidelitat i incrementa el plaer sexual masculí.
- Les funcions reproductives. Hi ha la creença que les dones no mutilades no poden concebre, o que la mutilació millora i facilita el part. També es pensa que es pot arriscar la vida del nadó si aquest, en el moment del part, toca el clítoris.
- Les raons d'higiene. La dona no mutilada és considerada bruta, i, per tant, la comunitat li prohibeix la manipulació de l'aigua i els aliments.
- Les raons d'estètica. Hom considera els genitals com una part mancada de bellesa i excessivament voluminosa.
- Els motius religiosos. Sovint es justifica l'MGF emparant-se en la religió, apuntant que es tracta d'un precepte islàmic emanat de l'Alcorà.

El quadre A mostra els quatre tipus d'MGF reconeguts per l'OMS:²

Quadre A:
Tipus d'MGF
reconeguts per
l'OMS

Tipus I	Supressió del prepuci amb supressió total o parcial del clítoris o sense.
Tipus II	Supressió del clítoris amb extirpació total o parcial dels llavis menors.
Tipus III	Supressió parcial o total dels òrgans genitals i sutura de l'obertura vaginal.
Tipus IV	Punció, perforació o incisió del clítoris i/o dels llavis. Estirament del clítoris i/o dels llavis. Cauterització del clítoris i del teixit circumdant. Raspament del teixit que envolta l'orifici vaginal (talls de l'angurya) o tall de la vagina (talls del gishiri). Introducció de substàncies o d'herbes corrosives a la vagina per causar sagnat o amb la finalitat d'estrènyer el canal vaginal. Qualsevol altre procediment concordant amb la definició.

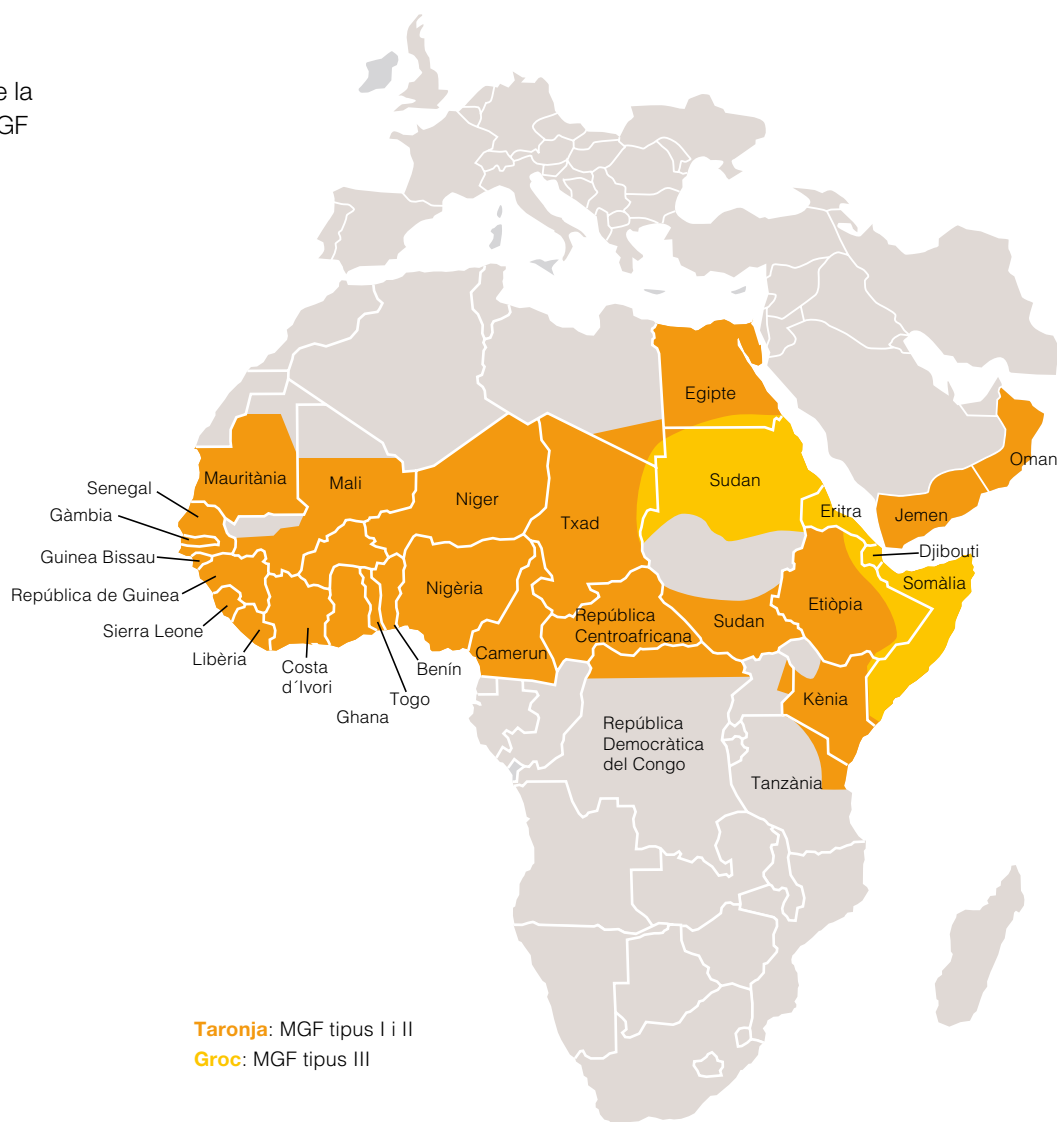
¹ Caño A et al. (2008).

² OMS (1997).

Introducció

A Catalunya, la població de risc és originària bàsicament de regions en què es practiquen els tipus I i II. La distribució geogràfica de la pràctica segons el tipus d'MGF és la que es mostra en la figura 1:

Figura 1:
Distribució
geogràfica de la
pràctica d'MGF



Pel que fa a altres països d'Àsia, es coneix que l'MGF es practica a l'Índia, a Indonèsia, a l'Iraq, a Israel, a Malàisia i a la Unió dels Emirats Àrabs. També es practica a altres països com Colòmbia, el Perú i Sri Lanka.³

La prevalença de la pràctica de l'MGF en la població femenina, segons l'ètnia i la zona geogràfica en què es practica, es mostra en el quadre B:

³ OMS (2008).

Introducció

Quadre B:
Prevalença de la
pràctica de l'MGF
en la població

País	Prevalença estimada	Zona geogràfica / ètnia / religió
Benín	Any 1992: 30-50% Any 2001: 16,8%	Sobretot a la regió nord. Grups ètnics més afectats: bariba, peul (fulani), boko, baatonau, wama, nago.
Burkina Faso	Any 1993: 88% Any 2005: 72,5%	Tots els grups religiosos i gairebé tots els grups ètnics.
Camerun	Any 1994: 5-20% Any 2004: 1,4%	A les regions del nord, est i sud-oest.
República Centreafricana	Any 1995: 43% Any 2005: 25,7%	En 8-10 dels 48 grups ètnics. Elevada prevalença en els banda i els mandjja.
Txad	Any 1995: 60% Any 2004: 44,9%	Sobretot a l'est i al sud. Practicada per musulmans, cristians i animistes en la mateixa proporció.
Costa d'Ivori	Any 1999: 44,5% Any 2005: 41,7%	Prevalent en grups musulmans i animistes: mandé del nord (malinke, fula, bambara, dioula) i en alguns membres dels senuofo, tagwana djimini, lobi, biri-for, koulango; en els mandé de l'oest (dan, yacouba, toura, gouro), molts dels quals no són musulmans.
República Democràtica del Congo	5% (diverses estimacions)	Grups ètnics del nord.
Djibouti	90-98% (diverses estimacions) Any 2006: 93,1%	Els àfars i els issees realitzen el tipus III, mentre que els yemeni realitzen el tipus II.
Egipte	Any 2000: 78-97% Any 2005: 95,8%	Practicada tant per musulmans com per cristians, de tots els grups ètnics.
Eritrea	Any 1997: 90% Any 2002: 88,7%	Tots els grups ètnics i religiosos.

(Continua a la pàgina següent)

Introducció

Quadre B: *Continuació*

País	Prevalença estimada	Zona geogràfica / ètnia / religió
Etiòpia	Any 1997: 72,7% Any 2005: 74,3%	Tipus I: amharas, tigrayans i musulmans jeberti de Tigray. Tipus II: gurages, alguns tigrayans, oromos i shankiles. Tipus III: àfar, somalis i harare. Tipus IV: a Gojam. No practiquen l'MGF els bengues de Wellga, els azezo, els dorze, els bonke, els shama i alguns grups a Godole, Konso i Gojam.
Gàmbia	Any 1985: 60-90% Any 2005: 78,3%	Tipus II: mandingas, hausas, jolas i sarahulis Tipus III: fulas i bambaras. No la practiquen: wolofs, akus, serenes i manjangos.
Ghana	Any 1998: 9-15% Any 2005: 3,8%	Sobretot a les regions del nord.
Guinea	Any 1999: 98,6% Any 2005: 95,8%	Peuls, malinke, soussou, guerrees, toma i nalou practiquen els tipus I, II o III.
Guinea Bissau	50%: 70-80% entre els fula i els mandinga 20-30% en la zona urbana de Bissau Any 2005: 44,5%	Fula, mandinga i peuls.
Kenya	Any 1998: 37,6% Any 2003: 32,2%	Practicada per 30 dels 40 grups ètnics de Kenya. No realitzen l'MGF els luos de l'oest ni els luhyas. Entre els kisii, la prevalença és del 97%, i entre els massai, del 89%.
Libèria	Abans de la guerra civil: 50% Durant la guerra (anys 1990-95): 10% Estimació actual: 45%	Mandé, gola i kisii. No realitzada pels kru, grebo o krahn, pels americoliberians ni pels musulmans mandinga.
Mali	Anys 1995-96: 94% Any 2001: 91,6%	La majoria dels grups practiquen alguna forma MGF. No és practicada per les poblacions Sanghai, Tuaregs, ni Mor. La prevalença és molt baixa al nord: Tombuctú i Gao (9,3%)

(Continua a la pàgina següent)

Introducció

Quadre B: *Continuació*

País	Prevalença estimada	Zona geogràfica / ètnia / religió
Mauritània	Any 1997: 25% Any 2001: 71,3%	Pulaar 93%; sonike 78%; moors 69%; wolof 12%.
Níger	Anys 1992-93: 20% Any 1998: 4,5% Any 2006: 2,2%	Més prevalent a les àrees de Tillaberi i Dorso, al llarg del riu Níger i entre les comunitats àrabs de la regió de Diffa.
Nigèria	Any 1999: 25,1% Any 2003: 19%	Practicada per gairebé tots els grups ètnics i religions. La pràctica oscil·la entre un 90% a Benue i Ondo i un 0-1% a Yobe. No és realitzada pels fulanis.
Senegal	Anys 1988-90: 5-20% Any 2005: 28,2%	No és realitzada pels wolofs ni els sere-re, les ètnies majoritàries del país.
Sierra Leone	Any 1984: 80-90% Any 2005: 94%	Tots els grups ètnics i religiosos, excepte els krios.
Somàlia	Any 1989: 90-98% Any 2005: 97,9%	La majoria de grups ètnics. En el 80% dels casos es realitza el tipus III.
Sudan (Nord)	Any 1991: 89% Any 2000: 90%	87% en zones urbanes. 91% en zones rurals. Sobretot el tipus III.
Tanzània	Any 1996: 17,9%	Oscil·la entre el 2,9% (mtwara) i el 81,4% (arusha).
Togo	Any 1996: 12% Any 2005: 5,8%	Oscil·la entre un 12% entre els gourma i un 85-98% entre els cotocoli, tchamba, mossi, yanga i peul. Dos dels grups majoritaris (adja-exw i akposso-akepbou) no la practiquen.
Uganda	< 5% Any 2006: 0,6%	
Iemen	Any 1997: 23%	Sobretot a la costa.

Font: Caño A et al. (2008). Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. *Medicus Mundi Andalusia*.

Els viatges al país d'origen amb motiu de les vacances, o el viatge definitiu de retorn d'algun(s) membre(s) de la família de zones geogràfiques que practiquen l'MGF poden representar un moment de risc per a les nenes que acompanyen la família. Per això, és important abordar la qüestió de l'MGF durant l'estada de la família a Catalunya per tal de dissuadir els pares de la nena de dur a terme aquesta pràctica.

Introducció

L'abordatge preventiu de la mutilació genital femenina ha de tenir en compte que la via judicial és el darrer esglaió del procés i només s'ha d'utilitzar en els casos en què les intervencions dutes a terme no hagin assolit les garanties necessàries.

El present document pretén complementar les indicacions del *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc* amb les pautes d'intervenció específiques que cal tenir en compte en l'àmbit de la violència masclista i l'abordatge de l'MGF.

Actuació en els serveis sanitaris

Actuació en els serveis sanitaris

Els serveis sanitaris, concretament a través dels equips de pediatria i de medicina familiar i comunitària dels dispositius d'atenció primària, i el conjunt de professionals de la salut dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR), entre d'altres, ocupen una posició clau per dur a terme la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de situacions de violència masclista i situacions de risc o pràctica efectiva de l'MGF en nenes i dones.

Les actuacions s'estructuren en les dimensions següents:

1. Prevenció
2. Detecció
 - Pautes per a l'entrevista clínica.
 - Indicadors d'ajuda a la detecció.
 - Valoració.
3. Atenció i recuperació
 - Pla d'intervenció.

1. Prevenció

Les estratègies preventives per combatre i prevenir la pràctica de l'MGF inclouen, especialment, el treball amb la comunitat a partir de la formació, la informació i la sensibilització tenint en compte no tan sols el marc legal que protegeix les víctimes sinó també els perjudicis que aquesta provoca en la seva salut. En l'àmbit de la salut es poden considerar les actuacions següents:

Professionals de salut:

- Formació específica del conjunt de professionals de la salut per a la prevenció, la detecció i l'atenció de la pràctica de l'MGF en nenes i dones.

Ciudadania:

- Informació i educació sanitària dins del marc de les activitats de salut comunitària que es desenvolupen en l'àmbit de l'atenció primària, a iniciativa dels professionals de la salut.
- Elaboració i edició de material informatiu per a la conscienciació de la ciutadania. El suport fotogràfic o audiovisual és una bona opció per il·lustrar les conseqüències de l'MGF sobre la salut de les nenes i les dones.
- Treball en xarxa amb associacions que treballen per la prevenció de l'MGF en les actuacions d'informació i educació sanitària i amb la participació de persones de la comunitat mateixa com a agents actius, que afavoreixin dinàmiques de col·laboració.

L'abordatge de l'MGF s'ha d'iniciar quan els professionals tinguin informació suficient sobre la dona i/o l'home i la família, ja que normalment permet construir millor la relació i desenvolupar més empatia. El coneixement de l'ètnia i el grup familiar al qual pertanyen les persones facilita la valoració de la posició respecte de la pràctica de l'MGF i el risc de practicar-la a les seves filles.

Actuació en els serveis sanitaris

En aquest sentit, cal aprofitar les primeres visites als centres d'atenció primària de salut -medicina general, pediatria, salut sexual i reproductiva- de tots els homes i les dones pertanyents a ètnies que practiquen l'MGF, especialment els que acaben d'arribar al país d'acollida, per poder dissenyar un pla de prevenció personalitzat (quadre C). L'objectiu d'aquest pla és conèixer les creences i el posicionament que mostra la persona respecte de la pràctica de l'MGF i proporcionar-li les eines perquè es mostri en contra d'aquesta pràctica.

Quadre C:

Pla de prevenció: entrevista motivacional per treballar en la consulta amb la dona o l'home que pertany a una ètnia en la qual es practica l'MGF

1. Fase indagadora. Parteix de tres preguntes dirigides i una d'oberta. Les respostes a aquestes preguntes permeten conèixer què pensa la persona sobre l'MGF i iniciar la fase següent.

- Preguntes tancades:
 - *Coneixes dones a qui s'ha practicat l'MGF?*
 - *Alguna és de la teva família?*
 - *Tens intenció de tornar a viure al teu país d'aquí uns anys?*

Una resposta afirmativa a les tres preguntes implica un risc elevat.

- Pregunta oberta:
 - *Què penses de l'MGF?*

La resposta a aquesta darrera pregunta permet situar la persona en una de les fases de la roda de reflexió.

2. Fase educadora (roda de reflexió)⁴: l'objectiu d'aquesta fase és intervenir sobre els motius que duen la persona a defensar l'MGF, tot promovent un procés de reflexió personal a través de la informació i l'educació en la salut. Aquesta fase té 4 etapes:

- *Precontemplació*: la persona defensa la pràctica de l'MGF. En tal cas, cal que el o la professional elabori un mapa de creences amb les raons que la persona utilitza per justificar aquesta pràctica. L'objectiu d'aquesta etapa és que la persona dubti sobre els motius que utilitza per defensar la pràctica de l'MGF. Cal treballar sobre les ambivalències tot evidenciant les contradiccions del seu discurs a través de preguntes que generin la reflexió.
- *Contemplació*: la persona expressa dubtes respecte l'MGF, considera que s'ha de dur a terme, però reconeix que hi ha aspectes negatius. L'objectiu d'aquesta etapa és aconseguir que la persona verbalitzi que no practicarà l'MGF a les seves filles, tot fent ús d'arguments relacionats amb la promoció de la salut. Cal treballar sobre el mapa de creences, fent èmfasi en les contradiccions detectades.

(Continua a la pàgina següent)

⁴ Basat en l'estratègia Roda de Canvi (Prochaska i Diclemente, 1982), presentada al XXè Congrés de la CAMFIC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària). El Pla de prevenció basat en l'entrevista motivacional ha estat desenvolupat i avaluat per un equip de professionals de l'atenció primària de salut de la comarca d'Osona ([Sociedad Española de Medicina Familiar, 2007](#)).

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre C: Continuació

- *Determinació*: la persona creu que no s'ha de practicar l'MGF, però no es mostra convençut/da en proposar-li que col·labori per evitar aquesta pràctica en altres famílies procedents del seu país. L'objectiu d'aquesta etapa és aconseguir que la persona verbalitzi que no s'ha de practicar l'MGF, que elabori un sumari dels motius pels quals no vol practicar l'MGF i plantejar-li que col·labori per evitar que es segueixi practicant l'MGF a nenes del seu grup ètnic.
- *Acció*: la persona creu que no s'ha de practicar l'MGF i expressa la seva voluntat per evitar-ho en altres famílies procedents del mateix origen. Aquesta etapa té l'objectiu d'aconseguir que la persona verbalitzi aquestes idees i caldrà treballar-hi tot revisant i reforçant el sumari de motius realitzat en l'etapa anterior.

Aquesta estratègia és progressiva i ha de partir de l'estimulació de la reflexió de la persona, de la motivació i la col·laboració per al canvi d'actituds. En aquest sentit, és molt important la col·laboració d'associacions expertes en prevenció (vegeu "Recursos específics").

3. Fase informadora: proporciona informació detallada sobre les greus conseqüències que té l'MGF en la vida i la salut de les nenes/dones.

- És recomanable que aquesta fase la dugui a terme l'equip de professionals de pediatria vers aquelles persones que ja han tingut filles.

En aquest moment s'exposa el context legal vigent a l'Estat espanyol i, per tant, les conseqüències legals derivades de la realització d'aquesta pràctica. Amb tot, si són les persones ateses les que sol·liciten informació sobre els aspectes legals de l'MGF, cal proporcionar aquesta informació de forma clara i comprensible en el moment de la demanda, independentment del moment del procés en què es trobin.

REGISTRAR EN LA HISTÒRIA CLÍNICA la informació obtinguda a través d'aquestes preguntes (creences i arguments amb què es justifica aquesta pràctica, referències respecte de la família al país d'origen, nivell de risc detectat, etc.), així com les actuacions realitzades.

2. Detecció

En aquest protocol es recomana mantenir una actitud d'atenció activa davant la possibilitat que les dones o les nenes que visiten els serveis sanitaris i pertanyen a ètnies on es practica l'MGF pateixin una mutilació o es trobin en risc de patir-la.

En el moment en què un o una professional de la salut sospita d'una situació de violència d'aquest tipus, el pas següent és tractar de confirmar-la o descartar-la. Per a això, cal dur a terme una entrevista clínica.

Actuació en els serveis sanitaris

Pautes per a l'entrevista clínica

El rol del conjunt de professionals ha d'orientar-se vers la facilitació, l'ajuda i el suport en l'atenció sanitària.^{5,6} L'abordatge i l'anamnesi d'una persona immigrada pot plantejar algunes dificultats. D'una banda, la llengua, la concepció que es pugui tenir sobre la salut i la malaltia, o les realitats socioculturals i sanitàries en què es puguin trobar algunes de les persones immigrades poden donar lloc a malentesos i dificultats en la comunicació i la comprensió amb el conjunt de professionals. De l'altra, algunes actituds per part de professionals a l'hora d'afrontar qüestions com la sexualitat o l'MGF, la pluralitat i la diversitat cultural poden afavorir una sensació d'incomoditat o bé de rebuig per part de les persones immigrades. En aquest sentit, existeixen alguns elements que poden ajudar el conjunt de professionals i que els poden facilitar l'abordatge d'aquesta qüestió en la consulta sanitària:

- Escolta activa: implica escoltar el que diu la persona i comunicar allò que el professional ha sentit i entès, tot verificant el que ha expressat la persona i treballant les seves preocupacions més immediates. També implica proporcionar informació que pugui ser compresa.
- Mostrar respecte vers la persona i per allò que està vivint, independentment de si el professional està d'acord amb les opinions expressades. Mantenir la ment oberta a les tradicions i creences que difereixen de les pròpies.
- Animar la persona a expressar-se, i estimular-ne i permetre-li l'ús de formes verbals i no verbals de descàrrega emocional.
- Respectar una rigorosa confidencialitat i transmetre-ho a la persona que està sent atesa.
- Informar i educar per facilitar que les persones mobilitzin els seus recursos i desenvolupin capacitats que els permetin prendre decisions conscients sobre la pròpia salut i la de les seves filles.
- Implementar estratègies de motivació basades en plantejaments positius i respectuosos. La motivació augmentarà si la informació que proporcionen els professionals té relació amb les creences, la cultura i els valors de les persones usuàries, ja que així reforçaran l'autoestima i la capacitat per poder canviar d'idea sobre la pràctica de l'MGF.

Indicadors d'ajuda a la detecció

Hi ha un conjunt de situacions de risc que poden actuar com a indicadors de sospita, davant les quals cal abordar la qüestió de l'MGF en les visites d'atenció sanitària. En primer lloc, pel que fa al grup de població més susceptible:

Nenes (0-14 anys):

- nenes que pertanyen a una ètnia o grup familiar en què es practica l'MGF
- filles de mares mutilades
- germanes petites de nenes mutilades

Adolescents i dones adultes (dones de 15 anys o més):

- adolescents i dones pertanyents a una ètnia o grup familiar en què es practica l'MGF

⁵ Bedoya MH et al. (2006).

⁶ La [Guia per a professionals: mutilació genital femenina, prevenció i atenció](#) ofereix un seguit de recomanacions a l'hora d'abordar la qüestió de l'MGF en l'entrevista amb la dona, la nena i/o la família.

Actuació en els serveis sanitaris

El quadre D mostra algunes situacions que poden fer sospitar als professionals de l'atenció primària de salut que la nena ha patit una MGF o es troba en situació de risc de patir-la:⁷

Quadre D:
Indicadors de sospita d'haver patit una MGF en nenes

- Tristesa i manca d'interès.
- Canvis de caràcter.
- Caminar amb les cames juntes o molt separades.
- Neguit a l'hora d'asseure's.
- Pal·lidesa cutaneomucosa.
- Síntomes d'anèmia subaguda.
- No realitzar exercicis físics o no voler participar en jocs que impliquen activitat.
- Comentaris fets a les companyes de l'escola.
- Absentisme escolar al·legant motius de salut, com per exemple pèrdues sanguínies o cansament per anèmies postmutilació.

Valoració

Davant de situacions de sospita és necessària una exploració genital per tal de confirmar o descartar el diagnòstic de mutilació. Tant els professionals de pediatria com el conjunt de professionals especialitzats en l'atenció a la salut sexual i reproductiva tenen un paper decisiu en la detecció dels contextos exposats. És important tenir en compte que tant la intervenció educativa com l'exploratori en nenes i dones la dugui a terme —en la mesura del possible—personal sanitari femení. Aquest fet comporta un significat de respecte cap a la sensibilitat cultural i els seus plantejaments referents a la diferenciació de la identitat sexual, atès que algunes de les dones en aquesta situació consideren que els professionals masculins no són apropiats per realitzar exploracions obstètriques i ginecològiques.⁹

La valoració de la dona ens ha d'ajudar a determinar la gravetat de la situació (vegeu el *Quadre 7. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc*).

L'MGF sovint genera complicacions físiques, psicològiques i sexuals en les dones i les nenes. La gravetat de les conseqüències¹⁰ depèn de la tipologia o de les condicions en què s'ha realitzat la mutilació, així com si són conseqüències produïdes per una mutilació recent o derivades d'una mutilació practicada fa anys (vegeu el quadre E).

⁷ Departament d'Acció Social i Ciutadania (2007).

⁸ Bedoya MH et al. (2006).

⁹ Íbid.

¹⁰ OMS (1997), Bedoya MH et al. (2006), Generalitat de Catalunya (2007), Caño A et al. (2008), OMS (2008).

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre E: Conseqüències de l'MGF

Les conseqüències immediates de la pràctica de l'MGF poden ser: dolor agut, hemorràgia i, per tant, anèmia, infeccions, ulceració de la regió genital, lesions del teixit adjacent i retenció d'orina, entre d'altres. L'hemorràgia i la infecció poden, fins i tot, causar la mort. L'impacte psicològic pot portar la dona o nena a situacions d'ansietat, depressió, terror, sentiments d'humiliació i trastorns sexuals.

Les conseqüències a curt i llarg termini de la pràctica de l'MGF poden ser:

Àmbit físic:

- Transmissió d'infeccions com el VIH, l'hepatitis o el tètanus, per l'ús d'instruments no esterilitzats.
- Anèmies cròniques.
- Problemes genitourinaris: fistules genitourinàries, retenció, incontinència i/o infeccions urinàries, dolors menstruals i durant les relacions sexuals, hematocolpos (retenció del contingut menstrual a la vagina), infeccions genitals, esterilitat.
- Complicacions obstètriques.

Àmbit psicològic:

- Depressió, ansietat, terror, pors.
- Trastorns psicossomàtics: trastorns alimentaris i alteracions del son, malsons, atacs de pànic i dificultats per a la concentració i l'aprenentatge.
- Confusió i sentiments de contradicció per la diferència de valors de la societat d'origen i la societat on viuen.
- Pors al rebuig de la seva gent si no accedeixen a la pràctica de la mutilació genital.
- Incerteses i temors de les nenes i les adolescents que ara viuen a Catalunya i que, havent estat mutilades, prenen consciència de la seva situació.
- En créixer poden presentar sentiments de pèrdua d'autoestima, depressió, ansietat crònica, fòbies, pànic i fins i tot alteracions psicòtiques.
- Pors a les primeres relacions sexuals o al part, en les noies o dones que han estat mutilades.
- Sentiments de culpa de mares mutilades que han acceptat o, fins i tot, promogut la pràctica de la mutilació a les seves filles.

Àmbit sexual:

- Disminució de la sensibilitat sexual.
- Dolor en les relacions sexuals (disparèunia).
- Davallada de l'impuls sexual.
- Anorgàsmia.

(Continua a la pàgina següent)

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre C: Continuació

Complicacions obstètriques i en el nadó:¹¹

- Necessitat més elevada de cesària i més incidència d'hemorràgies postpart.
- Probabilitat més elevada d'una hospitalització perllongada.
- Augment del nombre d'episiotomies, especialment en les mutilacions del tipus III.
- Mortalitat materna més elevada.
- Baix pes en néixer.
- El nombre de nadons que necessiten una reanimació en néixer és significativament més elevat quan la mare ha patit una MGF.
- La mortalitat perinatal és més alta en els fills i les filles de dones amb MGF de tipus II i III, i un 22% de les morts perinatals s'atribueix als infants nascuts de dones amb MGF.

3. Atenció i recuperació

L'actuació del conjunt de professionals de la salut és diferent si es tracta d'una nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia en la qual es practica l'MGF o si es tracta d'una adolescent o una dona adulta. Així, es presenten unes situacions per a les quals cal plantejar pautes d'actuació diferents:

- Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que no ha estat mutilada (quadre F).
- Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que ha estat mutilada (quadre G).
- Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia en què es practica l'MGF i que no ha estat mutilada (quadre H).
- Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia en què es practica l'MGF i que ha estat mutilada (quadre I).

A continuació es presenten els quadres que sintetitzen les principals actuacions que cal dur a terme en cadascuna de les quatre situacions que acabem de definir.

¹¹ OMS (2006).

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre F: Pla d'intervenció

Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que no ha estat mutilada		
<p>REGISTRAR EN LA HISTÒRIA CLÍNICA la informació recollida, les actuacions realitzades i el resultat de la valoració del risc. Cal que el professional que atengui la nena es coordini amb la resta de professionals de la salut.</p>	<p>Exploració genital</p> <p>Diagnòstic sobre l'MGF. Si no ha estat mutilada, s'aconsella continuar amb l'actuació que es descriu a continuació. Si ha estat mutilada, vegeu el pla d'intervenció del quadre G d'aquest document.</p> <p>Valoració del risc existent i actuació preventiva activa per tal d'evitar l'MGF: si la nena no està mutilada, cal valorar el nivell de risc a partir de l'entrevista clínica amb la nena i la seva família, considerant i avaluant, entre d'altres, els costums del grup al qual pertanyen en el país d'origen, la pressió del context cultural, i les actituds i les intencions a curt i llarg termini de la família immediata i extensa.</p> <p>La proximitat de vacances al país d'origen representa una situació d'alt risc per a la nena, atesa la possibilitat de realitzar la pràctica de l'MGF durant l'estada al país d'origen de la família. Per tant, cal seguir les recomanacions següents:</p>	
	<p style="text-align: center;">Proximitat de vacances al país d'origen ↓</p> <p>Visita pediàtrica prèvia. Cal que la nena sigui visitada a la consulta de pediatria abans de marxar per poder garantir la seva integritat genital i pactar la seva preservació al retorn. En cas que no s'hagi treballat preventivament amb els membres de la família, cal iniciar l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).</p> <p>Compromís informat d'evitació de l'MGF. En aquesta visita, el pediatre ha de demanar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà la nena (vegeu l'annex 2).</p> <p>Pla de prevenció personalitzat. En la mateixa visita, cal que l'equip de pediatria desenvolupi les estratègies preventives plantejades abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, així com les seves conseqüències legals (vegeu el quadre C).</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o no dóna garanties suficients que la integritat física de la nena estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari ha de valorar el marge per al desenvolupament del pla de prevenció, o en quina de les fases es troba la persona - el pare i/o la mare. Si es considera que el risc de realitzar l'MGF és elevat, és a dir, que els i les professionals de la salut no poden abordar la situació atès que no es disposa de temps per realitzar les estratègies preventives, l'equip de professionals de la salut s'ha de posar en contacte amb l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) i la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI), o bé amb el cos de Mossos d'Esquadra, per tal que hi intervinguin de manera urgent (vegeu l'annex I, "Recursos específics").</p> <p>Visita pediàtrica posterior. El pediatre ha de concertar i acordar una propera visita posterior al viatge, programada amb dia i hora, per explorar la nena a la tornada.</p>	<p style="text-align: center;">No-proximitat de vacances al país d'origen ↓</p> <p>Pla de prevenció personalitzat. L'equip de professionals de la salut ha de dissenyar les estratègies preventives més adequades per a cada cas. Cal posar en marxa l'estratègia de l'entrevista motivacional, d'una banda, amb el pare, i, de l'altra, amb la mare de la nena (vegeu el quadre C).</p> <p>Seguiment pediàtric. L'equip d'atenció primària ha d'assegurar un seguiment i un control pediàtric de la nena de forma periòdica.</p>
	<p>Exploració de germanes. Si la nena té germanes cal concertar una visita per realitzar-los una exploració ginecològica.</p>	

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre G: Pla d'intervenció

Nena menor de 15 anys que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que ha estat mutilada	
REGISTRAR EN LA HISTÒRIA CLÍNICA la informació recollida i les actuacions realitzades. Cal que el professional que atengui la nena es coordini amb la resta de professionals de la salut.	Exploració genital. Diagnòstic sobre l'MGF. Si ha estat mutilada, s'ha de seguir el pla d'actuació que es descriu a continuació.
	Exploració de germanes. Si la nena ha estat mutilada i té germanes cal concertar una visita per realitzar-los una exploració ginecològica.
	Anamnesi de com i quan ha tingut lloc la pràctica. Si l'MGF ha estat realitzada després de l'arribada de la nena al país d'acollida, s'ha de comunicar al jutjat de guàrdia. Si ha estat abans, cal continuar amb el procediment descrit a continuació.
	Atenció de les seqüeles físiques i psíquiques. Cal garantir l'atenció de les seqüeles físiques i psíquiques que pugui presentar la nena (vegeu el quadre E). En aquest sentit, el treball en xarxa amb altres professionals resulta una tasca essencial.
	Reconstrucció per cirurgia. Cal garantir els mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per poder afrontar la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, i també mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de risc per a la salut de les menors d'edat, el personal professional ha de disposar de mecanismes que els possibilitin la realització de la intervenció quirúrgica. Així, cal oferir la reconstrucció del clitoris a les nenes immigrants que hagin sofert una MGF, i garantir una atenció integral des d'una perspectiva biopsicosocial, d'acord amb les recomanacions de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.
Pla de prevenció personalitzat. Cal desenvolupar un pla de prevenció específic amb la família de la nena que ha estat mutilada, per tal de prevenir aquesta pràctica en possibles futures filles (vegeu el quadre C).	

Actuació en els serveis sanitaris

Quadre H: Pla d'intervenció

Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que no ha estat mutilada				
<p>REGISTRAR EN LA HISTÒRIA CLÍNICA la informació recollida, les actuacions realitzades i el resultat de la valoració del risc. Cal que el professional que atengui l'adolescent o la dona adulta es coordini amb la resta de professionals de la salut.</p>	<p>Exploració genital</p> <p>Diagnòstic sobre l'MGF. Diagnòstic sobre l'MGF. Si no ha estat mutilada, cal continuar amb l'actuació que es descriu a continuació. Si ha estat mutilada, vegeu el pla d'intervenció del quadre I d'aquest document.</p> <p>Valoració del risc existent i actuació preventiva activa per tal d'evitar l'MGF: si l'adolescent o la dona adulta no està mutilada, cal valorar el nivell de risc a partir de l'entrevista clínica, considerant i avaluant, entre d'altres, els costums del grup al qual pertanyen en el país d'origen, la pressió del context cultural i les actituds i les intencions a curt i llarg termini de la família immediata i extensa.</p> <p>Pla de prevenció personalitzat: cal explorar el posicionament de l'adolescent o la dona davant l'MGF i posar en marxa l'estratègia de l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).</p> <p>La proximitat de vacances al país d'origen representa una situació d'alt risc per a l'adolescent, atesa la possibilitat de realitzar la pràctica de l'MGF durant l'estada al país d'origen de la família. Per tant, cal seguir les recomanacions següents:</p>			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Proximitat de vacances al país d'origen ↓</th> <th>No-proximitat de vacances al país d'origen ↓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Visita prèvia. Cal que l'adolescent sigui visitada a la consulta abans de marxar per poder garantir la seva integritat genital i pactar la seva preservació al retorn. En cas que no s'hagi treballat preventivament amb els membres de la família, cal iniciar l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).</p> <p>Compromís informat d'evitació de l'MGF. En aquesta visita, s'ha de demanar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà l'adolescent (vegeu l'annex 2).</p> <p>Pla de prevenció personalitzat. En la mateixa visita, cal que l'equip desenvolupi les estratègies preventives plantejades abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, així com les seves conseqüències legals (vegeu el quadre C).</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o no dóna garanties suficients que la integritat física de l'adolescent estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari ha de valorar el marge per al desenvolupament del pla de prevenció, o en quina de les fases es troba la persona - el pare i/o la mare. Si es considera que el risc de realitzar l'MGF és elevat, és a dir, que els i les professionals de la salut no poden abordar la situació atès que no es disposa de temps per realitzar les estratègies preventives, l'equip de professionals de la salut s'ha de posar en contacte amb l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) i la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI), o bé amb el cos de Mossos d'Esquadra, per tal que hi intervinguin de manera urgent (vegeu l'annex I, "Recursos específics").</p> <p>Visita posterior. El professional sanitari ha de concertar i acordar una propera visita posterior al viatge, programada amb dia i hora, per explorar l'adolescent a la tornada.</p> </td> <td> <p>Pla de prevenció personalitzat. L'equip de professionals de la salut ha de dissenyar les estratègies preventives més adequades per a cada cas. Cal posar en marxa l'estratègia de l'entrevista motivacional, d'una banda, amb el pare i, de l'altra, amb la mare de l'adolescent (vegeu el quadre C).</p> <p>Seguiment. L'equip d'atenció primària ha d'assegurar un seguiment i un control de l'adolescent de forma periòdica.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Proximitat de vacances al país d'origen ↓	No-proximitat de vacances al país d'origen ↓	<p>Visita prèvia. Cal que l'adolescent sigui visitada a la consulta abans de marxar per poder garantir la seva integritat genital i pactar la seva preservació al retorn. En cas que no s'hagi treballat preventivament amb els membres de la família, cal iniciar l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).</p> <p>Compromís informat d'evitació de l'MGF. En aquesta visita, s'ha de demanar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà l'adolescent (vegeu l'annex 2).</p> <p>Pla de prevenció personalitzat. En la mateixa visita, cal que l'equip desenvolupi les estratègies preventives plantejades abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, així com les seves conseqüències legals (vegeu el quadre C).</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o no dóna garanties suficients que la integritat física de l'adolescent estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari ha de valorar el marge per al desenvolupament del pla de prevenció, o en quina de les fases es troba la persona - el pare i/o la mare. Si es considera que el risc de realitzar l'MGF és elevat, és a dir, que els i les professionals de la salut no poden abordar la situació atès que no es disposa de temps per realitzar les estratègies preventives, l'equip de professionals de la salut s'ha de posar en contacte amb l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) i la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI), o bé amb el cos de Mossos d'Esquadra, per tal que hi intervinguin de manera urgent (vegeu l'annex I, "Recursos específics").</p> <p>Visita posterior. El professional sanitari ha de concertar i acordar una propera visita posterior al viatge, programada amb dia i hora, per explorar l'adolescent a la tornada.</p>
Proximitat de vacances al país d'origen ↓	No-proximitat de vacances al país d'origen ↓			
<p>Visita prèvia. Cal que l'adolescent sigui visitada a la consulta abans de marxar per poder garantir la seva integritat genital i pactar la seva preservació al retorn. En cas que no s'hagi treballat preventivament amb els membres de la família, cal iniciar l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).</p> <p>Compromís informat d'evitació de l'MGF. En aquesta visita, s'ha de demanar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà l'adolescent (vegeu l'annex 2).</p> <p>Pla de prevenció personalitzat. En la mateixa visita, cal que l'equip desenvolupi les estratègies preventives plantejades abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, així com les seves conseqüències legals (vegeu el quadre C).</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o no dóna garanties suficients que la integritat física de l'adolescent estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari ha de valorar el marge per al desenvolupament del pla de prevenció, o en quina de les fases es troba la persona - el pare i/o la mare. Si es considera que el risc de realitzar l'MGF és elevat, és a dir, que els i les professionals de la salut no poden abordar la situació atès que no es disposa de temps per realitzar les estratègies preventives, l'equip de professionals de la salut s'ha de posar en contacte amb l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) i la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI), o bé amb el cos de Mossos d'Esquadra, per tal que hi intervinguin de manera urgent (vegeu l'annex I, "Recursos específics").</p> <p>Visita posterior. El professional sanitari ha de concertar i acordar una propera visita posterior al viatge, programada amb dia i hora, per explorar l'adolescent a la tornada.</p>	<p>Pla de prevenció personalitzat. L'equip de professionals de la salut ha de dissenyar les estratègies preventives més adequades per a cada cas. Cal posar en marxa l'estratègia de l'entrevista motivacional, d'una banda, amb el pare i, de l'altra, amb la mare de l'adolescent (vegeu el quadre C).</p> <p>Seguiment. L'equip d'atenció primària ha d'assegurar un seguiment i un control de l'adolescent de forma periòdica.</p>			
	<p>Exploració de germanes o filles. Si la dona té germanes o filles, cal concertar una visita per realitzar-los una exploració ginecològica.</p>			

Actuació en els serveis sanitaris

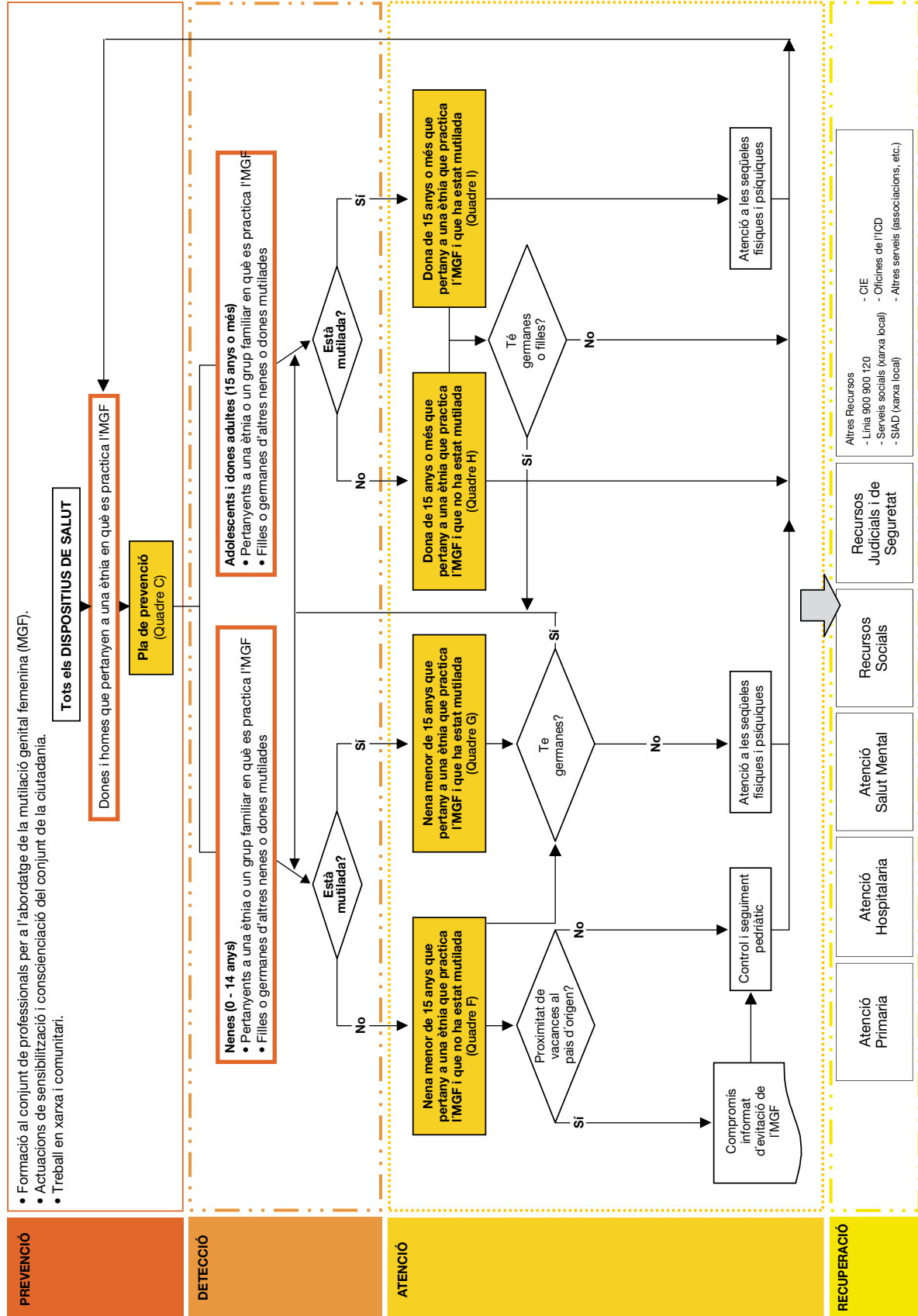
Quadre I: Pla d'intervenció

Dona de 15 anys o més que pertany a una ètnia que practica l'MGF i que ha estat mutilada	
REGISTRAR EN LA HISTÒRIA CLÍNICA la informació recollida i les actuacions realitzades. Cal que el professional que atengui l'adolescent o la dona adulta es coordini amb la resta de professionals de la salut.	Exploració genital i valoració del grau d'afectació. En els casos en què es detecti que l'adolescent o la dona adulta ha patit una MGF caldrà realitzar una valoració del grau d'afectació en l'àmbit físic, psicològic i sexual.
	Exploració de germanes o filles. Si la dona ha estat mutilada i té germanes o filles, cal concertar una visita per realitzar-los una exploració ginecològica.
	Atenció en cas d'embaràs. En cas que l'adolescent o la dona adulta estigui embarassada, cal avaluar-ne el grau d'afectació genital i les possibles seqüeles en relació amb el moment del part i coordinar-se amb el conjunt de professionals implicats -equip d'atenció a la salut sexual i reproductiva, metges de família. Cal prioritzar les estratègies preventives a través de l'entrevista motivacional per prevenir la pràctica en el futur nadó.
	Atenció a les seqüeles físiques i psicològiques. Cal garantir l'atenció de les seqüeles físiques i psíquiques que pugui presentar l'adolescent o la dona adulta (vegeu el quadre E). En aquest sentit, el treball en xarxa amb altres professionals resulta una tasca essencial.
	Reconstrucció per cirurgia. Cal garantir els mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per poder afrontar la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, i també mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de risc per a la salut de les menors d'edat, el personal professional ha de disposar de mecanismes que els possibilitin la realització de la intervenció quirúrgica. Així, cal oferir la reconstrucció del clítoris a les adolescents i les dones adultes immigrants que hagin sofert una MGF, i se'ls ha de garantir una atenció integral des d'una perspectiva biopsicosocial, d'acord amb les recomanacions de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.
Pla de prevenció personalitzat. En qualsevol dels casos, cal iniciar un pla de prevenció a través de l'entrevista motivacional (vegeu el quadre C).	

A continuació es presenta el diagrama d'actuació en els serveis sanitaris, que es centra en la prevenció, la detecció i l'atenció de les situacions de risc de patir l'MGF o bé quan la pràctica ja ha tingut lloc en nenes, adolescents o dones adultes.

Actuació en els serveis sanitaris

Diagrama d'actuació en els serveis sanitaris per a una intervenció coordinada en l'abordatge de l'MGF



Annex 1. Recursos específics

En funció de la situació detectada, els professionals de la salut han de coordinar-se amb els recursos que estimin oportuns i que s'hagin definit en cada territori per tal d'oferir una atenció adequada i especialitzada tant a la dona com a la nena que ha patit l'MGF o bé que es troba en risc de patir-la.

Així, resulta essencial la coordinació i el treball en xarxa amb els equips professionals dels serveis socials bàsics, de l'àmbit escolar, els equips d'atenció a la infància i l'adolescència, dels cossos de seguretat i també amb les associacions del territori que treballen en prevenció de l'MGF. Cal que el professional que actuï com a referent de prevenció al centre sanitari s'encarregui de la coordinació amb els diferents serveis, així com del treball comunitari, segons les necessitats i els recursos disponibles en cada territori.

[Equips d'atenció a la infància i l'adolescència \(EAIA\).](#)

Equips de professionals de la psicologia, la pedagogia, l'assistència social i l'educació social distribuïts per tot el territori de Catalunya. Els EAIA realitzen el diagnòstic i la valoració dels menors i de la situació familiar en què es troben a partir dels casos d'alt risc detectats pels serveis socials d'atenció primària, les instàncies judicials o policials o la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), i proposen les mesures més adequades per a cada cas.

[Servei d'equips de valoració de maltractaments infantils \(EVAMI\).](#)

Equips de valoració de maltractaments infantils detectats en l'àmbit sanitari. La seva funció és assessorar, valorar i informar dels casos de maltractament o de sospita de maltractament notificats a l'organisme competent des d'hospitals, centres d'atenció primària o altres serveis sanitaris.

[Servei del telèfon de la infància \(Infància Respon - 900 300 777\).](#)

Servei d'atenció permanent i gratuïta a trucades relatives a situacions de risc social per a infants o adolescents, així com de detecció de problemàtiques que afecten els menors.

D'altra banda, existeixen entitats, associacions i ONG que realitzen intervencions en l'abordatge de l'MGF, en l'àmbit de Catalunya o de l'estranger:

[Associació e-Kre@.](#) Associació sense ànim de lucre, constituïda per professionals de l'àmbit social, educatiu, multimèdia, de la psicologia, la il·lustració i el disseny gràfic, que treballen de forma interdisciplinària en iniciatives per a la inclusió social, l'educació i la cultura. En relació amb l'MGF, aquesta entitat realitza tasques d'intervenció comunitària, programes de sensibilització i formació dirigida a diferents col·lectius de professionals. La seva seu es troba a Girona, i desenvolupen projectes arreu del territori català i a la resta de l'Estat espanyol.

Telèfon: 686 609 111
ekrea@ekrea.org

[Asociación de Mujeres Antimutilación \(AMAM\).](#)

Organització creada amb l'objectiu de lluitar contra l'MGF a través d'estratègies de sensibilització i de la coordinació amb altres entitats que operen a Gàmbia, com ara GAMCOTRAP.

Telèfon: 696 733 522
amamespana@yahoo.es

Annex 1. Recursos específics

[Associació EQUIS-MGF.](#)

Associació creada amb l'objectiu de sensibilitzar i eradicar la pràctica de l'MGF.

Telèfon: 617 867 792

boms1961@yahoo.fr

equis_yahoo.es

[Associació Yamari Kafo.](#)

L'objectiu principal d'aquesta entitat és conscienciar, a través de la informació, les comunitats que practiquen l'MGF de les greus conseqüències, tant físiques com psíquiques, que pot tenir aquesta pràctica. L'entitat té la seva seu al municipi de Girona.

Telèfon: 972 213 982

yamarikafo@hotmail.com

[Tostan, Community-led Development.](#)

Organització no governamental amb seu al Senegal que realitza programes per a l'apoderament de les diferents comunitats africanes, per al desenvolupament i per a la transformació social basada en el respecte pels drets humans. Actualment desenvolupa projectes a Djibouti, Gàmbia, Guinea, Guinea Bissau, Mali, Mauritània, el Senegal i Somàlia, i anteriorment també ha desenvolupat programes a Burkina Faso i el Sudan. L'eradicació de l'MGF és un dels objectius principals d'aquesta organització.

Tostan France

Tostan United States

Telèfons: 00-33-1-42-46-85-89; 00-33-6-35-37-00-03; (+1) 202-656-1143

info@tostan.org

francestaff@tostan.org

[GAMCOTRAP.](#)

Organització no governamental amb seu a Gàmbia que té per objectiu promoure i protegir els drets polítics, socials, sexuals i reproductius de les dones i les nenes. Particularment, l'organització desenvolupa campanyes centrades en l'eradicació de l'MGF a través de la visibilització i la denúncia dels efectes d'aquestes pràctiques sobre la salut de les dones.

Telèfon: 00 220 449 74 16

Annex 2. Compromís informat d'evitació de l'MGF

Annex 2. Compromís informat d'evitació de l'MGF

Dades de la nena

Cognoms i nom:	DNI / passaport:	
Edat:	Data de naixement (dd/mm/aa): _ _ _ _ _ _ _ _	
Lloc de naixement:	Nacionalitat:	
Adreça:		
Codi postal:	Població:	Telèfon: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dades de la persona responsable de la nena

Cognoms i nom:	DNI:	
Vinculació: <input type="checkbox"/> pare <input type="checkbox"/> mare <input type="checkbox"/> tutor legal		
Data de naixement (dd/mm/aa): _ _ _ _ _ _ _ _	Lloc de naixement:	Nacionalitat:
Adreça:		
Codi postal:	Població:	Telèfon: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dades del metge / de la metgessa que atén la nena

Cognoms i nom:	DNI:
Núm. Col.legiat: _ _ _ _ _ _ _ _	Centre:

Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

La mutilació genital femenina es considera un atemptat contra els drets humans i està associada a riscos socio-sanitaris i psicològics.

A l'Estat espanyol, aquesta intervenció es considera un delict de lesions en l'article 149.2 del Codi penal, encara que l'operació s'hagi dut a terme fora del país (per exemple a Gàmbia, Senegal, Mali, etc.), segons la modificació de la Llei orgànica del poder judicial 3/2005.

La pena de presó és de 6 a 12 anys per als pares o responsables, la retirada de la pàtria potestat i la possibilitat de l'ingrés de la nena en un centre de protecció de menors.

Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica

País	Nom de l'associació	Telèfon
Gàmbia	Khady Bah	00-220-994.63.53 (directe)

Declaracions

Certificació del metge / de la metgessa sobre les dades mèdiques de la nena

Certifico que la nena referida a la pàgina anterior és una nena sana, que ha seguit els controls establerts en el *Protocol del nen sa* i que se li han administrat les vacunes corresponents per a la seva edat.

He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Declaració del metge / de la metgessa quant a la informació a la persona responsable de la nena

Declaro haver informat la persona responsable de la nena referida a la pàgina anterior, dels aspectes següents relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut:

- Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Compromís de demanar hora per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada de les vacances que es facin en el país d'origen de la família.
- Compromís de facilitar a la nena la medicació que se li ha subministrat per prevenir la malària durant les vacances en el país d'origen de la família i quantitats importants d'aigua, bullida prèviament o embotellada.

Annex 2. Compromís informat d'evitació de l'MGF

Compromís informat de la persona responsable de la nena

Declaro haver estat informat/da pel metge o la metgessa que atén la meua filla / la nena de qui sóc responsable dels diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut, especificats a l'apartat anterior.

Considero que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.

Em comprometo a tenir la cura de la salut de la meua filla / de la nena de qui sóc responsable i a evitar la seva mutilació genital.

I perquè consti, llegeixo i signo l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em quedo una còpia.

Signatures

Signatura dels pares / de la persona responsable de la nena

Signatura del metge / de la metgessa que l'atén

Lloc i data

Bibliografia

Bibliografia utilitzada

Bedoya MH et al. [Guia per a professionals: mutilació genital femenina, prevenció i atenció.](#) Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut, 2006.

Caño A et al. [Mutilación genital femenina: más que un problema de salud.](#) Medicus Mundi Andalusia, 2008.

Departament d'Acció Social i Ciutadania. [Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina.](#) Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració, 2007.

GIPE/PTP-UAB. [Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España.](#) Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

OMS. [Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement.](#) Organització Mundial de la Salut, 1997.

OMS. [Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.](#) The Lancet 2006; 367 (9525): 1835-1841.

OMS. [Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.](#) Organització Mundial de la Salut, 2008.

Sociedad Española de Medicina General. [XIV Congreso Nacional y VIII Internacional de la Medicina General Española.](#) Medicina General 2007, Especial Congreso; (97); segona època.

Materials complementaris

Fitxa "[Compromís informat d'evitació de la mutilació genital femenina](#)" (Institut Català de la Salut).

[Tríptic de prevenció i sensibilització de l'MGF](#) (Institut Català de la Salut). Aquest document es troba disponible en català, castellà, anglès i francès a l'enllaç: <http://www.gencat.cat/ics/usuarios/campanyes/sunna/index.html>.

Enllaços d'interès

Foundation for Women's Health, Research and Development (FORWARD): <http://www.forwarduk.org.uk/>.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (Universitat Autònoma de Barcelona): <http://mgf.uab.es/>.

Professionals que han participat en el projecte

Professionals que han participat en el projecte

DIRECCIÓ DEL PROJECTE

Departament de Salut

María Luisa de la Puente Martorell
Directora general de Planificació i Avaluació

Antoni Plasència Taradach
Director general de Salut Pública

Grup Kyria. Departament de Salut

Dolors Costa Sampere
Direcció General de Planificació i Avaluació

Iria Caamiña Cabo
Gabinet de la Consellera de Salut

Pilar Brugulat Guiteras
Servei del Pla de Salut

Mireia Jané Checa
Direcció General de Salut Pública

Antonia Medina Bustos
Direcció General de Planificació i Avaluació

Lluïsa Balañà Roldan
Institut d'Estudis de la Salut

COORDINACIÓ OPERATIVA

Antonia Medina Bustos
Direcció General de Planificació i Avaluació

GRUP ASSESSOR I REDACTOR

Carne Ollé Rodríguez
PASSIR Raval Sud

Rou Sánchez Collado
ABS Plana Lladó. Mollet
del Vallès

Tona Lizana Alcazo
Pla Director d'Immigració.
Departament de Salut

Mama Samateh Saidy
Corporació Sanitària Maresme.
Associació AMAM

Imma Sau Giralt
ABS Santa Coloma de Farners.
Institut Català de la Salut

Bombo N'dir
Associació EQUIS

Ana Yansi Rodríguez
CAP Est. Terrassa

SUPORT METODOLÒGIC

Ricard Faura Cantarell
Spora Sinergies. Consultoria Psicosocial

Miriam Sol Torelló
Spora Sinergies.
Consultoria Psicosocial

GESTIÓ ADMINISTRATIVA

Remei Díaz Moreno
Direcció General de Planificació i Avaluació

Amb la col·laboració de:

