

Protocol per a l'abordatge de la Mutilació Genital Femenina



Ajuntament
de Rubí



Índex

Pàgina	Apartats
2	1. Introducció
3	2. Procés i objectius del protocol
4	2.1. Diagnosi prèvia
12	2.2. Procés d'elaboració
16	2.3. Objectius del protocol
16	2.4. Estructura del document
17	3. Marc conceptual i antropològic
18	3.1. Definició
19	3.2. Tipus
20	3.3. A quina edat es practica?
20	3.4. A on es practica i qui ho fa?
24	3.5. Conseqüències
27	4. Marc legal
35	5. Principis de l'actuació professional
38	6. Incidència a rubí
42	7. Nivells d'intervenció
44	7.1. Protagonistes de la intervenció
47	7.2. Nivells de la intervenció
49	7.2.1. Nivells de la intervenció en cas de risc de patir mgf
54	7.2.2. Nivells de la intervenció en cas de sospita de consumació
57	7.2.3. Intervenció penal
59	8. Recomanacions per àmbits
60	8.1. Salut
66	8.2. Serveis socials
68	8.3. Àmbit educatiu
75	9. Bibliografia
78	10. Annexos

1. Introducció

El present Protocol consisteix en la culminació d'una tasca de moltes professionals al llarg del temps amb la intenció d'assentar una metodologia i d'apropar significats i sentits que són propis de les organitzacions comunitàries i familiars.

És responsabilitat i compromís de totes les professionals lluitar per la defensa dels drets humans, dels drets de les dones i de la infància. La qüestió és com articulem aquesta defensa des de cada institució, des de cada lloc de treball i com tractem en aquesta defensa les persones que pateixen la seva vulneració.

Per tant, aquí no es tracta tant de focalitzar-nos en la mutilació genital femenina sinó en les dones, les nenes i les seves comunitats de pertinença. Hem pretès en aquest Protocol donar-los un lloc i la importància merescuda. Hem volgut articular passos i solucions donant l'espai, el temps i les possibilitats.

Com a societat, no podem seguir obviant aquesta vulneració de drets, però segur que també hem de revisar i reflexionar sobre l'acollida, l'adaptació i la participació de les diferents cultures, valors i creences. Convé que tracem lògiques comunes i millorem les oportunitats de ser, d'estar i de fer com a principal impuls per al canvi i per avançar com a societat.

Així doncs, aquest Protocol fa una crida a les persones professionals, més com a persones però sense oblidar la professionalitat, i així entrar en el terreny de la relació interpersonal, dels matisos, dels silencis, de les paraules i de les sensacions. Poder oferir la informació i la motivació per al canvi necessària, cedint a les dones i a la comunitat el lideratge i l'empoderament per decidir com ho volen fer a partir d'ara per tal que puguin trobar les seves pròpies solucions.

2. Procés i Objectius del Protocol



2. Procés i Objectius del Protocol

La necessitat de fer un Protocol sorgeix, per un cantó, de la petició de la Generalitat de Catalunya que tots els municipis disposin de l'eina i la implicació per prevenir la pràctica de la mutilació genital femenina, i per l'altre cantó, de l'Ajuntament de Rubí, que entoma aquesta petició i la fa seva, prioritzant el disseny i execució d'aquest projecte.

El disseny i execució d'aquest projecte de redacció del Protocol per a l'abordatge respectuós dels casos de mutilació genital femenina l'encapçalen dos serveis, el Servei de Ciutadania i el Servei d'Igualtat de l'Ajuntament de Rubí.

El Servei de Ciutadania disposa del coneixement de les cultures i comunitats migrades i la connexió amb les cultures residents a Rubí, a través de les entitats i associacions en què s'organitzen, mentre que el Servei d'Igualtat té la visió de gènere i l'experiència de treball amb les dones i de prevenció de la violència masclista, així com un treball en xarxa consolidat.

2.1. Diagnosi prèvia

Per fer un protocol adaptat a Rubí, havíem de conèixer primer la realitat local. Així doncs, durant el novembre del 2019 es va realitzar un procés de diagnosi, recopilant la informació següent:

1. Dades demogràfiques.
2. Identificació de les entitats i associacions africanes.
3. Enquesta a la xarxa de serveis.

1. Dades demogràfiques

Les dades demogràfiques ens van servir per extreure el nombre de dones i nenes que havien nascut o tenien nacionalitat de països on es pot practicar la MGF i que fossin països amb prevalences estudiades per l'Organització Mundial de la Salut.

És a dir, no s'han pogut incloure països com Indonèsia, Iraq, de l'Europa de l'Est o Colòmbia, perquè no es coneixen dades de prevalença ni es tenen identificades ètnies practicants com en la població d'origen africà. El fet que, en aquest moment, ens centrem en països de l'Àfrica no ens ha de fer oblidar que la pràctica es produeix en altres indrets del món i que hi ha la possibilitat d'incorporar en la tasca preventiva d'altres nacionalitats si van apareixent més estudis de prevalença o indicadors que permetin la seva identificació i el consegüent treball a escala local.

Així doncs, el novembre del 2019, teníem un total 164 dones i nenes que havien nascut en un país de l'Àfrica i un total de 183 dones i nenes amb nacionalitat dels països africans amb prevalença de la MGF. Senegal, Mali, Gàmbia i Guinea són els països amb més representació a Rubí.

2. Procés i Objectius del Protocol

	TOTAL PAÍS NAIXEMENT	TOTAL NACIO- NALITAT	NENES (0-18 ANYS) PAÍS NAIXEMENT	NENES (0-18 ANYS) NACIO- NALITAT	DONES PAÍS NAIXEMENT	DONES NACIO- NALITAT
BURKINA FASO	1	1	1	1	0	0
BENÍN	1	2	0	1	1	1
CAMERUN	7	6	0	0	7	6
CONGO	1	0	0	0	1	0
COSTA D'IVORI	3	3	0	0	3	3
EGIPTE	1	0	0	0	1	0
ETIÒPIA	3	0	3	0	0	0
GÀMBIA	19	21	2	7	17	14
GHANA	6	6	1	1	5	5
GUINEA	19	19	3	5	16	14
GUINEA-BISSAU	5	5	2	2	3	3
LIBÈRIA	1	1	0	0	1	1
MALI	17	26	0	12	17	14
MAURITÀNIA	1	0	1	0	0	0
NIGÈRIA	9	11	0	4	9	7
R. CENTREAFRICANA	1	1	0	0	1	1
SENEGAL	67	79	9	22	58	57
SIERRA LEONE	2	2	0	0	2	2
TOTAL	164	183	22	55	142	128

Taula 1. Dades demogràfiques extretes del padró municipal el novembre del 2019

Es fa constar el país de naixement i la nacionalitat perquè, com es pot comprovar, donen quantitats diferents i no es pot desestimar l'una per l'altra. I es comptabilitzen les dones i les nenes, perquè les nenes són la població de risc però les dones i potencials mares poden haver sofert la pràctica i poden voler liderar la tasca preventiva.

2. Procés i Objectius del Protocol

Posteriorment, s'afegeix la informació de l'Organització Mundial de la Salut sobre la prevalença d'aquesta pràctica a cada país (1). Com bé indicarem en apartats posteriors, les prevalences haurien de ser per ètnies però no existeix un mapa ni una localització estàtica de les ètnies que permeti elaborar un mapa de prevalença exhaustiu i cert. Per aquest motiu, els organismes internacionals han d'emprar la variable país per als estudis de prevalença.

En la taula següent s'ordenen els diferents països de les dones i nenes que resideixen a Rubí per ordre de major a menor prevalença de la pràctica.

	PREVALENCIA OMS	TOTAL PAÍS NAIXE- MENT	TOTAL NACIO- NALITAT	NENES (0-18 ANYS) PAÍS NAIXE- MENT	NENES (0-18 ANYS) NACIO- NALITAT	DONES PAÍS NAIXE- MENT	DONES NACIO- NALITAT
GUINEA	95,6% (2005)	19	19	3	5	16	14
SIERRA LEONE	94% (2006)	2	2	0	0	2	2
EGIPTE	91,1% (2008)	1	0	0	0	1	0
MALI	85,2% (2006)	17	26	0	12	17	14
GÀMBIA	78,3% (2005/6)	19	21	2	7	17	14
ETIÒPIA	74,3% (2005)	3	0	3	0	0	0
BURKINA FASO	72,5% (2006)	1	1	1	1	0	0
MAURITÀNIA	72,2% (2007)	1	0	1	0	0	0
LIBÈRIA	58,2% (2007)	1	1	0	0	1	1
GUINEA-BISSAU	44,5% (2006)	5	5	2	2	3	3
COSTA D'IVORI	36,4% (2006)	3	3	0	0	3	3
NIGÈRIA	29,6% (2008)	9	11	0	4	9	7
SENEGAL	28,2% (2005)	67	79	9	22	58	57
R. CENTREAFRICANA	25,7% (2008)	1	1	0	0	1	1
BENÍN	12,9% (2006)	1	2	0	1	1	1

6 (1). <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/#:~:text=Prevalencia%20de%20la%20MGF,tipos%20de%20mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina.&text=Se%20estima%20que%20en%20C3%81frica,mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina%20cada%20a%C3%B1o.>

2. Procés i Objectius del Protocol

GHANA	3,8% (2006)	6	6	1	1	5	5
CAMERUN	1,4% (2004)	7	6	0	0	7	6
CONGO		1	0	0	0	1	0
TOTAL		164	183	22	55	142	128

Taula 2. Dades demogràfiques amb prevalença de la OMS per països.

Així doncs, a Rubí hi ha dones i nenes de països amb prevalences elevades d'entre el 95,6% i el 72,5%, com són Guinea, Sierra Leone, Egipte, Mali, Gàmbia, Etiòpia, Burkina Faso i Mauritània.

Per tant, les dades demogràfiques confirmen l'existència de població a Rubí que pertanyen a comunitats o ètnies practicants.

2. Identificació de les entitats i associacions africanes

La segona part de la diagnosi consistia en identificar les entitats i associacions africanes existents al territori, veure aquestes entitats i associacions quina procedència tenien i també conèixer la seva tasca. En aquest procés d'identificació, també es va plantejar la importància de reconèixer les persones líders naturals de la comunitat per tal de valorar la possibilitat d'erigir-se en referents sobre el tema.

És important tenir en compte no només les ètnies de les dones sinó, sobretot, les ètnies dels homes. En un matrimoni amb ètnies diferents, prevaldran les tradicions de la família de l'home. La relació d'entitats ens permet conèixer i localitzar les ètnies residents a Rubí, tant d'homes com de dones.

Així doncs, aquestes són les entitats existents al territori (2):

ENTITATS	PAÍS/ZONA O REGIÓ	ÈTNIES
MANDEGANE	SUD SENEGAL. ZONA CASAMANCE	DIOLA I MANDINGA (MÉS PREDOMINANT, MANDINGA)
ACSPROC	SENEGAL. ZONA CASAMANCE. REGIÓN KOULDA.	FULA
ACSOT	NORD SENEGAL (TOUBA, DAKAR, THIÈS I DIOURBEL)	WÒLOF
ASCODECA	GUINEA. CAPITAL CONAKRY	FULA
KARAMBENOR	SENEGAL. ZONA CASAMANCE	MANDINGA I DIOLA
ASOCIACIÓN OUDIODIAL PARA LA AYUDA SOCIAL MUTUA	SENEGAL. ZONA CASAMANCE	DIOLA
SENEGÀMBIA	SENEGAL. ZONA CASAMANCE I GÀMBIA	MANDINGA, FULA I DIOLA
DONES MALI (VINCULADES A ASPROC)	SUD MALI	FULA I BÀMBARA
ASOCIACIÓN DE MUJERES AFRICANAS (AMA)	DIFERENTS PROCEDÈNCIES	DIFERENTS ÈTNIES

Taula 3. Entitats africanes a Rubí.

8 (2) Les entitats són organismes vius, amb entrades i sortides de persones, amb noves aliances i compromisos. Per tant, aquesta correlació d'entitats, procedències i ètnies és la coneguda en el moment de fer el present Protocol.

Són nou les entitats actives. Mandegane té persones originàries de la regió de Casamance al sud del Senegal i pertanyen a l'ètnia diola i mandinga; la majoria, la mandinga. ACSOT està constituïda per persones procedents del nord de Senegal (Touba, Dakar, Thiès i Diourbel), pertanyents a l'ètnia wòlof. Karambenor és de persones originàries de Casamance, però també tenen ètnia mandinga i diola. Senegàmbia és una entitat que té persones vinculades a Casamance i a Gàmbia amb ètnies com mandinga, fula i diola. ACSPROSC està formada per persones de Senegal, de la regió de Casamance i la regió de Koulda, i pertanyen a l'ètnia fula. OUDIODIAL agrupa persones originàries de Senegal, de la zona de Casamance, i pertanyen a l'ètnia diola. ASCODECA està formada per persones procedents de Guinea, capital Conakry, pertanyen a l'ètnia fula. També hi ha un grup de dones que estan vinculades a l'associació ACSPROSC, són originàries del sud de Mali i pertanyen a l'ètnia fula i bàmbara i, per últim, l'Asociación Mujeres Africanas (AMA), que té com a objectiu erradicar la pràctica de la MGF. És una entitat recent que agrupa dones africanes de diferents procedències i ètnies que comparteixen aquest objectiu comú. Actualment es troben en fase de constitució respecte als tràmits amb l'administració.

De les ètnies que es coneixen que resideixen a Rubí, la fula, la bàmbara, la mandinga i la diola són practicants de la MGF. Cal dir que l'ètnia diola pot ser practicant o no segons la zona. En aquest procés d'identificació de les entitats, es constata l'existència de dues dones referents naturals per a tota la comunitat. Amb elles, s'inicia durant el 2020 una aproximació, s'intercanvien impressions i es cimenta la base d'una possible col·laboració.

3. Enquesta a la xarxa de serveis

La tercera part de la diagnosi consistia en la realització d'una enquesta quantitativa i qualitativa a la xarxa de serveis. Els serveis que van respondre formen part de la Comissió de Violència Masclista de Rubí: Serveis Socials, Salut, EAIA Vallès Occidental, Policia Local, Mossos d'Esquadra, Equip d'Atenció Psicopedagògica del Departament d'Educació i el Servei d'Educació de l'Ajuntament.

Se'ls demanava sobre les actuacions o previsió d'aquestes en els diferents nivells d'intervenció, així com si disposaven de protocols d'actuació específics, punts forts i punts febles de la Xarxa actual i necessitats formatives.

Quant a la sensibilització i la prevenció, els serveis van referir no realitzar accions de sensibilització i de prevenció amb la comunitat. En el camp de la formació, tampoc s'havia ofert formació específica en la matèria durant el 2019.

2. Procés i Objectius del Protocol

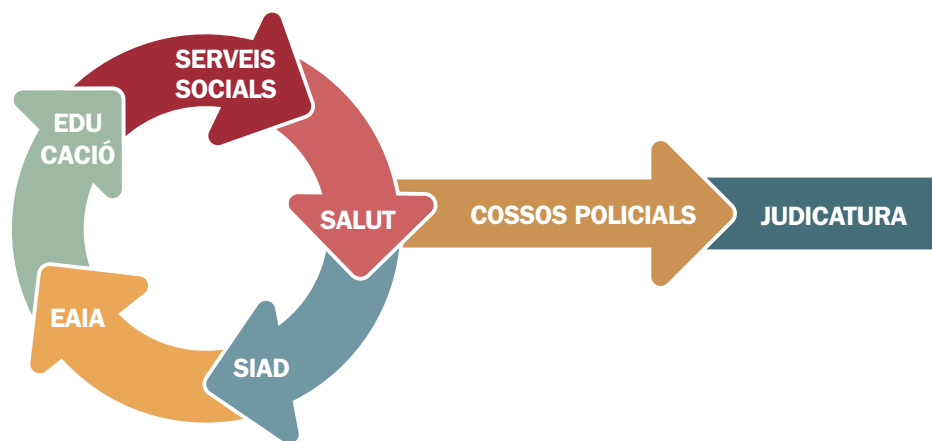
Mossos d'Esquadra destacava que les professionals del Grup d'Atenció a la Víctima i l'Oficina de Relacions amb la Comunitat havien organitzat trobades amb entitats i associacions. Destacaven la participació en taules de prevenció de la MGF. Part d'aquesta coordinació amb la xarxa de professionals els serveix per recollir informació, identificar les comunitats practicants i informar-les de la il·legalitat de les pràctiques.

Dins de l'àmbit sanitari, Mútua de Terrassa especifica haver fet formació sobre la matèria el primer trimestre del 2020 adreçada a professionals de ginecologia, pediatria i llevadores de l'ASSIR.

Pel que fa a la detecció, tant Serveis Socials com Salut com Mossos d'Esquadra disposen d'un sistema de registre d'aquests casos. Els solen comptabilitzar. L'EAIA, en canvi, no els comptabilitza. Tots els serveis destaquen l'absència de casos durant el 2019.

Quant a les eines per a la valoració objectiva del risc, s'ha de destacar que falten eines per valorar-lo de forma objectiva i hi ha un desconeixement de la comunitat que dificulta el treball preventiu i la detecció precoç de possibles casos.

De la descripció que fan dels serveis de l'atenció d'aquests casos de risc potencial, s'observen dos nivells d'atenció:



En el primer nivell d'atenció, participen Educació (l'escola), Serveis Socials, EAIA (amb funcions d'assessorament), SIAD i Salut. A través de la coordinació, els Serveis fan una diagnosi de la situació familiar, valoren el nivell de risc i consensuen quin dels serveis liderarà la intervenció amb la família i com es realitzarà.

Amb el que s'hagi consensuat en la reunió, es duu a terme la intervenció amb la família i si, com a resultat d'aquesta, s'ha previngut la consumació, es manté la intervenció dels serveis de referència però no s'activen els cossos policials ni la judicatura.

Pel que fa al compromís marental o parental, és Salut qui assumeix la responsabilitat majoritàriament. Treball social de Salut s'ocupa de fer signar a ambdós progenitors el compromís, segons especifiquen des del CST (un dels operadors de salut del municipi).

El segon nivell d'atenció s'activaria si amb l'actuació dels serveis del primer nivell no s'assegurés la prevenció de la consumació i la protecció de la menor. Aleshores, es contactaria amb els cossos policials i es notificaria al jutjat.

Mossos d'Esquadra concreta que recopilarien tota la informació per poder-la posar en mans del o de la jutge i la fiscalia, de manera que aquest organisme tindria les eines suficients per valorar la possibilitat d'adoptar mesures com evitar el viatge de la menor al seu país d'origen, la prohibició administrativa a la mare i el pare de traslladar la menor fora del territori o de fer-ho només amb autorització judicial, la prohibició de l'expedició del passaport, la presentació periòdica de la menor davant de la metge o el metge forense, l'atribució de la pàtria potestat al progenitor contrari a la MGF, o la sol·licitud de seguiment per part de les institucions pertinents (Serveis Socials, Mossos, etc.).

Tots els Serveis del primer nivell d'atenció destaquen que continuarien amb el seguiment de la família, malgrat que s'eviti la consumació. Aquest seguiment s'orientaria la cobertura de necessitats. Mossos d'Esquadra s'orienta a vetllar pel compliment de les mesures judicials que s'estableixin.

S'observa una carència de resposta específica a les conseqüències físiques, sexuals i psicològiques de la mutilació. No existeix un abordatge específic per a la nena o la dona que l'hagi patida.

Amb relació a les referències per a l'actuació, els serveis destaquen la consulta de protocols d'altres institucions: el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina de la Generalitat de Catalunya i el Protocol d'abordatge de la violència masclista del Consell Comarcal del Vallès Occidental.

Salut i Mossos d'Esquadra disposen de pautes i instruccions específiques.

Respecte a les necessitats formatives, els serveis destaquen la necessitat de formació per obtenir eines de detecció i també una guia per a la intervenció.

Del resultat de les enquestes administrades podem arribar al següent retrat diagnòstic de la xarxa de recursos:

En primer lloc, s'ha de destacar la falta de formació específica i de previsió de realitzar-ne, així com l'absència de treball preventiu amb la comunitat resident a Rubí. Des del nostre punt de vista, aquests dos factors tenen conseqüències directes en l'abordatge del tema, entre les quals destacaríem:

- Un desconeixement de la comunitat, la seva estructura i funcionament, així com les seves creences o posicionament sobre les pràctiques tradicionals.
- Aquest desconeixement implica una distància amb la comunitat i un desnivell que serà un obstacle quan calgui intervenir.
- Es redueix, doncs, la possibilitat de detecció precoç, i aquesta es col·loca quan gairebé ja és massa tard i no hi ha res a fer.

En segon lloc, pel que fa a l'atenció, sí que s'observa una definició de circuit i passos, amb una dinàmica cooperativa instaurada entre serveis. També volem destacar que la sensibilitat dels i de les professionals ha dut a prioritzar el servei més proper a la família per liderar la intervenció.

Finalment, ressaltem l'absència d'espais per a la recuperació. Existeix una sensibilització professional i un consens en la necessitat de les nenes i les dones de reparar i de recuperar-se de les conseqüències físiques i psicològiques però falten els recursos on poder-les adreçar.

2.2. Procés d'elaboració



Un cop es disposa de la diagnosi a escala local, convé fer un plantejament propi de l'abordatge respectuós de les pràctiques tradicionals perjudicials, que quedarà concretat en aquest document. La Secretaria d'Igualtat, Ciutadania i Migracions de la Generalitat i la Fundació Wassu orienten i confirmen el camí dissenyat.

Dues frases sustenten el plantejament: **«No podem fer per elles sense elles.»** i **«No som nosaltres qui els hem de donar les solucions, sinó que elles han de trobar les seves pròpies, a nosaltres ens toca acompanyar la reflexió i la transició.»**

Per nosaltres, la primera, **«No podem fer per elles sense elles.»**, significa que és prioritari incloure les persones implicades en el procés de canvi. Si realment es vol defugir la resposta punitiva o coercitiva, si es vol evitar la posició de superioritat, sigui cultural o professional, convé tenir en compte les persones afectades i la seva comunitat. Tenir-les en compte, com bé exposarem més endavant, significa empatitzar, estar en disposició d'entendre, escoltar, captar, intuir, ser conscients dels propis prejudicis i afectació. En definitiva, desvestir-nos de tot allò que ens allunya i apropar-nos humanament a l'altra persona.

Tenir-les en compte també significa que, en el procés d'aquest Protocol, s'iniciï un apropament a la comunitat, un establiment de confiança; poder informar, conèixer-nos, trobar punts en comú i poder donar veu en aquest procés de reflexió i transició a l'entorn d'aquesta pràctica.

Finalment, parlem d'"elles" perquè són les nenes i les dones el centre i el motor, més enllà que també es compti amb tota la comunitat i amb els homes també. La idea és la seva protecció, la de les nenes, i l'autoprotecció i empoderament de les dones.

La segona frase diu així: **«No som nosaltres qui els hem de donar les solucions, sinó que elles han de trobar les seves pròpies, a nosaltres ens toca acompanyar la reflexió i la transició.»** Concreta millor com ha de ser l'acompanyament professional, la dificultat d'equilibrar un posicionament en contra i la necessitat de complir la prohibició legal existent al nostre país, amb el respecte a les persones i amb la tolerància a les solucions que puguin trobar.

A partir d'aquests dos principis de base, s'estructura l'abordatge de la mutilació en dues esferes: el treball comunitari i la sensibilització i capacitació dels i de les professionals.

Respecte a la sensibilització i la capacització professional, es concreta en:

- Formació
- Constitució de la Taula de Prevenció de la MGF
- Elaboració del Protocol

La formació oferta té per objectiu canviar la mirada, unificar criteris, trobar un llenguatge comú i donar eines per establir un diàleg respectuós amb la comunitat.

Amb la constitució de la Taula de Prevenció de la MGF es podrà garantir el manteniment del treball, consolidar els acords i disposar d'un espai i lloc de referència que pugui aportar seguretat, coneixement i experiència en cas que calgui. I el Protocol serà l'eina que estructura i organitza, l'eina que representa i acull.

Per a l'elaboració del Protocol, creiem que han de participar tots els serveis del circuit de violència masclista i mirar d'incorporar més Educació i Infància en Risc de Serveis Socials.

En concret, els serveis que participen de l'elaboració del Protocol són els següents:

Servei d'Informació i Atenció a les Dones, cossos policials (Mossos d'Esquadra i Policia Local), Serveis Socials, Serveis Sanitaris (Primària, ASSIR i Salut Mental del Consorci Sanitari de Terrassa i Primària), Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència del Vallès Occidental, Serveis educatius municipals i del Departament d'Educació i el Servei de Primera Acollida de Persones Nouvingudes municipal.

Quant a la tasca d'acostament a la comunitat d'origen africà de Rubí, la concretem amb els objectius següents:

- Crear un espai de dones d'origen africà al municipi;
- Crear espais de sensibilització i informació per a la comunitat d'origen africà.

La finalitat que perseguim amb aquesta tasca d'aproximació consisteix en afavorir la presa de consciència de la comunitat d'origen africà dels efectes sobre la salut, com també les conseqüències socials, jurídiques i legals de practicar la MGF.

La complexitat dels processos d'interrelació escenifica un procés dinàmic, que ens farà anar emmotllant la intervenció en funció del moment en què es troba la comunitat i tenir en compte els seus interessos i necessitats.

Les fases d'aquest acostament són quatre. La primera fase implica conèixer-se, la segona pretén motivar la creació d'un grup de dones, la tercera vol que elles puguin dissenyar un pla d'acció i concretar com el volen dur a terme, acompanyades de l'Administració i, finalment, la quarta fase consistirà en oferir-los una trobada per tal que puguin fer sentir la seva veu, oferir un espai de reflexió i debat per a elles i que també es pugui incorporar en el treball de la xarxa de professionals.

El procés de negociació previ haurà de ser necessàriament bidireccional. Ambdues parts haurem de modificar algunes de les nostres expectatives i pretensions per adaptar-les a les de l'altra i traçar un marc d'acció consensuat. Es deixa de parlar dels “nostres” objectius i dels “seus” objectius per passar a elaborar objectius i estratègies comunes. Del procés de negociació, cap dels interlocutors no surt de l'experiència tal com va entrar. **NOMÉS HEM D'INTENTAR FER SENTIR LA SEVA VEU, UNA OPORTUNITAT PER DONAR-SE A CONÈIXER I ESTAR MÉS A PROP DE TOTES AQUELLES PERSONES QUE, OBERTES AL DIÀLEG, VULGUIN ESCOLTAR-LES.**

La metodologia de treball se centra en la persona i el respecte a aquesta, i afavoreix dinàmiques participatives i de cooperació.



En conclusió, la idea és que ens anem nodrint les unes de les altres i que les relacions humanes entre professionals i comunitat afavoreixin unes relacions de respecte i creixement mutu, específicament per a aconseguir abordatge respectuós però amb la voluntat de poder generar una dinàmica cooperativa i participativa general.



2.3. Objectius del Protocol

Objectiu general: Contribuir a la prevenció de la mutilació genital femenina a Rubí, anticipant el moment en què es detecten indicadors de sospita i factors de risc, i afavorir l'atenció i recuperació de tots els casos que ho requereixin.

Objectius específics:

- Fer propi i local l'abordatge de la MGF. Trobar un plantejament propi tenint en compte la realitat local.
- Establir un compromís en la xarxa de professionals respecte a l'abordatge de la MGF.
- Oferir una visió àmplia fonamentada en la defensa dels drets humans i en un diàleg respectuós, tenint en compte que la pràctica és resultat de creences arrelades en la consciència individual i col·lectiva.
- Constituir el Protocol com a material de suport destinat principalment a professionals.
- Promoure la intervenció professional de forma eficaç, reflexiva i humana.

2.4. Estructura del document

Tenint en compte el procés d'elaboració i els objectius, el Protocol s'estructura en els apartats següents:

- 3 MARC CONCEPTUAL I ANTROPOLÒGIC
- 4 MARC LEGAL
- 5 PRINCIPIS DE L'ACTUACIÓ PROFESSIONAL
- 6 INCIDÈNCIA A RUBÍ
- 7 NIVELLS D'INTERVENCIÓ: CIRCUIT MUNICIPAL
- 8 RECOMANACIONS PER ÀMBITS

3. Marc Conceptual i Antropològic



3. Marc Conceptual i Antropològic

3.1. Definició

Segons l'article 5 de la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, el terme de mutilació genital femenina o el risc de partir-la inclou qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar una eliminació total o parcial dels genitals femenins o que produeixi lesions en aquests, encara que consti el consentiment exprés o tàcit de la dona. A aquesta definició, afegiríem que aquesta extirpació o eliminació es fa per raons no terapèutiques, sinó culturals o d'altre tipus.

Agafem la definició de la Llei 5/2008 perquè no només especifica la mutilació practica-da, sinó que inclou el risc de patir-la, de manera que dona peu a iniciar l'actuació profes-sional molt abans que es produeixi.

Pel que fa a les raons de la pràctica, tal com s'indica en el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina del Departament d'Acció Social i Ciutadania (2007), es pot dir que és una pràctica cultural que té lloc en el context d'una comunitat i d'un grup, que la justifica amb creences des d'àmbits molts diversos.

- El costum i la tradició que determinen el rol de la dona dins de 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 la vida del nadó pot estar en risc 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, ja que hom considera els genitals com una part mancada de belle-sa i excessivament voluminosa.
- Els motius religiosos. Sovint es justifica la MGF emparant-se en la religió, apuntant que es tracta d'un precepte islàmic emanat de l'Alcorà. Però no existeix cap precepte islàmic que justifiqui la MGF.

3. Marc Conceptual i Antropològic

En el terreny cultural, té a veure amb el sentiment de pertinença a la comunitat, la complementarietat entre sexes, les cerimònies d'iniciació a l'edat adulta que atorguen identitat ètnica i de gènere. La MGF es converteix en la prova física que garanteix la feminitat de la nena i es tracta d'una pubertat social per a la iniciació a l'edat adulta.

És una pràctica emmarcada en el terme més ampli de “pràctiques tradicionals perjudicials” (PTP) que afecten específicament dones i nenes, com també ho són els matrimonis forçats, l'avortament selectiu, l'alimentació forçada de dones, els tabús o pràctiques que impedeixen a les dones el control sobre la seva pròpia fecunditat, els tabús nutricionals o pràctiques tradicionals relacionades amb el part, la preferència sobre el fill nen (amb totes les implicacions que té aquesta preferència per a l'estatus de la nena), els embarassos en edats immadures o el dot.

El terme “mutilació” es va introduir a finals dels anys setanta, per donar més èmfasi al dany irreversible a la salut de les dones. El 1991 l'adopta la Tercera Conferència del Comitè Interafricà sobre Pràctiques Tradicionals que Afecten la Salut de les Dones i les Nenes d'Addis Abeba i el mateix any l'Organització Mundial de la Salut el recomana com a terme a utilitzar.

En aquest Protocol s'adopta el terme de MGF d'acord amb els nivells d'acceptació per part de la comunitat d'origen africà, les dones conscienciades de molts països i per la comunitat internacional.

3.2. Tipus

El 1995, l'OMS estableix quatre tipus de MGF:

TIPUS I	Supressió del prepuci amb o sense supressió de tot o part del clítoris.
TIPUS II	Supressió del clítoris amb extirpació total o parcial dels llavis menors.
TIPUS III	Supressió de part dels òrgans genitals o tots 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. Raspat del teixit que envolta l'orifici vaginal (talls de l'angurya) o tall de la vagina (talls del gishiri). Introducció de substàncies o herbes corrosives a la vagina per causar sagnat o amb la finalitat d'estrènyer el canal vaginal. Qualsevol altre procediment concordant amb la definició.

Taula 4. Tipus de MGF.

3.3. A quina edat es practica?

L'edat que es practica a les nenes és variable. El més freqüent era fer-ho a nenes d'entre 5 i 14 anys, lligat a un ritus cerimonial de pas a l'edat adulta i sempre abans de la primera menstruació.

Estudis recents han evidenciat una gradual reducció en l'edat de les nenes sotmeses a la MGF, fins al punt que s'arriba a practicar en nadons, un fenomen explicable tant per la facilitat d'ocultar aquestes pràctiques com per evitar qualsevol resistència per part de les nenes (3). Tant la disminució de l'edat en què es practica com l'augment de la seva medicalització han relegat la importància dels aspectes cerimonials que hi estaven vinculats.

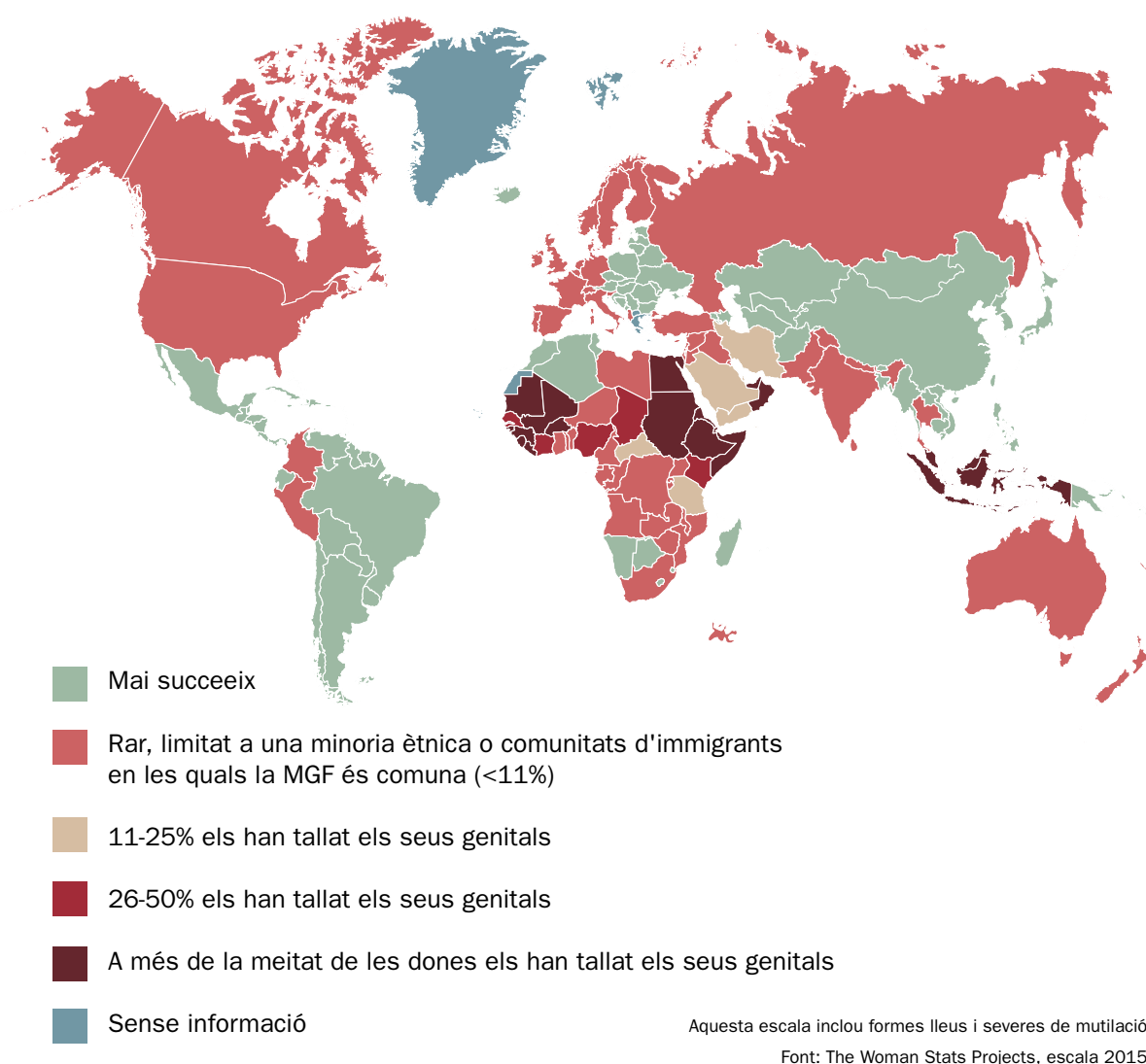
3.4. On es practica i qui ho fa?

La MGF es practica a 29 països de l'Àfrica anomenada subsahariana, alguns països d'Orient Mitjà (Kurdistan iraquià i Iemen) i també s'han trobat indicis de MGF en alguns països asiàtics com Indonèsia, Malàisia o parts de l'Índia, com també en alguna zona de Colòmbia.

No obstant això, amb els moviments migratoris i la globalització, la MGF es troba arreu del món i ha arribat a Europa, Canadà, Estats d'Units d'Amèrica, Austràlia i Nova Zelanda.

20 (3) H. Lightfoot-Klein (1991) Prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation. Second International Symposium on Circumcision in San Francisco. <http://www.fgmnetwork.org/Lightfoot-klein/prisonersofritual.htm>

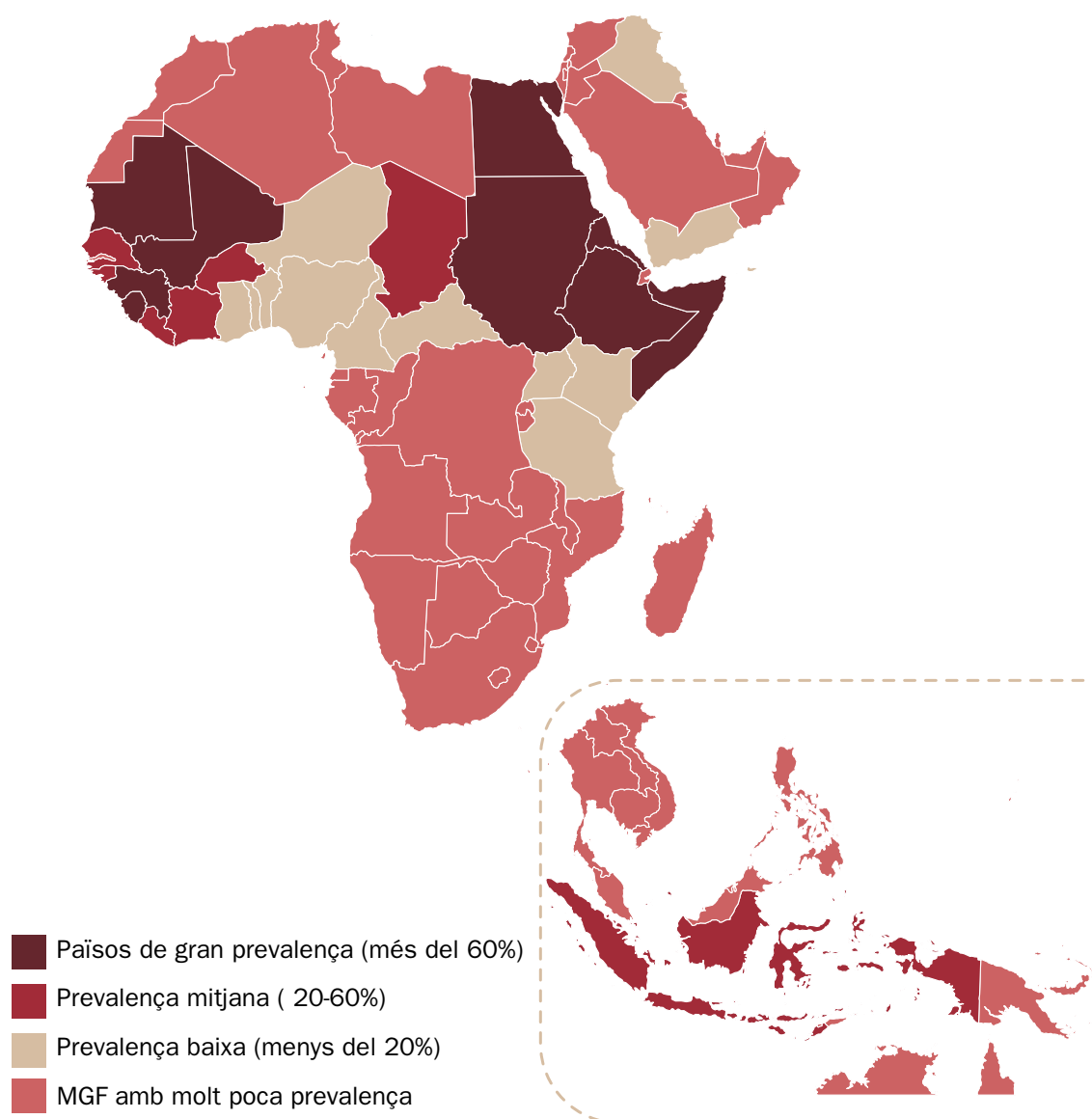
Prevalença de la Mutilació Genital Femenina



Són determinats grups ètnics els que tenen dins de les seves tradicions la pràctica de la MGF.

Atès que no hi ha un mapa que concreti la distribució de les ètnies en el territori africà, ni en els països asiàtics, les prevalences de la pràctica es fan per països. Per tant, la prevalença de cada país dependrà fonamentalment del pes poblacional d'unes ètnies sobre les altres.

Prevalença de la mutilació genital femenina per països. Dades d'enquestes en llars



En alguns països, les dones entre 15 i 49 anys sotmeses a MGF superen el 90%. A Mali, Sudan i Eritrea es troben entre el 80 i el 90%, mentre que a Burkina Faso, Etiòpia i Mauritània entre el 69% i el 80%. En altres països, les taxes nacionals són molt més baixes; però, dins d'aquests països, es pot donar una forta concentració en algunes regions.

3. Marc Conceptual i Antropològic

Per tant, podríem concloure que:

- Dins d'un mateix país hi pot haver ètnies practicants i ètnies no practicants.
- La pertinença a una ètnia practicant és el factor més determinant en les diferents prevalences de la MGF. És a dir, en la gran majoria de grups ètnics que mantenen la MGF entre les seves tradicions, pràcticament totes les dones han estat mutilades.
- Dins de cada ètnia practicant, es poden fer diferents tipus de MGF.
- I si una dona d'ètnia no practicant es casa amb un home d'ètnia practicant, el més probable és que se li practiqui la mutilació abans de casar-se i serà l'home i la família de l'home qui tindrà el pes en la decisió vinculant sobre la realització de la pràctica a les filles.

Tot seguit, es detallen les ètnies practicants identificades amb la correlació de països on resideixen (4).

ÈTNIA PRACTICANT	PAÍS
FULANI (FULBE)	Senegal: població Toucouleur Zona Sahel: poble hausa Mali, Guinea, Camerun, Níger, Burkina Faso, Guinea Bissau, Benín i, en menys mesura, Ghana, Mauritània, Sierra Leone, Togo i Txad.
SONINKE (SARAHOLE, SARA KULE O SARA HULE)	Senegal, Mauritània, Mali, est de Gàmbia, Costa d'Ivori, Guinea Bissau i Burkina Faso
MANDINGA	Gàmbia, Guinea, Guinea Bissau, Senegal, Mali, Sierra Leone, Libèria, Burkina Faso i Costa d'Ivori
BÀMBARA	Mali, Guinea, Burkina Faso i Senegal
DOGONS	Mali
EDO	Nigèria i Benín
IORUBA	Nigèria, Benín i Togo
FANTE (FANTI)	Sud de Ghana i Costa d'Ivori
IGBO (IBO)	Nigèria, Camerun i Guinea Equatorial

Taula 5. Ètnies practicants i països de residència

Aquesta relació entre MGF i la pertinença al grup ètnic és la que suggereix que els factors socials –normes i expectatives de les comunitats– juguen un paper important en la perpetuació de la pràctica.

Respecte a qui la practica, la MGF es practica en nenes per expressa voluntat i convicció de mares, pares i tota la comunitat. Són dones, generalment d'edat avançada i amb autoritat, i amb instruments rudimentaris, en condicions higièniques precàries, amb anestèsics i desinfectants naturals, les que intervenen en les nenes i obtenen beneficis d'aquesta activitat. En alguns països, ho ha començat a practicar personal sanitari i dins de l'estructura sanitària, però no deixa de ser una forma de perpetuar una pràctica que atempta contra la integritat de les nenes.

3.5. Conseqüències

Les organitzacions internacionals (OMS, UNICEF, UNFPA) i els Estats, tant occidentals com africans o asiàtics, estan d'acord que la MGF representa una greu violació de la integritat física, psíquica i moral de les dones i una greu violació d'un dels drets humans fonamentals, el dret a la salut.

Està demostrat per diversos estudis i per la pràctica mèdica diària, que les MGF impliquen greus conseqüències per a la salut física i mental de les nenes i les dones, a curt i mitjà termini, incloent-hi el desenvolupament de malalties concretes. El grau de mutilació condicionarà el tipus de complicació, que serà més greu en el cas de dones infibulades.

A continuació, es detallen les conseqüències immediates a curt i a llarg termini de la MGF, extretes del Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina (2007) del Departament d'Acció Social i Ciutadania i del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit la salut a Catalunya en el Dossier 3, Document operatiu de mutilació genital femenina (2011), del Departament de Salut.

3. Marc Conceptual i Antropològic

Les conseqüències immediates de la pràctica de la mutilació poden ser:

IMMEDIATES	· Dolor agut. · Hemorràgia, que pot derivar en anèmia. · Infecció local. · Ulceració de la regió genital. · Lesió dels òrgans veïns o teixits adjacents. · Retenció urinària. · L'hemorràgia i la infecció poden, fins i tot, causar la mort. · L'impacte psicològic pot portar a situacions de terror, ansietat, depressió, sentiments d'humiliació i trastorns sexuals.
-------------------	---

Taula 6 Conseqüències immediates de la pràctica de la MGF.

Les conseqüències a curt i llarg termini de la pràctica de la MGF poden ser diverses i les podem diferenciar en l'àmbit físic, psicològic i sexual.

ÀMBIT FÍSIC	· Infeccions per VIH, hepatitis o tètanus per l'ús d'instruments no esterilitzats. · Anèmies cròniques. · Alteracions ginecològiques: infeccions vaginals, EIP, hematocolpos, dismenorrea. · Problemes genitourinaris: fistules genitourinàries, retenció, incontinència i/o infeccions urinàries, dolors menstruals, hematocolpos (retenció del contingut menstrual a la vagina), infeccions genitals i esterilitat.
ÀMBIT PSICOLÒGIC	· Depressió, terrors, pors... · Confusió i sentiments de contradicció per la diferència de valors de la societat d'origen i la societat on viuen. · Por al rebuig de la seva gent si no accedeixen a la pràctica de la mutilació genital femenina. · Incerteses i temors de les nenes i adolescents que ara viuen a Catalunya i, havent estat mutilades, prenen consciència de la seva situació. · Por a les primeres relacions sexuals o al part, en les noies o dones que han estat mutilades.

3. Marc Conceptual i Antropològic

	· Sentiments de culpa de mares mutilades que han acceptat o, fins i tot, promogut la pràctica de la mutilació a les seves filles. · Trastorns psicosomàtics: trastorns alimentaris, alteracions del son, malsons, atacs de pànic, dificultats per a la concentració i l'aprenentatge. · En créixer, poden presentar sentiments de pèrdua d'autoestima, depressió, ansietat crònica, fòbies, pànic i, fins i tot, alteracions psicòtiques.
ÀMBIT SEXUAL	· Disminució de la sensibilitat sexual. · Dolor en les relacions sexuals. · Davallada de l'impuls sexual. · Anorgàsmia. · Por i rebuig.

Taula 7. Conseqüències a curt i llarg termini de la pràctica de la MGF.

Per altra banda, en ser una convicció social afavorida per les mares i que tendeix a perpetuar-se per adaptació a allò que fa la resta de la comunitat, si no es mutila la nena, no estarà preparada per a la vida adulta, no podrà casar-se, ni tenir descendència amb ningú. Per tant, les conseqüències per a la nena i la família en l'àmbit comunitari poden ser molt greus i inclouen el rebuig.

Finalment, també especifiquem les complicacions obstètriques i en el nadó:

OBSTÈ- TRÍQUES I EN EL NADÓ	· Necessitat més elevada de cesària i més incidència d'hemorràgies post part. · Probabilitat més elevada d'una hospitalització prolongada. · 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 MGF. · La mortalitat perinatal és més alta en la descendència de dones amb MGF de tipus II i III, i un 22% de morts perinatals s'atribueix als infants nascuts de dones amb MGF.
--	---

Taula 8. Conseqüències obstètriques i en el nadó de la pràctica de la MGF.

4. Marc Legal



INTERNA-CIONAL	· Declaració Universal dels Drets Humans · Tercera Conferència del Comitè Interafricà sobre Pràctiques Tradicionals que Afecten la Salut de Dones i Nenes (Addis Abeba, 1991) · Article 38 Conveni del Consell d'Europa (Istanbul, 2011)
ÀMBIT ESTATAL	· Article 15 de la Constitució espanyola. · Article 149 del Codi penal (Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers). · Llei orgànica 3/2005, de 8 de juliol, del Poder Judicial. · Llei orgànica 1/2014, de 13 de març, de modificació de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial. · Article 11 de la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. · En l'agregant 4.^a de l'art. 22 CP i 156 ter de la Llei orgànica 1/2015.
CATALUNYA	· Resolució 832/VI, de 20 de juny, d'adopció de mesures contra la MGF. · Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. · Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

La comunitat internacional, a través de diferents agències de les Nacions Unides (OMS, UNICEF, UNFPA) i la mateixa Unió Europea, s'ha pronunciat en diferents fòrums, convencions i declaracions contra la MGF, que considera pràctiques que atempten contra els drets humans, els drets de les dones i els de les nenes.

A l'empara d'aquestes resolucions internacionals, la majoria de països occidentals han desenvolupat lleis específiques. 22 dels 28 països d'Àfrica en què existeix prevalença de MGF tenen la legislació pertinent que la prohibeix, per tant, en aquests països la pràctica és il·legal.

Legislar és un avanç important en el reconeixement dels drets fonamentals per part dels governs i crea un marc jurídic des del qual poder treballar. No obstant això, l'impacte en la reducció de la prevalença de la pràctica encara és reduïda.

Així doncs, a escala internacional, ens basarem principalment en:

- La Declaració universal dels drets humans
- Tercera Conferència del Comitè Interàfricà sobre Pràctiques Tradicionals que Afecten la Salut de Dones i Nenes (Addis Abeba, 1991)
- Article 38 del Conveni del Consell d'Europa (Istanbul, 2011)

Internacionalment, la MGF és considerada com una forma de violència de gènere i una violació dels drets humans, amb greus conseqüències sanitàries i psicosocials que perpetuen les desigualtats de gènere. Així ho considera la Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona, aprovada per les Nacions unides el 1979 i ratificada per 187 països, entre ells Espanya, que la va ratificar el 1984. La supervisió de la seva aplicació correspon al Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW, per les sigles en anglès), l'instrument jurídic internacional més important en la història de la lluita sobre totes les formes de discriminació contra les dones.

Les Nacions Unides van llançar una política sobre la MGF el 1990 a través de la Recomanació general número 14 del Comitè de la CEDAW. Posteriorment, el 1992 la MGF va aparèixer de nou en la Recomanació número 19 de la CEDAW sobre la violència contra les dones. Aquesta Recomanació incideix en els aspectes de salut assenyalant que la desigualtat entre dones i homes i la discriminació eren factors determinants per a la MGF. Va ser més tard, en la Declaració sobre l'Eliminació de la Violència contra la Dona, adoptada per les Nacions Unides al desembre de 1993 a Viena, que la comunitat internacional va acceptar la MGF com un fenomen universal de violència de gènere que afecta únicament les dones i la va reconèixer tant en l'àmbit públic com en el privat.

Més tard, l'any 2017, la recomanació 35 del Comitè de la CEDAW actualitza la recomanació 19, en què s'aborda la terminologia de la violència de gènere des del terme violència per raó de gènere contra la dona, a fi de visibilitzar la problemàtica des d'un punt de vista més social que individual. Es fa esment i es remarca que el motiu de la violència contra la dona és la desigualtat entre dones i homes i la discriminació contra aquelles. Per primera vegada s'especifica que la violència per raó de gènere contra la dona es relaciona amb tractes cruels i tortura, especialment respecte a la salut sexual i

reproductiva. Així mateix, la recomanació insisteix en la necessitat de derogar les lleis i normes que permeten qualsevol forma de violència per raó de gènere contra les dones, incloses les pràctiques tradicionals nocives com és la MGF, i fomenta l'aplicació de polítiques preventives per abordar i erradicar els estereotips, els prejudicis i les pràctiques establertes a l'article 5 de la Convenció, que promouen i sustenten la desigualtat estructural entre dones i homes.

L'article 38 del Conveni del Consell d'Europa d'11 de maig del 2011 sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i la violència domèstica, realitzat a Istanbul, relatiu a la MGF estableix:

Article 38 – Mutilacions genitals femenines

Les Parts adoptaran les mesures legislatives o d'altre tipus necessàries per a tipificar el delictes, quan es cometi de forma intencionada:

- a) L'escissió, infibulació o qualsevol altra mutilació de la totalitat o part dels llavis majors, llavis menors o clítoris de la dona;
- b) El fet d'obligar una dona a sotmetre's a qualsevol dels actes enumerats en el punt a) o de proporcionar-li els mitjans per a tal finalitat;
- c) El fet d'obligar o incitar una nena a sotmetre's a qualsevol dels actes enumerats en el punt a) o de proporcionar-li els mitjans per a la citada finalitat.”

El Conveni d'Istanbul és el primer instrument europeu jurídicament vinculant dedicat específicament a la violència contra les dones i és un pas important cap a l'assoliment d'una major igualtat de gènere. Engloba diverses formes de violència de gènere i la MGF és una d'elles. Els governs que l'han subscrit compten per primera vegada amb una eina per posar fi a aquest tipus de violència.

El Conveni estableix de forma clara i inequívoca que no és acceptable cap forma de violència contra les dones i que la llei les ha de perseguir quan es produeixin. Compromet a cada Estat que el ratifica a detectar, prevenir i eliminar la violència contra les nenes i les dones en totes les seves manifestacions: des del maltractament domèstic fins al matrimoni forçat, la mutilació genital femenina o el tràfic amb finalitats d'explotació. Insta a adoptar tant mesures legislatives com punitives: perseguir delictes, protegir les víctimes i castigar qui els perpetra.

Els països que el ratifiquen es comprometen a prendre diferents mesures, entre elles:

- Perseguir internacionalment la MGF, sense que possibles restriccions de la justícia universal puguin ser un impediment;

- Adoptar les mesures necessàries perquè la persecució per raó de gènere sigui tinguda en compte com a causa per obtenir l'asil o protecció subsidiària: el Conveni va inclòs més enllà i recorda als Estats el principi internacional de no devolució, i els compromet a garantir que "les víctimes de violència necessitades de protecció, amb independència de la seva condició o del seu lloc de residència, no puguin ser retornades sota cap circumstància a un país en què la seva vida pugui estar en perill o en el qual puguin ser víctimes de tortura, de tràfic o danys inhumans o degradants".

En l'àmbit estatal, la MGF, independentment del tipus practicat, constitueix un delictes de lesions tipificat en el Codi penal espanyol, d'acord amb la reforma introduïda a la Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers.

Article 149 del Codi penal

1. El que causi a altri, per qualsevol mitjà o procediment, la pèrdua o la inutilitat d'un òrgan o membre principal, o d'un sentit, la impotència, l'esterilitat, una greu deformitat, o una greu malaltia somàtica o psíquica, serà castigat amb la pena de presó de 6 a 12 anys.

2. El que causi a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions serà castigat amb la pena de presó de 6 a 12 anys. Si la víctima fos menor o incapaç, serà aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de 4 a 10 anys, si el jutge ho estima adequat a l'interès del menor o incapaç"

El bé jurídic protegit en aquestes figures delictives té un directe reconeixement constitucional en el **dret a la integritat física i moral, recollit a l'article 15 de la Constitució**, i comprèn:

a) La integritat corporal o física que pot entendre's com l'estat del cos en la seva concreta plenitud anatòmica/funcional interna i externa. Aquesta resultarà alterada a través de tota pèrdua, inutilització, detriment o desfiguració de qualsevol òrgan, membre o part del cos.

b) La menció de la integritat corporal i la salut com a béns jurídics protegits en els delictes de lesions ha merescut una àmplia acollida tant doctrinal com jurisprudencial.

c) La integritat i salut personal, tant físiques com mentals de l'ésser humà, segons la definició de "salut" de l'OMS.

d) El desenvolupament psíquic i físic de la menor.

Quant a la persecució del delicte, la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, la legislació consolidada, va introduir en la seva redacció donada per la Llei orgànica 3/2005, de 8 de juliol, del Poder Judicial, la competència de la justícia espanyola per a perseguir extraterritorialment la pràctica de la mutilació genital femenina.

A l'exposició de motius, especifica que: "la mutilació genital femenina constitueix un greu atemptat contra els drets humans, és un exercici de violència contra les dones que afecta directament la seva integritat com a persones".

En aquesta línia s'inscriu la present Llei orgànica, en possibilitar la persecució extraterritorial de la pràctica de la mutilació genital femenina quan la comissió del delicte té lloc a l'estranger, com en la majoria de casos, aprofitant viatges o estances en els països d'origen d'aquells que es troben al nostre país.

No obstant, el 2014 es pateix un gran retrocés amb l'aprovació de la Llei orgànica 1/2014, de 13 de març del 2014, de modificació de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, relativa a la justícia universal, que tira per terra l'anterior modificació esmentada en limitar el poder dels jutges en assumptes d'extraterritorialitat. Queda fora de la legislació espanyola sobre justícia universal la penalització de la pràctica de la MGF. A partir d'aquí, només es podrà perseguir i jutjar si s'ha dut a terme a Espanya o quan el procediment es dirigeixi contra una persona de nacionalitat espanyola que hagi comès el delicte fora d'Espanya, o quan es dirigeixi contra una persona estrangera resident a Espanya, o quan el delicte s'hagi comès contra una víctima que, en cometre's els fets, tenia nacionalitat espanyola o residència a Espanya, sempre que la persona es trobi en el país.

Ha d'interpretar-se de la manera següent:

4. Igualment, serà competent la jurisdicció espanyola per a conèixer dels fets comesos per espanyols o estrangers fora del territori nacional susceptibles de tipificar-se, segons la llei espanyola, com algun dels següents delictes quan es compleixin les condicions expressades:

i) Delictes regulats en el Conveni del Consell d'Europa d'11 de maig del 2011 sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica, sempre que:

1. El procediment es dirigeixi contra un espanyol.
2. El procediment es dirigeixi contra un estranger que resideixi habitualment a Espanya.
3. El delicte s'hagués comès contra una víctima que, en el moment de la comissió dels fets, tingués nacionalitat espanyola o residència habitual a Espanya, sempre que la persona a qui s'imputi la comissió del fet delictiu, es trobi a Espanya. [...]

De totes maneres, s'ha de tenir present que a l'article 149 del Codi penal continua apareixent la MGF com un delicte de lesions. En l'actualitat, la MGF no apareix de forma explícita a la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, encara que a través de la lletra i) de l'apartat 4 de l'article únic s'arriba a la mutilació.

Pel que fa a la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència, a l'article 11 s'introdueix com a principi rector de l'actuació administrativa la protecció de les persones menors d'edat contra qualsevol forma de violència, incloent-hi la produïda en el seu entorn familiar, de gènere, el tràfic d'éssers humans i la mutilació genital femenina, entre d'altres. D'acord amb això, els poders públics desenvoluparan actuacions de sensibilització, prevenció, assistència i protecció enfront de qualsevol forma de maltractament infantil.

Amb la Llei orgànica 1/2015, de 30 de març, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal, en matèria de violència de gènere i domèstica, es duen a terme algunes modificacions per reforçar la protecció especial que actualment dispensa el Codi penal per a les víctimes d'aquest tipus de delicte, però no s'introdueix cap reforma de l'article 149.

Serien d'aplicació les següents modificacions en el cas de la MGF:

1. En primer lloc, incorpora el gènere com a motiu de discriminació en l'agreujant 4.^a de l'art. 22 CP (com a conseqüència del Conveni d'Istanbul) i seria possible aplicar aquest agreujant al delicte de l'art. 149 del CP.

2. L'article 85 de la Llei 1/2015 afegeix un nou article, 156 ter, amb la redacció següent: "als condemnats per la comissió d'un o més delictes compresos en aquest Títol, quan la víctima fos alguna de les persones a les quals es refereix l'apartat 2 de l'article 173 se'ls podrà imposar a més una mesura de llibertat vigilada."

En el marc català, el 2001 el Parlament va aprovar la Resolució 832/VI, de 20 de juny, d'adopció de mesures contra la MGF instant la Generalitat de Catalunya a adoptar mesures de prevenció i benestar dins de les àrees de salut, educació i serveis socials.

Arran d'aquesta resolució, s'encomana el treball a una comissió de persones expertes i el 2002 es presenta el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina de la Generalitat de Catalunya (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per la Immigració), dirigit a professionals de la salut, els serveis socials d'atenció primària, les escoles, la policia i altres associacions de prevenció.

Les lleis estatals promulgades posteriorment van obligar a una revisió del protocol per part de la Comissió de Seguiment. En aquesta versió revisada s'assenyala que el protocol "es complementarà i es coordinarà amb el Protocol marc i circuit nacional per una intervenció coordinada contra la violència masclista."

El 2008, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret a les dones a erradicar la violència masclista, que té en compte diferents resolucions i directrius del Parlament europeu sobre la MGF com una forma de violència de gènere, de manera que el 2009 es va reimprimir el protocol, incloent-hi el marc legal a Catalunya.

Finalment, el 2010 es va aprovar la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, una llei específica que estableix la prevenció, atenció i protecció de les nenes que han estat sotmeses a MGF o que corren el risc de patir-la.

Aquesta llei, a l'article 102 del capítol II, les situacions de risc, estableix en el punt h) dins de les situacions de risc: les pràctiques discriminatòries, per part dels progenitors o titulars de la tutela o de la guarda, contra les nenes o les joves, que comportin un perjudici per al seu benestar i salut mental i física, incloent-hi el risc de patir l'ablació o la mutilació genital femenina i la violència exercida contra elles.

5. Principis de l'Actuació Professional



Els principis de l'actuació professional:

* DEFENSA DELS DRETS HUMANS	* FOMENT DELS DRETS DE LES DONES, AMB UN POSICIONAMENT EN CONTRA DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA	* PROMOCIÓ DE LA PROTECCIÓ A LA INFÀNCIA
* POSAR EL MÀXIM ÈMFASI EN LA PREVENCIÓ, INCLOENT-HI LA COMUNITAT EN EL TREBALL	* GENERAR ESPAIS DE SENSIBILITZACIÓ, FORMACIÓ I INTERCANVI DE CONEIXEMENT	* COORDINACIÓ I TREBALL EN XARXA

El lloc comú en què totes les professionals ens podem trobar és:

- La defensa dels drets humans
- La promoció de la protecció a la infància
- El foment dels drets de les dones i les nenes, amb un posicionament en contra de la violència masclista.

Aquest lloc comú són principis que es poden incorporar des de tots els àmbits professionals i en tots els nivells d'aquests àmbits.

Què significa tenir aquests principis en la temàtica que ens ocupa?

Significa el següent:

- Reconèixer que els drets civils, polítics, socials, econòmics i culturals són indivisibles i interdependents.
- Assumir que la indivisibilitat i interdependència dels drets constitueix un punt de partida crucial per abordar tota l'àmplia gamma de factors subjacents a la perpetuació de la pràctica de la MGF.
- Establir com a universals els drets de les dones i de les nenes a la integritat física i psíquica.
- I, finalment, significa que la incorporació de valors diversos procedents de cultures diferents no pot servir per emparar la violació de drets. La pràctica de la MGF no s'inclouria dins del dret a la llibertat ideològica i de creences.

5. Principis de l'Actuació Professional

Així doncs, l'assumpció d'aquests principis suposa que les actuacions professionals vagin en la direcció de la interculturalitat: cap a l'intercanvi i comunicació entre cultures.

Si la intervenció passa per l'intercanvi i la comunicació entre cultures, vol dir que l'èmfasi s'ha de posar necessàriament en la prevenció. I prevenir requereix tenir temps: quan el viatge és imminent o quan hem d'anar amb presses pels motius que siguin, podem acabar imposant, enviant la família a la punició legal amb conseqüències nefastes per a la nena i la seva família.

La Llei i la regulació legal és necessària perquè estableix una referència del que no està permès; però és això, una referència i una última opció quan la resta d'opcions veritablement no han funcionat.

La solució no és castigar ni separar la menor de la seva família, sinó acompanyar la reflexió, la presa de consciència sobre els efectes i assolir un posicionament propi de la família i la comunitat que faci prevaldre la integritat física i psíquica de les seves filles.

Aquesta prevenció és important que es dugui a terme **pensant en la comunitat**, no només en les persones que la constitueixen a la nostra localitat, sinó en els seus usos, costums, significats i valors. No significa fer tan sols un treball directe amb les persones que la constitueixen, primerament les dones, sinó que vol dir també saber d'elles i comprendre. És en el terreny dels significats i amb la finalitat de la protecció de les filles que podem entendre'ns millor.

Aquesta forma de treballar requereix **generar espais de sensibilització, formació i intercanvi de coneixement entre professionals i amb la comunitat**. La finalitat d'aquests espais és capacitar les professionals, consolidar el treball en xarxa i anar creixent conjuntament a mesura que s'actua i s'intervé. La continuïtat de les trobades és bàsica perquè manté actius els compromisos i les connexions i possibilita el consens d'actuacions. Els aprenentatges es fan en el camí; no són cap cosa estàtica i puntual, aprenem mentre fem, aprenem mentre vivim i aprenem mentre treballem.

Finalment, el darrer dels principis de l'actuació professional és la coordinació i el treball en xarxa. Considerem que és un tema que s'ha d'abordar de forma coral, entre els diferents serveis. No és recomanable deixar-lo en mans d'una professional o d'un únic àmbit, sinó que necessitem comptar amb el suport, l'actuació i la resposta dels diferents agents i, sobretot, d'aquells que tenen més vinculació amb la família en concret i/o la comunitat.

6. Incidència a Rubí



Degut al fet migratori, la pràctica de la MGF ja no es restringeix únicament als països on tradicionalment es duia a terme, sinó que forma part del bagatge cultural de les persones que viatgen. És per aquest motiu que s'afirma que la MGF està en diàspora, no és una qüestió d'allà sinó que també és d'aquí.

Mentre que en els països on es practica s'estudia la prevalença a través d'enquestes, en els països de la diàspora s'utilitza l'apropament demogràfic, és a dir, les dades del padró. En el padró consta la població migrada independentment de si aquestes persones tenen o no la situació juridicoadministrativa regularitzada.

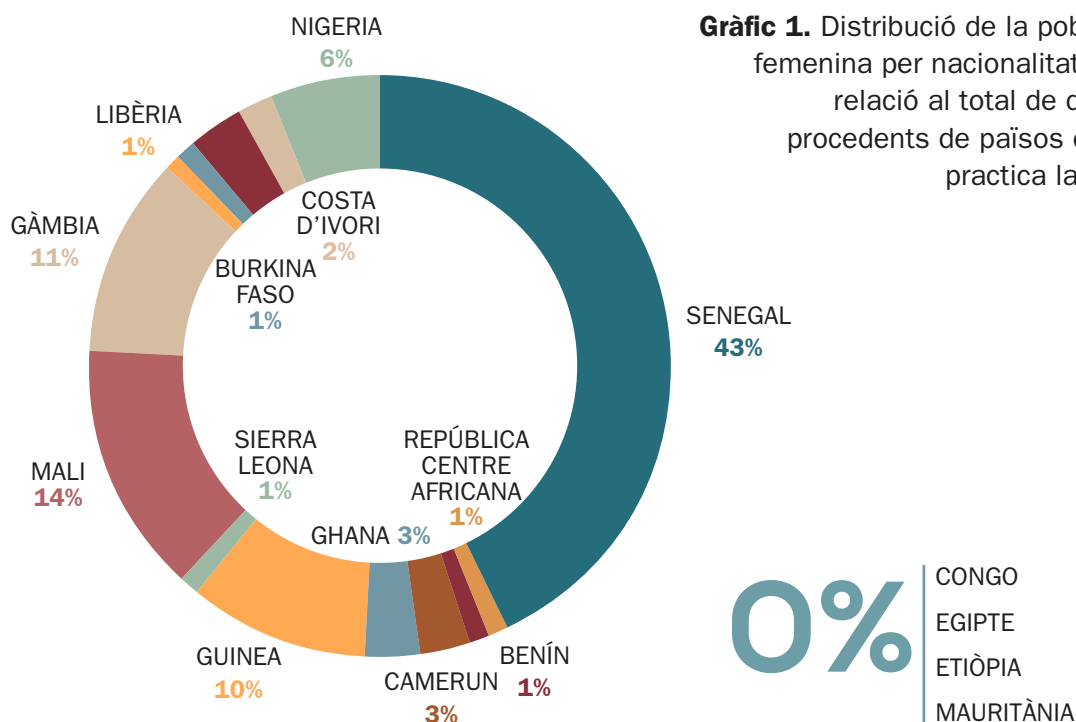
Tal com especificàvem en l'apartat de Diagnosi del present Protocol, les dades demogràfiques s'han extret d'aquells països amb prevalences estudiades per l'Organització Mundial de la Salut. És a dir, no s'han pogut incloure països com Indonèsia, Iraq, de l'Europa de l'Est o Colòmbia, perquè no es coneixen dades de prevalença ni es tenen identificades ètnies practicants com en la població d'origen africà. El fet que, en aquest moment, ens centrem en països de l'Àfrica no ens ha de fer oblidar que la pràctica es produeix en altres indrets del món i, per tant, hem de mantenir activa la possibilitat d'incorporar altres nacionalitats en la tasca preventiva si van apareixent més estudis de prevalença o indicadors que permetin identificar-los i el consegüent treball en l'àmbit local.

A Rubí, respecte a les dades demogràfiques, el Senegal ocupa el primer lloc en el nombre de dones i nenes (79 amb nacionalitat i 67 país d'origen), seguit de Mali (26 de nacionalitat i 17 de país d'origen), Gàmbia (21 de nacionalitat i 19 de país d'origen) i Guinea (19 de nacionalitat i 19 de país d'origen).

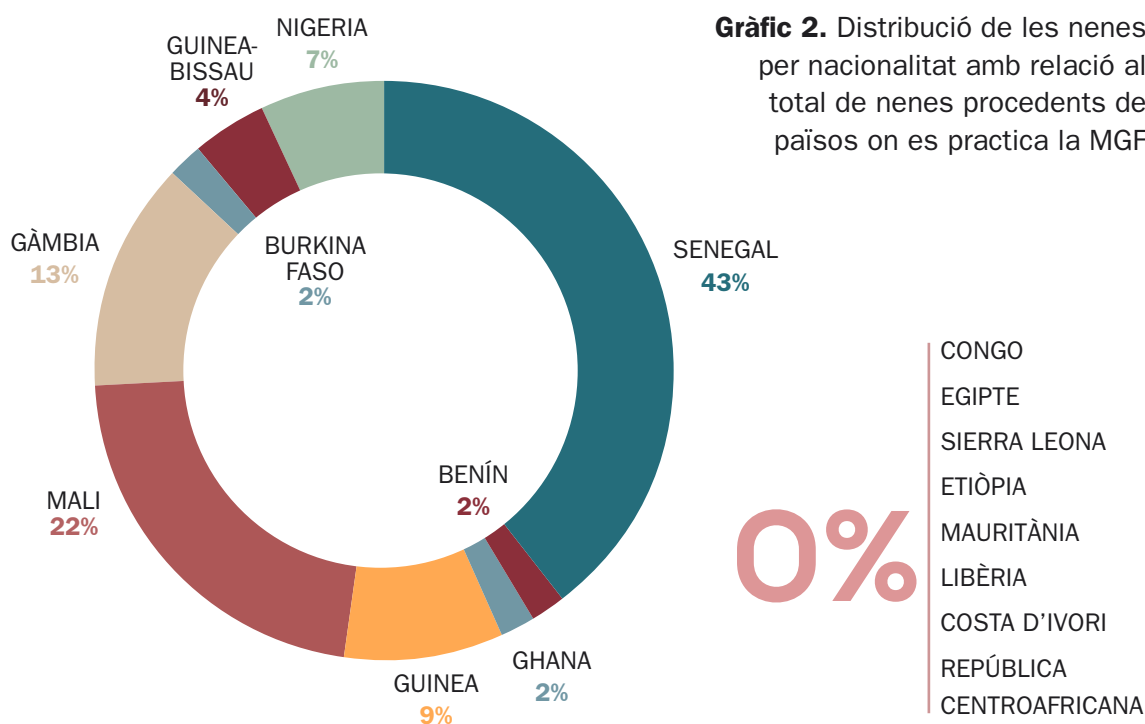
En el gràfic següent, es pot extreure un retrat de la distribució de la població femenina per nacionalitat a la localitat de Rubí respecte al total de dones procedents de països en els quals es practica la MGF.

6. Incidència a Rubí

Gràfic 1. Distribució de la població femenina per nacionalitat amb relació al total de dones procedents de països on es practica la MGF

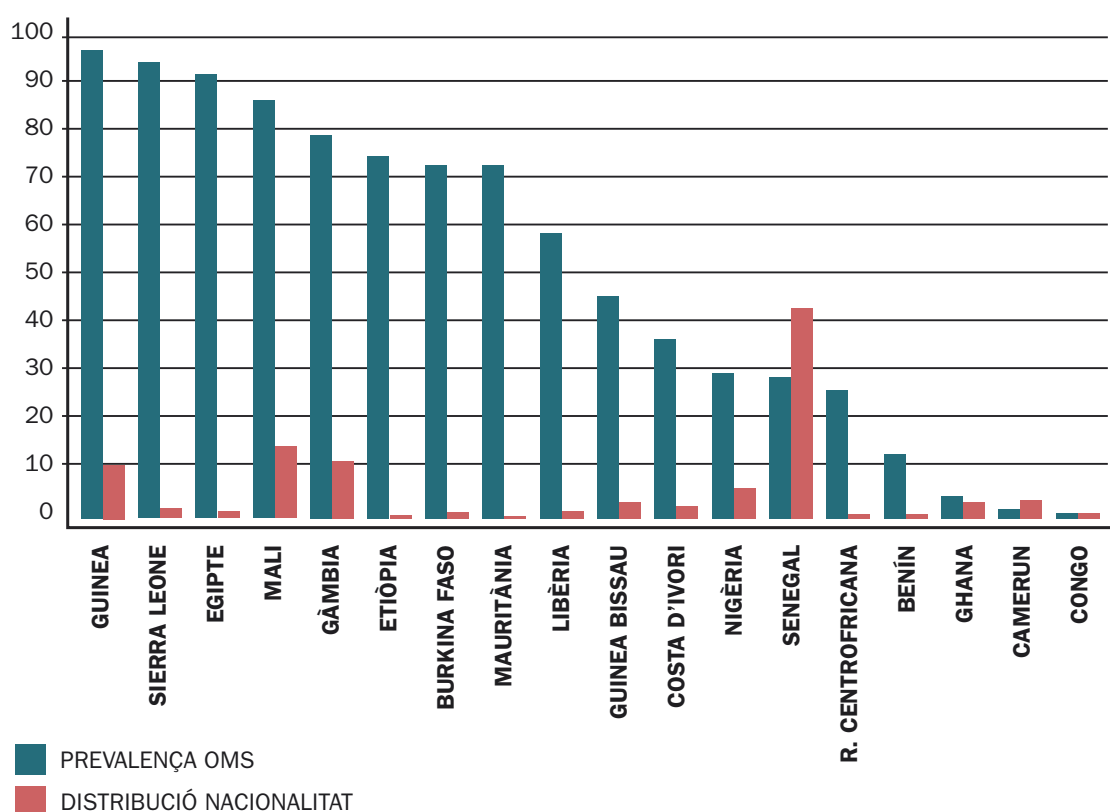


Gràfic 2. Distribució de les nenes per nacionalitat amb relació al total de nenes procedents de països on es practica la MGF



A l'hora de valorar el risc de patir MGF que corren aquestes nenes s'ha de tenir en compte la prevalença a cada país. No suposa el mateix risc procedir d'un país que d'un altre. Per tant, si creuem les dades sobre la representació poblacional a Rubí amb el mapa de prevalença de la MGF a Àfrica, l'ordre canvia i es podria classificar de la manera següent:

Gràfic 3. Distribució poblacional a Rubí tenint en compte la prevalença de l'OMS



Podem veure com tenen representació significativa dones i nenes de països amb una alta prevalença de la pràctica, com són Guinea, Mali i Gàmbia.

En conclusió, existeix població originària de països on es practica la MGF i d'ètnies practicants, segons veïem a l'apartat de diagnosi del present Protocol. **Un 46% de les nenes i un 37% de les dones que resideixen a Rubí provenen de països amb prevalences de la pràctica superiors al 75%.** Per tant, aquestes elevades prevalences han de servir d'avís mentre que el nombre total limitat ens ha de servir d'incentiu per a una intervenció decidida i coordinada.

7. Nivells d'Intervenció



CIRCUIT PER A UNA INTERVENCIÓ COORDINADA EN MGF

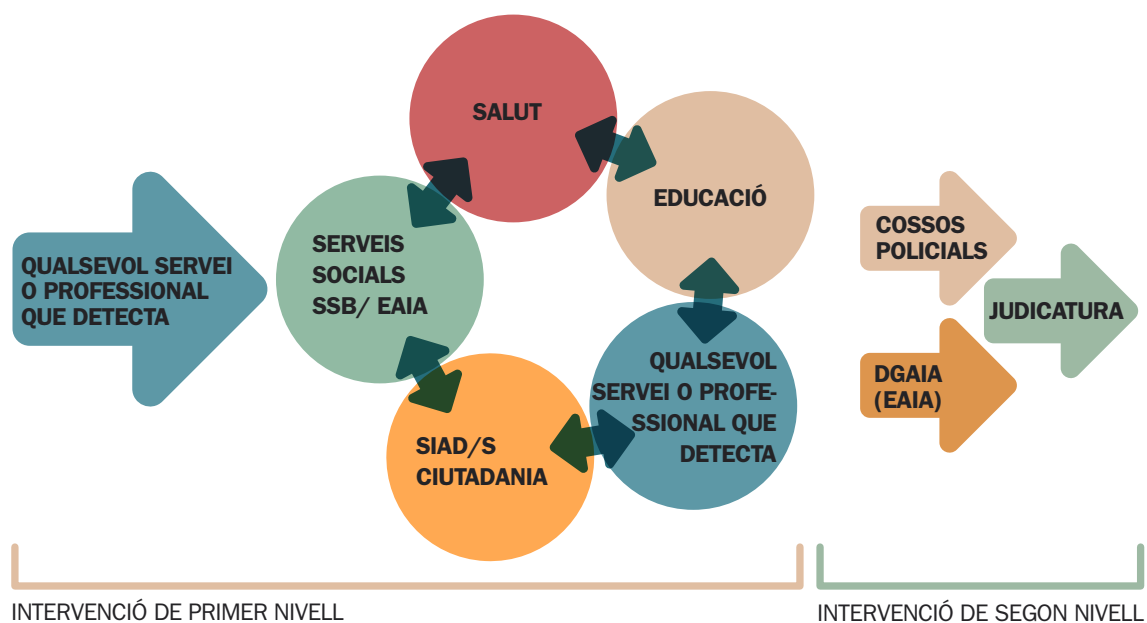
7. Nivells d'intervenció

En aquest apartat, s'organitza l'actuació professional per a la prevenció de la pràctica de la MGF en diferents subapartats: protagonistes de la intervenció i nivells d'intervenció. Dins dels nivells d'intervenció, s'inclou la valoració del risc i els diferents tipus d'actuació segons la valoració del risc, entre d'altres.

7.1. Protagonistes de la intervenció

Tal com estem explicant al llarg del present Protocol, les protagonistes del procés de canvi volem que siguin progressivament les dones de la mateixa comunitat, acompanyades per l'Administració.

Alhora, en el camp professional, s'han volgut distingir i classificar els serveis en funció de les possibilitats i competències de treball relacionades amb la pràctica de la MGF.



Taula municipal MGF

La Taula municipal MGF estarà constituïda per equips permanents de primer nivell, equips de suport i equips de segon nivell amb participació motivada pel cas.

Els equips permanents de primer nivell seran els que fan una tasca de detecció i prevenció constant, amb una relació directa amb la comunitat. Aquests serveis son: Serveis Socials, Salut (representada per la treballadora social, pediatria i professionals de l'ASSIR) i Educació (escoles, instituts, EAP, altres recursos educatius). Es considera que és **Salut qui té el lideratge i les raons mèdiques i sanitàries tenen un pes fonamental en el procés de presa de consciència i de canvi de la comunitat.**

Els equips de suport seran el SIAD i el Servei de Ciutadania, que tindran la finalitat d'aportar metodologia, l'enfocament des dels drets de les dones i els drets humans, i l'activació dels recursos necessaris.

Finalment, els equips de segon nivell, amb participació motivada pel cas, seran: EAIA i cossos policials (Mossos d'Esquadra). Aquests equips professionals no se situen tant en la prevenció, com més aviat en la neutralització del risc. Poden servir als equips permanents de primer nivell en la gestió específica de determinats casos que convé prevenir i es fa necessari activar-los. Convé que estiguin informats de les accions preventives i del treball continu amb la comunitat.

En el cas de l'EAIA, s'ha de concretar que poden intervenir en el primer nivell amb funcions d'assessorament en matèria de protecció a la infància als equips de la Taula preventiva; però també podran intervenir en un segon nivell, directament amb la família, per neutralitzar el risc.

Objectius de la Taula municipal MGF

Objectius generals

*** CONSTRUIR UN MARC DE COOPERACIÓ I UN CIRCUIT D'INTERVENCIÓ ENTRE LES DIFERENTS PROFESSIONALS PER PREVENIR, DETECTAR I INTERVENIR DAVANT SITUACIONS DE MGF.**

*** GARANTIR QUE CAP DONA O NENA QUE VIU A RUBÍ NO SIGUI VÍCTIMA DE MGF**

Objectius específics

*** FOMENTAR LA COORDINACIÓ ENTRE PROFESSIONALS**

*** ASSENTAR UN PROTOCOL (CIRCUIT) MUNICIPALITZAT DE PREVENCIÓ DE LA MGF**

*** RECOLLIR LES DADES NECESSÀRIES PER PLANIFICAR EL TREBALL**

*** FOMENTAR AQUELLES ACCIONS NECESSÀRIES AL MUNICIPI A FI DE PREVENIR LA MGF**

*** FER UN SEGUIMENT I RECOLLIDA D'EXPERIÈNCIES RESPECTE A CASOS CONCRETS**

Així doncs, creiem que una tasca bàsica en aquest tema és determinar els subjectes de l'actuació i l'ordre en què s'han d'activar. Alhora, el fet de ser una Taula constituïda i amb trobades regulars al llarg del temps, permet la planificació, la centralitat en la prevenció i en l'articulació dels recursos necessaris per dur-la a terme, i també fa que s'erigeixi com un espai de referència per a tota la xarxa professional.

Qualsevol servei de la xarxa podria detectar una presumpta pràctica de MGF. Però un cop detecti factors de risc o indicadors de sospita, convé que traslladi la informació als serveis referents perquè puguin activar la Taula preventiva i el treball amb la família.

Finalment, en la fase de reparació-recuperació, es tornaria a incorporar Salut per a la reparació física però també per a la psicològica, afegint-hi serveis com CSMIJ, CSMA, CDIAP, ASSIR. També es comptaria amb el SIAD per a la recuperació psicològica

7.2. Nivells d'intervenció

Tot seguit s'exposen els diferents nivells d'intervenció possibles, que estableix la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, i el Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista (Institut Català de les Dones, 2009). En un nivell concret, es té en compte també el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina (Secretaria per a la Immigració del Departament d'Acció Social i Ciutadania 2007).

Així doncs, ambdós protocols i la Llei estableixen els nivells d'intervenció següents:

- Sensibilització i prevenció;
- Detecció;
- Atenció;
- Reparació i recuperació.

SENSIBILITZACIÓ:	El conjunt d'accions pedagògiques i comunicatives encaminades a generar canvis i modificacions en l'imaginari social que permetin avançar cap a l'erradicació de la violència masclista.
PREVENCIÓ:	El conjunt d'accions encaminades a evitar o reduir la incidència de la violència masclista per mitjà de la reducció dels factors de risc, i impedir-ne així la normalització, i les encaminades a sensibilitzar la ciutadania, especialment les dones, en el sentit que cap forma de violència no és justificable ni tolerable.
DETECCIÓ:	La posada en marxa de diferents instruments teòrics i tècnics que permetin identificar i fer visible la problemàtica de la violència masclista, tant si apareix de forma precoç com de forma estable, i que permetin també conèixer les situacions en les quals s'ha d'intervenir, per tal d'evitar-ne el desenvolupament i la cronicitat.
ATENCIÓ:	El conjunt d'accions destinades a una persona perquè pugui superar les situacions i les conseqüències generades per l'abús en els àmbits personal, familiar i social, tot garantint-ne la seguretat i facilitant-li la informació necessària sobre els recursos i els procediments perquè pugui resoldre la situació.
RECUPERACIÓ	L'etapa del cicle personal i social d'una dona que ha viscut situacions de violència en què es produeix el restabliment de tots els àmbits danyats per la situació viscuda.

REPARACIÓ	El conjunt de mesures jurídiques, econòmiques, socials, laborals, sanitàries, educatives i similars, preses pels diversos organismes i agents responsables de la intervenció en l'àmbit de la violència masclista, que contribueixen al restabliment de tots els àmbits danyats per la situació viscuda.
------------------	--

Taula 9. Nivells d'intervenció.

En aquest Protocol, la definició que incorporem és la següent:

LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA PRACTICADA O EL RISC DE PATIR-LA

El fet d'incorporar aquesta definició suposa un repte per a les persones professionals perquè implica estar pendents i actuar molt abans que s'hagi produït la MGF ("el risc de patir-la").

Per tant, l'actuació professional es mourà entre criteris objectius i criteris subjectius. La relació interpersonal, els matisos, els silencis, les paraules i les impressions jugaran un paper també en la valoració de la situació i la determinació del procés de treball.

Així doncs, el contingut dels nivells d'intervenció que s'exposaran a continuació inclouen també el risc de patir la MGF i, per tant, incorporen l'actuació preventiva en el nucli dur de l'atenció professional.

Sensibilització i prevenció

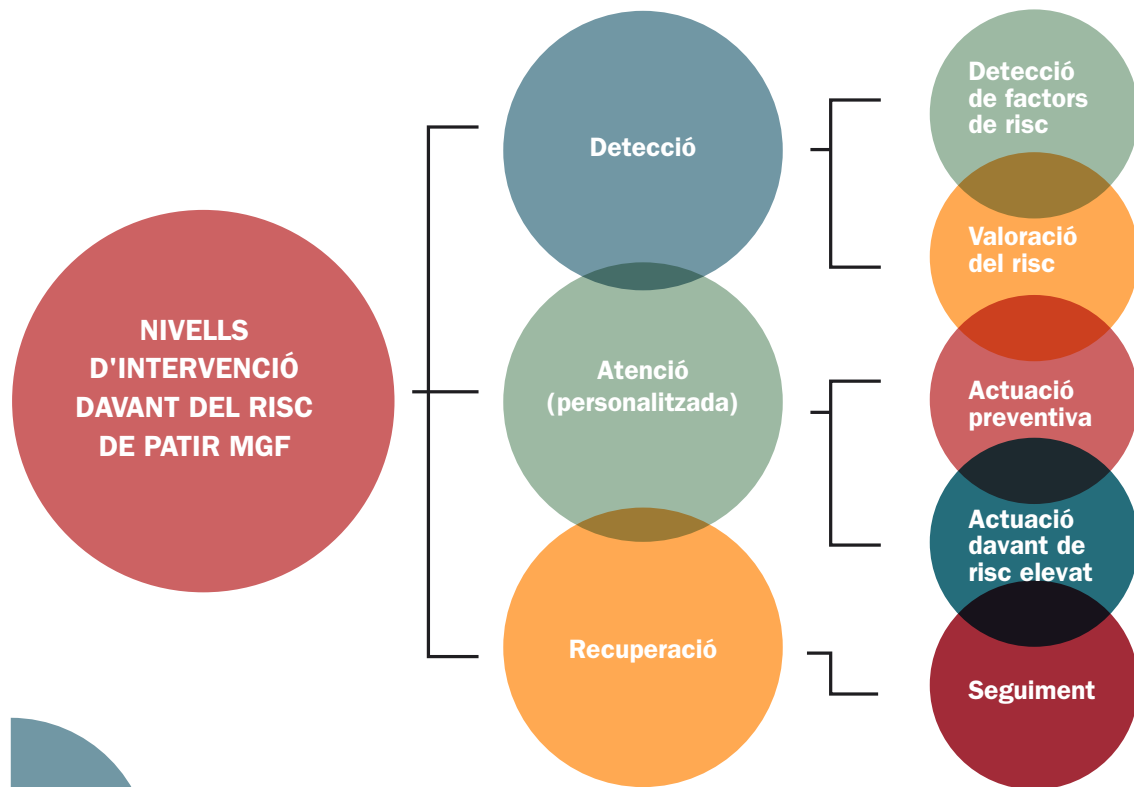
La població diana de les accions de sensibilització i de prevenció està formada per les professionals, la ciutadania, la comunitat d'origen africà i les famílies.

La sensibilització de les professionals es realitza a través de les formacions però també amb la participació a la Taula municipal MGF i en l'elaboració del Protocol.

A la ciutadania es fa per mitjà de les campanyes de sensibilització, per exemple, amb la commemoració del Dia Internacional de Tolerància Zero amb la mutilació genital femenina que es commemora anualment el 6 de febrer.

Amb la comunitat, s'estableixen dinàmiques de col·laboració i de treball conjunt, perquè progressivament entomin el canvi.

7.2.1. Nivells d'intervenció en cas de risc de patir MGF



Detecció

En la MGF, els factors de risc de patir-la són:

1. Pertànyer a ètnies que practiquen la MGF o bé que el marit o futur marit pertanyi a ètnies que practiquen la MGF.
2. Pertànyer a una família en què la mare i/o germanes grans l'hagin patida.
3. Pertànyer a un grup familiar practicant que tingui molt present el mite de retorn al país d'origen.
4. Proximitat d'un viatge que pugui fer o unes vacances que pugui passar la menor al país d'origen.
5. Verbalització per part de la família d'una posició favorable a la MGF.

Aquesta detecció del risc es pot produir:

- Per testimoni directe de les dones mutilades, que podria ser a Salut, Serveis Socials i/o Educació.
- Per comprovació directa en l'exploració clínica, que seria per part de Salut.

La identificació d'un o d'uns quants d'aquests factors de risc ens han de posar en avís per comprovar amb la família, preferiblement primer la mare, les qüestions següents:

1. Quines creences, valors i posicionament sobre la pràctica tenen la mare i en el pare.
2. Si disposem de marge temporal per actuar i quin és aquest marge.
3. Si existeixen antecedents en la pràctica en germanes o familiars directes.
4. I si reben pressions per part de la comunitat d'origen perquè la practiquin a les seves filles.

Els factors de risc, la informació de la família i el contacte amb aquesta permetran extreure aquesta **VALORACIÓ DE RISC** i l'actuació personalitzada específica per a aquesta família en aquest moment, el tipus d'actuació i el temps per portar-la a terme.

Tot seguit, es detallaran dos tipus d'actuacions davant d'un risc de patir-la comprovat. Aquests dos tipus no són categòrics, sinó que podrien formar part d'un continuïum.

La personalització de les actuacions duu al fet que no ens quedem encotillades en cap categoria, sinó que aquests tipus els hem de viure com un plantejament de base i com una eina que s'adaptarà i flexibilitzarà a la realitat de cada moment.

Atenció

ACTUACIÓ PREVENTIVA

L'actuació preventiva consisteix en totes aquelles accions que les professionals porten a terme amb la família al llarg del temps. És l'actuació que anteposa l'establiment d'una relació de confiança, respecte i intercanvi d'informació, coneixements i experiències entre les professionals i la família, vencent la barrera idiomàtica.

La manera com és acollida la família, com es conviu amb la diferència, com es transmet la forma de viure pròpia i els posicionaments respecte a determinades qüestions culturals o de drets ha d'estar cada vegada més en la base i els procediments de qualsevol àmbit professional. Ens trobem en un moment en què afloren gran diversitat de creences, posicionaments i pensaments. És tasca de les professionals partir d'aquesta realitat, saber i ser a temps d'encaminar aquesta diversitat cap a punts de trobada i d'entesa.

Aquesta relació al llarg del temps hauria de permetre treballar amb la família situant el benestar de la filla en el centre, donant a conèixer els drets de la infància, informant sobre aspectes de salut i també anar treballant a poc a poc les conseqüències per a la salut de la pràctica de la MGF. La professional ha d'equilibrar el posicionament en contra, juntament amb l'obligació legal d'actuar, amb la disposició al diàleg i a l'escolta. Només escoltant i entenent els motius, es pot treballar per al canvi d'actituds.

Alhora, segons el punt en què es trobi la comunitat d'origen africà resident a Rubí, si existeixen líders autoritzades o si es compta amb la participació d'una mediatadora intercultural, es pot valorar també que participi en aquest procés de conscienciació de la família.

Finalment, si s'aconsegueix que la família es posicioni en contra de la pràctica i es valora que ofereix prou garanties, se li reforçarà aquest posicionament, se li podrà oferir la signatura del compromís preventiu, i es pactarà una revisió mèdica de la menor a la tornada i el seguiment de la família.

En cas que ho comparteixin amb la professional, es proporcionaran a la família eines per gestionar aquest posicionament amb la comunitat d'origen.

COMPROMÍS PREVENTIU (5)

Seguint les indicacions de la Guía de aplicación del compromiso preventivo para profesionales de atención primaria de la Fundació Wassu, el compromís preventiu és una part del treball de prevenció i del procés de sensibilització. La signatura no ha de ser el primer element de contacte del personal d'atenció primària amb la família. Per tant, l'obtenció de la signatura del compromís no és una finalitat en si mateixa.

El compromís preventiu és una eina voluntària i de comú acord per a les famílies davant d'un viatge al país d'origen; són els pares i les mares les que decideixen el seu ús. Els pot servir per reforçar la seva posició enfront de les pressions socials i familiars en origen.

Requereix d'un alt nivell de protecció i confidencialitat dins de la història clínica. El compromís preventiu és propietat de la mare i el pare o de la persona tutora de la menor i no té implicacions legals.

Finalment, hauria de ser el registre el que demostra que les persones professionals, coneixent una situació de risc, han fet l'aproximació preventiva i han informat el pare i la mare de les conseqüències que pot implicar la realització de la pràctica, tant legals com sanitàries, socials i educatives.

Relació de confiança i respecte al llarg del temps



ACTUACIÓ DAVANT DE RISC ELEVAT

En cas que la valoració de risc dugui les professionals a considerar que hi ha un risc elevat per a la menor, es considera important activar de forma urgent la Taula municipal amb els objectius de:

- Planificar l'actuació;
- Marcar-ne els objectius;
- Establir qui lidera l'actuació amb la família.

En funció de quins factors de risc existeixin, del tipus de relació que la família té amb cada servei, del coneixement de què disposem sobre les creences i el seu posicionament sobre la MGF, més enllà de pertànyer a una ètnia practicant, s'empendrà un tipus d'actuació o un altre.

Per exemple, no és el mateix que la família ja disposi de data per al viatge en els propers dies que hagi manifestat un posicionament a favor de la MGF sense viatge programat. Cada situació i cada família requeriran un pla d'actuació específic. Per això, com més consensuat estigui entre els diferents serveis, millor.

Es recomanaria, doncs, que el procés d'informació sobre les conseqüències de salut i legals el faci aquell servei que la família viu més proper i amb el qual pugui estar més receptiva o procliu al canvi.

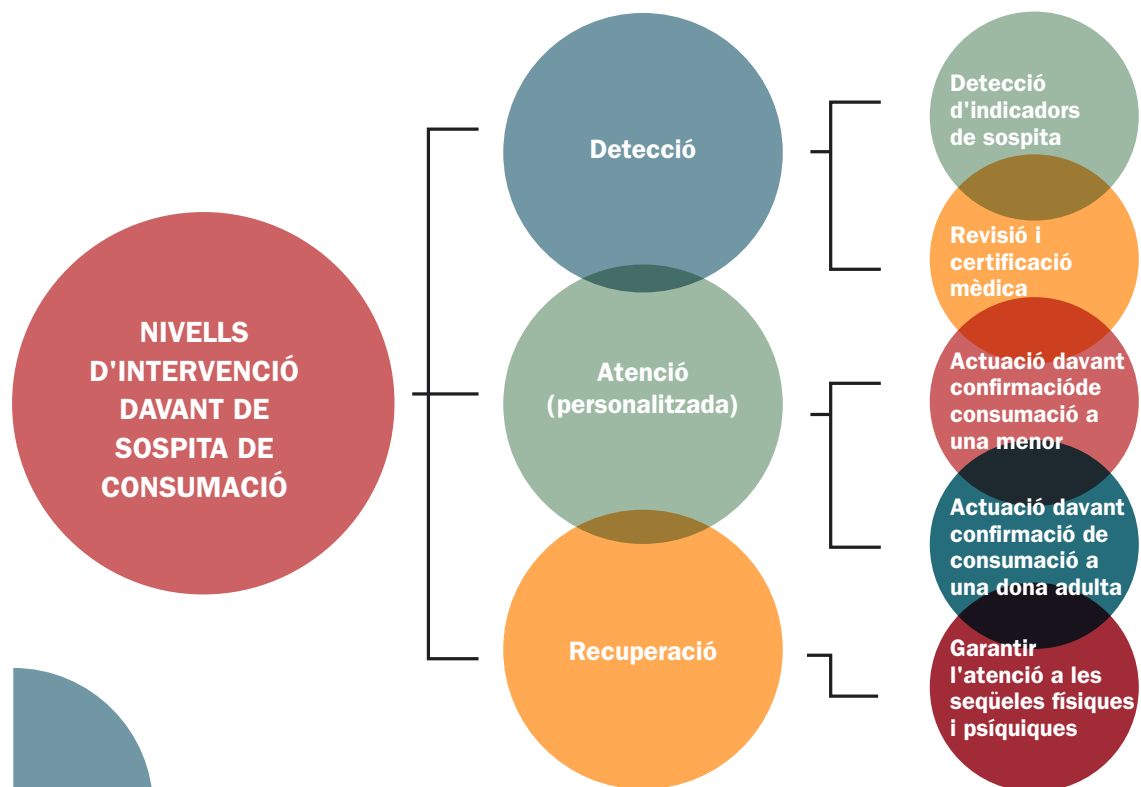
També convé valorar si es parla primer amb la mare i en quin moment s'incorpora el pare. D'entrada, no es recomanaria intervenir amb tots dos alhora. Cal tenir en compte que, habitualment, la dona té un lloc diferent de l'home en aquestes comunitats i també hem de considerar la possibilitat que la dona estigui més sensibilitzada. Moltes vegades, la mare mateix ens indicarà si és convenient que hi participi el pare. Evidentment, si no hi ha prou temps, la intervenció s'ha de fer conjuntament.

Després d'aquest contacte amb la família, en funció de la resposta, les actuacions aniran en direccions completament diferents. Si la família dona garanties, se li reforçarà aquest posicionament en contra de la pràctica, se li podrà oferir la signatura del compromís preventiu, es pactarà una revisió mèdica de la menor a la tornada i el seguiment de la família. També se li proporcionaran eines per gestionar aquest posicionament amb la comunitat d'origen.

Si la família no dona garanties, es valorarà novament amb la Taula municipal i s'acordaran nous passos. En aquest punt, es pot sol·licitar la intervenció de l'EAIA i dels cossos policials. Aquests organismes poden aportar elements a la xarxa de professionals i constituir-se com l'autoritat per a les famílies. En la intervenció d'aquests organismes, convé que facin èmfasi en la centralitat de la protecció a la infància i en com les mesures legals van en aquesta direcció.

Si la família continua sense oferir garanties i/o el viatge al país d'origen és imminent, convindrà comunicar-ho a l'estament judicial, fiscalia i jutjat, perquè valorin si s'han de determinar mesures cautelars per a protegir la menor, i a la DGAIA.

7.2.2. Nivells d'intervenció en cas de sospita de consumació



Detecció

Davant la valoració que la MGF hagi estat consumada a una menor recentment tindrem com a elements indicatius:

1. el viatge o les vacances al país d'origen.
2. variables actitudinals i emocionals en la nena que han canviat significativament a la tornada del viatge al país d'origen.

Els moments en què es pot detectar la MGF en una nena són:

- En una revisió pediàtrica de les nenes, dins del Programa Infància amb Salut
- Des de l'escola, en el retorn del viatge.

Són indicadors de sospita d'haver-se produït recentment una MGF quan, havent-hi uns antecedents de viatge o vacances al país d'origen, afegim:

- Tristesa i falta d'interès.
- Canvis de caràcter.
- Caminar amb les cames juntes o molt separades.
- Neguit quan s'asseu.
- Pal·lidesa cutaneomucosa.
- Síntomes d'anèmia subaguda.
- No fa exercicis físics o no vol participar en jocs que impliquen activitat.
- I/o comentaris fets a les companyes d'escola.

Convé també comprovar en la nena els canvis d'actitud i emocionals a la tornada del viatge, parlar-hi sempre que l'edat, maduresa i confiança amb ella ens ho permeti. Parlar amb la família sobre aquestes impressions i que la família pugui oferir una atribució o una explicació.

D'aquesta conversa, seria important poder tractar amb la família la preocupació pels símptomes de la menor i vincular-los amb una consulta a Pediatria. Si hem pogut avisar prèviament la pediatra, es podrà valorar amb cura la causa del malestar i acabar de comprovar si s'ha practicat la MGF.

En dones adultes, es pot detectar una MGF consumada en els moments següents:

- Durant un control d'embaràs, puerperi i postpart.
- Durant una revisió ginecològica.
- Consulta a un/a metge de família per problemes de salut.
- Durant les intervencions de salut preventiva en la dona.
- En el seguiment d'una família per part de serveis socials.

Atenció

ACTUACIÓ DAVANT CONFIRMACIÓ DE CONSUMACIÓ A UNA MENOR

Així doncs, un cop es confirma la consumació de la mutilació genital a una menor seria important compartir les decisions i consensuar-les tant amb les persones responsables de la nostra institució com amb la Taula municipal.

En cas que es confirmi la consumació, convé, primer, atendre les conseqüències de salut i oferir tractaments personalitzats en funció dels símptomes. A més, també es recomana poder comprovar que no s'hagi practicat la MGF anteriorment, si la família sabia que és il·legal la pràctica, si s'havia adoptat alguna acció de prevenció i si la nena havia residit a Espanya abans.

Un cop ens hem assegurat que la nena ha sofert la MGF i que havia residit a Espanya abans del viatge, ho comuniquem a la Taula municipal, n'informem la DGAIA i remetem el comunicat a l'estament judicial (fiscalia i jutjat) amb el suport dels cossos policials, si convé.

Recuperació i reparació

CAL GARANTIR L'ATENCIÓ A LES SEQÜELES FÍSQUES I PSÍQUIQUES QUE PUGUI PRESENTAR LA NENA O LA DONA.

Dones adultes que arriben a Espanya amb la mutilació practicada; nenes que arriben a Espanya per reagrupament familiar amb una mutilació practicada; nenes nascudes a Espanya a les quals es practica la MGF en un viatge de vacances al país d'origen dels seus progenitors, amb el consentiment d'aquests o sense; nenes nascudes a Espanya que es desplacen durant llargues temporades al país d'origen dels seus progenitors i retornen amb una MGF practicada, generalment per les seves àvies, amb el consentiment dels seus progenitors o sense; nenes nascudes a Espanya a qui es practica la MGF en territori espanyol o en altres països europeus; famílies en què alguna de les filles té una MGF practicada i altres no, i nenes adoptades que arriben a Espanya amb la MGF practicada, **a totes se'ls ha d'oferir tractaments personalitzats per a la reparació física i la recuperació de les seqüeles físiques i psicològiques.**

Convé informar-les dels recursos existents, recollir les seves necessitats respecte a les seqüeles que presentin i donar resposta a la seva demanda. En general, respecte a les seqüeles físiques, es podran oferir tractaments mèdics dins de la pròpia medicina de família o les especialitats que corresponguin. Si la dona manifesta la seva voluntat de reconstruir part o tota la zona afectada per la MGF, se la podrà derivar a l'Hospital Clínic de Barcelona, amb una valoració psicològica prèvia. En el moment d'elaborar el present Protocol, la Mútua de Terrassa i el Consorci Sanitari de Terrassa, els dos operadors de salut existents a Rubí, estan revisant les respostes que poden oferir a aquesta població.

Finalment, pel que fa a les seqüeles psicològiques i en funció de la seva gravetat clínica, així com si és major o menor d'edat, se la derivarà a Salut Mental, al CDIAP o al SIAD.

7.2.3. Intervenció Penal

La tipificació penal específica era necessària per revertir de prou gravetat la pràctica. La necessitat de regular específicament la MGF amb una reforma penal no es devia tant a una falta de tipus penals per atendre la mutilació, ja que era possible castigar-la amb les figures ja existents de lesions, com al desig de dotar d'un mateix tractament legal agreujat les lesions, perquè fins aleshores tenien un tractament punitiu més benèvol que les lesions d'entitat similar causades a un home.

La intervenció penal la col·locaríem al final de tot, quan realment tots els intents de canviar el posicionament de la família han fallat i les professionals no disposen de prou garanties que es preservarà la integritat física de la nena, és a dir, si el RISC DE PATIR-LA NO S'HA NEUTRALITZAT. En aquest cas, recorrerem a la comunicació a la fiscalia i al jutjat. L'estament judicial pot emprendre mesures per a la protecció efectiva de la menor.

En cas de mutilació consumada contra una nena, la intervenció penal es durà a terme únicament en els casos següents: si la nena havia residit prèviament a Espanya, a la tornada d'un viatge de vacances o a la tornada de llargues estades al país d'origen o amb les nenes nascudes a Espanya a qui la MGF se'ls practica en territori espanyol o europeu (des dels anys noranta no es té constància que la MGF es practiqui en territori europeu).

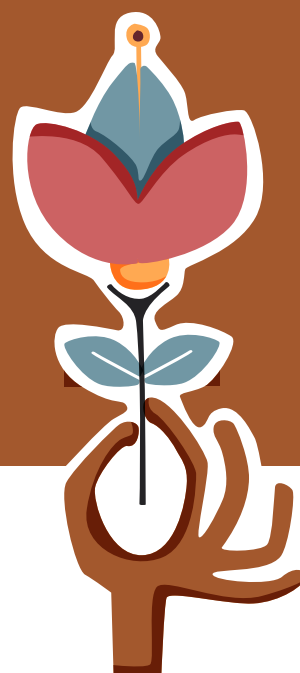
A Espanya, la pràctica de la MGF es considera un delictes públic, perseguible d'ofici i sense necessitat de denúncia prèvia. Es jutja aquelles persones que hi hagin intervingut, l'hagin induït i consentit, sense que sigui un atenuant el consentiment de la víctima; tampoc la cultura, la religió o la tradició són causes de justificació.

Les penes imposades són de 6 a 12 anys de privació de llibertat i la suspensió de totes les mesures inherents a la pàtria potestat o tutela, o de 4 a 10 anys si el jutge ho considera necessari pel bé de la menor. La reincidència compta per a la determinació de la pena (condemnes en altres Estats) i el parentiu és un agreujant també.

Es poden establir mesures com:

- Obligació d'estar sempre localitzable, mitjançant aparells electrònics;
- Presentació periòdica en el lloc que s'estableixi;
- Comunicació immediata de qualsevol modificació de residència o lloc de treball;
- Prohibició d'absentar-se del lloc de residència o d'un territori determinat sense autorització;
- Prohibició d'aproximar-se o comunicar-se amb la víctima o altres persones que es determinin;
- Prohibició d'acudir o residir en llocs específics;
- Prohibició de desenvolupar activitats que facilitin l'ocasió per cometre fets delictius de similar naturalesa;
- Obligació de participar en programes formatius, laborals, culturals, d'educació sexual o similars;
- Tractament mèdic extern;
- Control mèdic periòdic.

8. Recomanacions per àmbits



8.1 Salut

L'àmbit de la Salut és un dels equips professionals de la xarxa que pot fer una tasca central en la prevenció i l'abordatge de la pràctica de la MGF. És un servei de proximitat i que pot atendre per diferents motius dones i nenes de la comunitat d'origen africà.

A Rubí, existeixen dos operadors de Salut, la Mútua de Terrassa i el Consorci Sanitari de Terrassa. Amb les dues institucions s'han consensuat els continguts del present apartat i del Protocol sencer. S'han concretat els següents aspectes de base:

- La importància de recollir les dades sobre la població atesa d'ètnia practicant (pare i mare), sobre les accions preventives realitzades, els compromisos preventius signats, sobre l'atenció a casos de dones embarassades amb mutilació practicada i sobre els casos de recuperació atesos.
- La necessitat de la comunicació bilateral sobre casos detectats, previnguts o atesos a través de treball social entre els equips de ginecologia i de l'ASSIR i de capçalera amb els equips de pediatria. És a dir, les persones professionals que atenen les dones i les que atenen les criatures.
- Disposar d'una professional de ginecologia de referència per a la recuperació d'afectacions de salut i/o per a la reconstrucció.
- Finalment, es recomana disposar d'una pediatra especialitzada en MGF que sigui de referència per a la resta d'equips de pediatria, que pugui oferir assessorament i resposta per a l'abordatge dels casos.

Així, podríem considerar dos objectius per a les professionals de la salut:

★ **LA MILLORA DE LA SALUT DE LES DONES I DE LES NENES A QUI JA S'HA PRACTICAT LA MGF**

★ **LA DETECCIÓ DE RISC I LA PREVENCIÓ DE LA PRÀCTICA EN NENES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT**

Com en els casos de violència masclista en l'àmbit de la parella, en el cas de la MGF també es recomanaria el cribratge universal, un cop haguem establert una relació de confiança i respecte. Partim del convenciment que “no es pot trobar allò que no es busca”, hem de tenir en ment aquesta possibilitat i saber com arribar a tractar-ho amb les persones a la consulta per poder fer tasca preventiva.

8. Recomanacions per àmbits

No sempre serà convenient preguntar directament a la dona, sinó que podem preguntar-li sobre símptomes físics: dismenorrea, dispareúnia, cistitis, vaginitis de repetició, entre d'altres.

Les especialitats de salut que poden participar en la detecció, atenció i recuperació són: ginecologia, obstetrícia, pediatria i medicina de família.

ATENCIÓ A LES NENES D'ORIGEN AFRICÀ DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF

L'atenció a les nenes d'origen africà ha de ser la mateixa que s'ofereix a d'altres nenes i nens de qualsevol procedència i entra dins del Programa Infància amb Salut.

El Programa Infància amb Salut comprèn el conjunt d'actuacions que es duen a terme de forma individual en el marc de l'equip d'atenció primària de la salut (equip de pediatria) en les visites preventives programades al llarg de tota la infància (0-14 anys), per tal de fer una revisió sistemàtica de tots els aparells. S'hi inclouen cribratges esglaonats en les diferents edats, vacunacions i educació per a la salut en aquesta etapa.

L'objectiu d'aquest document és orientar i facilitar hàbits i actituds de salut positius en infants i adolescents, detectar precoçment els problemes de salut infantil i facilitar-ne el seguiment i la derivació quan calgui.

El Programa Infància amb Salut, tenint en compte les recomanacions d'UNICEF, incorpora la prevenció de la MGF.

Igualment, els procediments referents a l'exploració d'un infant africà no han de ser diferents als de qualsevol altre que acudeixi a consulta, sigui quina sigui la seva ètnia o procedència.

La tasca pediàtrica implica l'acompanyament de la família en els aspectes de salut i emocionals relacionats amb el nou naixement mitjançant l'establiment d'una relació de confiança. Dins d'aquesta relació amb la família, es podrà enraonar sobre diferents aspectes relatius a la salut de la criatura, també sobre la pràctica de la MGF si es tracta d'una família africana procedent de països on es practica.

Seria aconsellable que, al llarg del primer any de vida, es fessin les revisions genitals necessàries i intervencions indagatòries i preventives a l'entorn de la MGF.

8. Recomanacions per àmbits

Serà interessant treballar amb la família al llarg del temps per informar-la de les conseqüències per a la salut i de la legalitat vigent al nostre país, a més de deixar clar el posicionament professional en contra de la pràctica, encara que sigui en el context de la comprensió intercultural, i del deure de denunciar la MGF un cop practicada i constatada.

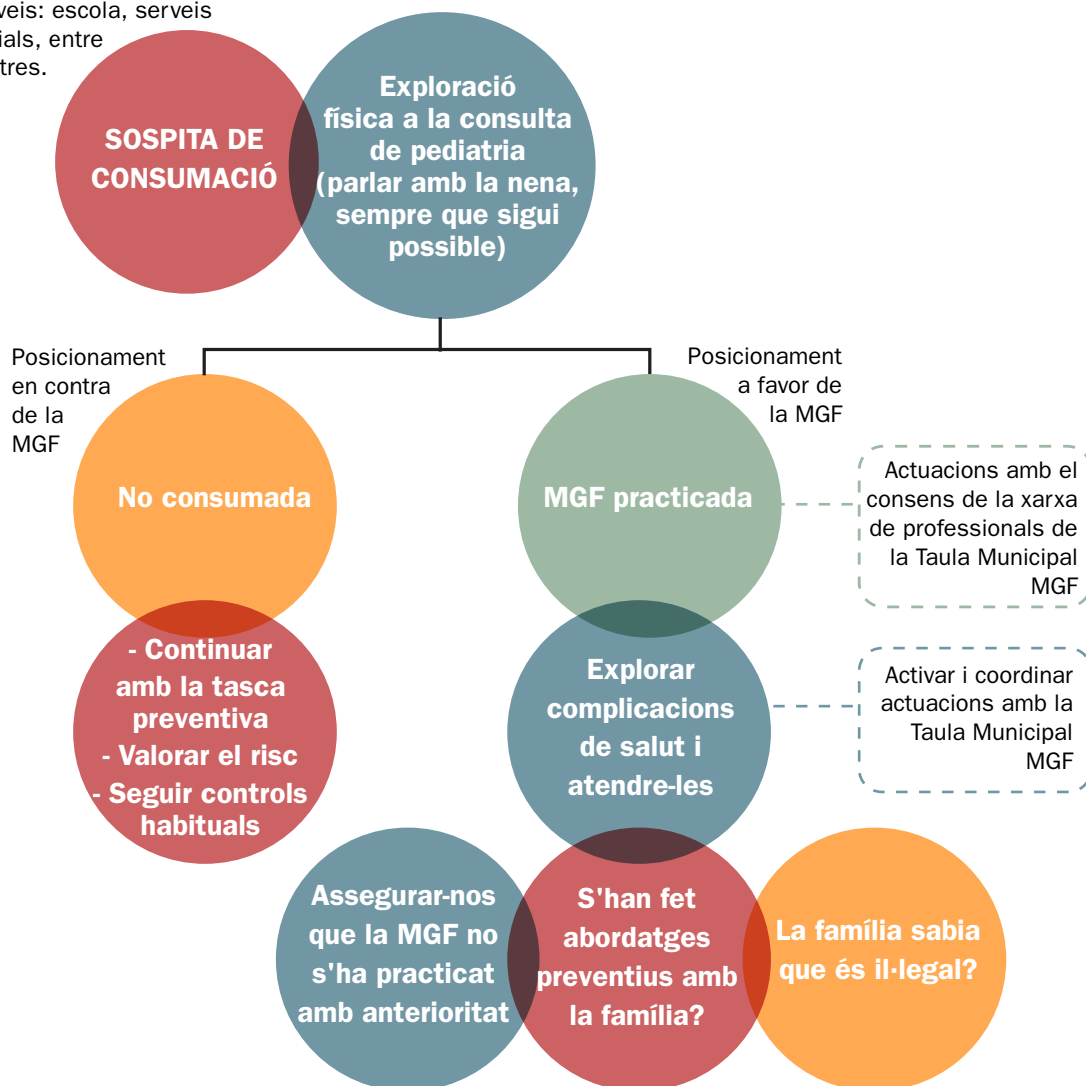
Convé explicar a la família la importància de la visita a la consulta de pediatria abans d'un viatge a l'Àfrica per tractar sobre el risc de MGF, però també sobre el calendari de vacunacions, la prevenció de la malària i altres malalties tropicals, temes d'higiene, cures, alimentació, etc.

En cas que la família es trobi sensibilitzada en contra de la pràctica, Pediatria li pot oferir la signatura del Compromís preventiu com a eina i suport per reforçar el seu posicionament respecte a la comunitat en el país d'origen, document que s'escanejarà i s'arxivarà a la història clínica de la menor, preservant la seva confidencialitat. També se'ls pot donar referències d'associacions i entitats que treballin en origen la prevenció de la MGF.

Finalment, convé destacar la importància d'anteposar el manteniment de la tasca educativa i informativa i el posicionament professional en favor dels drets humans. Cadascú, dins del seu lloc de treball, és activista.

ACTUACIÓ ENFRONT DE CASOS DE NENES MUTILADES

La sospita pot procedir de Salut o d'altres serveis: escola, serveis socials, entre d'altres.



Si la MGF ha estat practicada a una nena que havia viscut a Espanya i ve de retorn al país d'origen, el personal professional hauria de comunicar-ho a les autoritats judicials pertinents.

Si la MGF ha estat practicada a una nena reagrupada, que no havia viscut a Espanya, no té conseqüències legals. Cal anotar-ho a la història clínica.

Si la MGF ha estat practicada a una nena adoptada que no havia viscut a Espanya, no té conseqüències legals. Cal anotar-ho a la història clínica.

ADOLESCENTS I DONES MUTILADES

En el cas de les dones i les adolescents amb la mutilació practicada, el menys habitual és que demanin ajuda per les seqüeles o complicacions derivades de la pràctica.

Els sentiments de lleialtat a la comunitat, la normalització de la pràctica i la falta de consciència sobre determinats símptomes o afectacions a la pràctica, però també el temor a les conseqüències legals en el nostre país i les conseqüències amb la comunitat, poden induir aquestes dones i adolescents ja mutilades a no demanar ajuda.

És més habitual que acudeixin a la consulta pels seus símptomes o complicacions. Serà tasca de l'equip professional tant de medicina de família com de salut sexual i reproductiva vincular aquests símptomes i complicacions amb la pràctica i parlar-ne en un clima de confiança, respecte i confidencialitat. En aquest context, s'ofereix informació i s'expliquen els riscos per a la salut i les conseqüències a llarg termini.

Convé explicar amb naturalitat però també amb fermesa els problemes ginecològics derivats d'una MGF, transmetent elements que facilitin el replantejament de l'actitud sobre aquella quan arribi el moment de decidir sobre les pròpies filles. Si es constata la MGF, caldrà registrar-la a la història clínica.

En cas que la dona faci la consulta estant embarassada, convindrà un abordatge específic de les complicacions per evitar riscos en el moment del part. Recomanem la guia Mutilació genital femenina: prevenció i atenció, de l'Associació Catalana de Llevadores.

En tenir una llevadora de referència, es pot establir la relació de confiança al llarg del temps, necessària per a la tasca preventiva. Així, l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) compleix les següents funcions relacionades amb la temàtica:

- Detectar dones que hagin patit la MGF,
- Educació sanitària relacionada amb les conseqüències per a la salut,
- Valorar el grau d'afectació física, psíquica i sexual,
- Control i seguiment mèdic,
- Deixar constància a la història clínica de la dona que ha patit MGF.

Davant la necessitat d'intervencions específiques vinculades a reduir el risc per a la mare i el nadó en el moment del part, convé tenir presents diferents aspectes:

8. Recomanacions per àmbits

- Com és de central la fertilitat en l'univers de la vida de les dones africanes;
- Que la dona ha de poder rebre tota la informació abans de prestar el seu consentiment: el perquè de la intervenció, els beneficis que reporta per al desenvolupament del part i la salut del bebè i de la mare, i com pot millorar-li la micció, la menstruació i les relacions sexuals.
- En el cas de la desinfibulació, s'ha de deixar clar que no es reinfibularà després del part, seguint les convencions internacionals. Per tant, en cas que la dona no hi estigui d'acord, se li pot oferir la cesària.
- Informar de les cures específiques necessàries en el postpart.
- Coordinar-se amb Pediatria per prevenir la MGF en les nenes.

Es recomana que, un cop la dona explicita la seva demanda, més enllà del tractament de les seqüeles físiques i l'oferta de reconstrucció, també se li ofereixi suport psicològic. Evocar les experiències traumàtiques silenciades sol generar símptomes molt intensos en les dones i noies com són la reexperimentació traumàtica dels fets com si tornessin a passar (en forma d'imatges, pensaments, malsons, sensacions fisiològiques, etc.), grans dificultats per evitar aquests records traumàtics i altres símptomes com temor, ansietat, irascibilitat, sobreactivació, tristesa, entre d'altres.

Alhora, les dones i les noies que canvien de posicionament gràcies a la tasca preventiva i la sensibilització, poden experimentar sentiments de culpa per haver-la practicat a les filles, malestar per posicionar-se de manera diferent de la comunitat, conflictes de lleialtats per sentir-se entre dues cultures, etc.

Així doncs, convé tenir aquesta visió integral i global per atendre adequadament les dones, no cenyir-ho només a la salut i al posicionament necessari.



8.2. Serveis Socials

L'essència de la intervenció social es basa en atendre els efectes de les diverses desigualtats i en l'empenta en posar els ciments per erradicar les causes que les provoquen.

La població migrada té tot de necessitats per cobrir i drets per garantir quan arriben, i trigaran temps a poder-les cobrir i a garantir-los. La intervenció social s'haurà d'erigir en referent per defensar els drets que els són negats, trencar la barrera de comunicació existent i generar una relació de confiança que permeti conèixer els seus valors i propòsits, així com transmetre'ls els nostres.

Abans d'actuar, la intervenció social s'ha de posar en el lloc de la població vulnerable, conèixer el seu món de valors, les seves creences i els comportaments diferents, i també ha de saber connectar amb allò que significa la posició d'inferioritat en comptes de posseir un grau satisfactori d'inserció social.

L'article 99 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència estableix que l'Administració local ha d'intervenir si detecta una situació de risc d'un infant o adolescent que es troba en el seu territori, adoptant les mesures adequades per actuar en contra d'aquesta situació.

En el capítol II d'aquesta Llei, es defineixen com a situacions de risc aquelles en què el desenvolupament i el benestar de l'infant o l'adolescent es veuen limitats o perjudicats per qualsevol circumstància personal, social o familiar, sempre que per a la protecció efectiva de l'infant o l'adolescent no calgui la separació del nucli familiar.

D'entre les situacions de risc, s'inclouen les pràctiques discriminatòries per part dels progenitors o titulars de la tutela o de la guarda, contra les nenes o les noies, que comportin un perjudici per a llur benestar i llur salut mental i física, incloent-hi el risc de patir l'ablació o la mutilació genital femenina i la violència.

En els Serveis Socials es concreta la funció de valorar l'existència de risc i de promoure, si escau, les mesures i els recursos d'atenció social i educativa que permetin disminuir-lo o eliminar-lo, cercant la col·laboració dels progenitors o dels titulars de la tutela o de la guarda.

Els Serveis Socials han de designar un/a professional de referència per a cada cas, de l'infant o de l'adolescent, a qui correspondrà avaluar-ne la situació i fer-ne el seguiment posterior.

8. Recomanacions per àmbits

Si el risc és greu i amb la intervenció dels Serveis Socials bàsics no s'aconsegueix disminuir-lo o controlar-lo, s'ha d'elevat l'informe amb la valoració de la situació de risc que persisteix en l'infant o l'adolescent, el resultat de la intervenció i la proposta de mesures que considerin oportunes als serveis socials especialitzats en infància i adolescència.

Així doncs, la pràctica de la MGF i el risc de consumació d'aquesta pràctica constitueix un tema de protecció a la infància i a l'adolescència. El rol dels Serveis Socials municipals i els especialitzats en infància i adolescència (EAIA) és cabdal a dos nivells:

- El primer nivell és la relació habitual amb famílies que poden procedir de països on la pràctica segueix vigent.
- El segon nivell són les dinàmiques de coordinació i treball en xarxa instaurades i liderades per aquests Serveis.

Quant al primer nivell, poden complir diferents funcions:

1. Identificar aquells nuclis familiars o de convivència que provenen de països practicants i que tenen nenes.
2. Fomentar la millora de les condicions de vida d'aquelles famílies que presentin indicadors de vulnerabilitat social, facilitant processos de canvi i afavorint la inclusió social.
3. Valorar l'existència de risc, disposant de la competència professional i de la informació sobre els indicadors de sospita i de risc.
4. Cercar la col·laboració dels progenitors, el diàleg i la motivació per al canvi. Parlar amb la nena sempre que sigui possible, per edat, maduresa i confiança en l'equip professional.
5. Poder incorporar també el treball comunitari en la prevenció de la crisi concreta, però també per a una prevenció continuada.
6. Si, malgrat les diferents actuacions, es considera que el risc no s'ha neutralitzat, s'eleva als Serveis Socials especialitzats en infància i adolescència.
7. Els Serveis Socials també podran fer el seguiment de la família passat el moment de risc.

8.3. Àmbit Educatiu

Els centres educatius col·laboren en la construcció i extensió d'una moral cívica que pugui respondre als reptes de la nostra època i ens permeti viure plegats.

A partir de la proclamació de la Declaració Universal dels Drets Humans, la segona meitat del segle XX es va caracteritzar per l'extensió i aprofundiment dels drets i les llibertats de les persones, fins al punt que l'eclosió i el reconeixement de la diversitat de conviccions i estils de vida de la ciutadania s'han convertit en la característica fonamental de la democràcia. El dinamisme de les societats, sobretot les democràtiques, ha deixat enrere bona part de l'homogeneïtat moral interna que abans caracteritzava pobles i cultures. La diversitat de conviccions, de valors i d'estils de vida de la ciutadania no necessàriament va lligada a les noves migracions internacionals. També entre les persones autòctones hi ha col·lectius que prenen la paraula i exigeixen reconeixement i igualtat, de vegades amb propostes tan sorprenents o més que les persones "d'altres cultures".

Tot i això, no hi ha dubte que aquest debat intern, ric i complex, s'ha vist reforçat per les diversitats que aporten les persones provinents d'altres indrets a través del fluxos migratoris que, gairebé sempre i a casa nostra, acostumen a ser fruit de la desigualtat i la injustícia.

Els problemes ètics interculturals han situat el professorat en un futur que empeny el present, en una societat en la qual l'expressió relacions interculturals ja no farà referència "al tracte que tenim amb els que venen de fora", sinó simplement a la complexitat i pluralitat d'un món cada vegada més globalitzat. I aquest nou context requereix una actitud que eviti el manteniment rígid de les conviccions pròpies. Cal una actitud moral i educativa que potenciï l'empatia i la comprensió mútua.

Convé destacar que els centres educatius són un dels espais on infants i adolescents desenvolupen una part important de la seva activitat i socialització. En el desenvolupament de l'activitat educativa, el professorat observa l'alumnat en la seva interacció continuada amb el grup d'iguals i la seva relació amb les famílies.

A més, la comunicació diària amb l'alumnat afavoreix que pugui explicar el que li passa cercant seguretat, ajuda i protecció.

El coneixement dels contextos familiars i socials en què l'alumnat es troba immers és clau en les tasques de prevenció, detecció i suport a les nenes en risc de patir la MGF.

L'escola, respecte a la pràctica de la MGF, es troba enfront de dues grans àrees temàtiques: la gestió de la interculturalitat i la protecció de les nenes davant del risc de patir la MGF i d'aquelles que la poden haver sofert.

El Pla les escoles lliures de violències, elaborat pel Departament d'Educació aquest 2021, ha de donar resposta a totes les situacions de violència en l'àmbit educatiu, partint d'aquest canvi de paradigma en el model d'intervenció portat a terme fins ara, de manera que facilitarà a l'àmbit abordar la violència i la convivència des de plantejaments volgutament diferenciats. Es parteix del principi que no es poden tractar les violències com un problema de convivència i amb el convenciment que allò que donarà més tranquil·litat i confiança a les persones menors, les seves famílies i la comunitat educativa no és fer veure que no hi ha violència als centres educatius, sinó establir els mecanismes adequats per garantir que l'Administració actuarà de forma clara i contundent davant de qualsevol cas de violència contra els infants i adolescents, incloent-hi la MGF o el risc de patir-la.

L'objecte d'aquest pla és la prevenció, intervenció i seguiment de les situacions de violència que afecten menors. Aquest pla posa l'alumnat i el seu benestar al centre de les actuacions que se'n desprenen per garantir la protecció i l'interès superior de la persona menor. Inclou una avaluació objectiva de la realitat d'aquestes violències, compartida amb entitats del sector i la comunitat educativa.

PREVENCIÓ

Pel que fa a la prevenció, en aquest apartat tractarem elements de base i elements de prevenció més específics a l'entorn de la MGF.

Així doncs, seria bàsic que el centre educatiu pogués promoure un clima de convivència respectuosa i digna per als seus membres.

També seria important que pogués reflexionar i es posicionés públicament, a través de la revisió de documents bàsics, sobre les actituds institucionals davant la diversitat cultural, el reconeixement de la dignitat i els drets de totes les persones i, sobretot, sobre la manera com es plasmen en la tasca educativa i la gestió de la vida quotidiana al centre.

És important la visió coeducativa en la programació educativa i el currículum, a tots els nivells i modalitats del sistema educatiu, amb l'objectiu d'afavorir el desenvolupament de les persones al marge dels estereotips i rols en funció del sexe, garantir una orientació acadèmica i professional lliure de biaixos sexistes i androcèntrics i evitar tota discriminació associada al sexe. Així mateix, cal promoure la investigació en matèria de coeducació i vetllar per incloure-la en els llibres de text i els materials educatius.

8. Recomanacions per àmbits

La finalitat seria aconseguir en nenes i nens una existència simbòlica pròpia i positiva, en què la gestió de les emocions, amb el sentiment d'empatia i la correponsabilització en la cura, tingui un pes central.

Entre les habilitats i actituds recomanables per assolir una convivència respectuosa i digna per a les persones en els centres educatius, però també perquè es puguin constituir en referents de protecció i de seguretat per a aquestes nenes, assenyallem les habilitats i actituds següents:

- a. Crear un ambient d'estimació i confiança (per exemple, un sentiment de pertinença a la classe, escola, poble, país, món... i una identificació amb els valors de la Declaració Universal de Drets Humans).
- b. Afavorir la comunicació (canals de comunicació fàcil i sincera, construir codis comuns, practicar una escolta activa...).
- c. Prendre decisions per consens.
- d. Treballar la cooperació.
- e. Aprendre a analitzar, negociar i cercar solucions creatives i satisfactòries per a totes les parts implicades en els problemes o conflictes que puguin sorgir.

L'alumnat i les famílies, si se'ls facilita un context comunicatiu, ens subministren informacions, situacions i vivències de gran vàlua per identificar i desactivar prejudicis, i una enorme informació sobre la cultura i sobre els malentesos amb l'escola i la societat catalana. El professorat té moltes oportunitats per establir relacions formals i informals amb la família, les ha de saber aprofitar.

PREVENCIÓ ESPECÍFICA

La prevenció dels maltractaments és una tasca complexa que ha d'implicar tota la societat i, especialment, els principals agents educatius: família i centre educatiu. Aquesta prevenció ha d'oferir pautes per als mateixos infants i adolescents que els ajudin a fer-los front i/o evitar-los, i per a les persones adultes que els acompanyen en el seu procés de desenvolupament.

El risc de patir maltractament augmenta quan es tenen menys competències per fer front a aquestes situacions i per denunciar-les, ja sigui per desconeixement, per manca d'habilitats socioemocionals o per trobar-se en un entorn que no facilita la comunicació.

8. Recomanacions per àmbits

Cada centre educatiu ha d'establir el conjunt d'actuacions educatives preventives a desenvolupar amb l'alumnat.

Les accions poden ser:

- Potenciar l'educació afectiva i sexual per tal d'afavorir que reconeguin el vincle entre sexualitat i afectivitat i així detectar possibles desajustos i prevenir els abusos.
- Fomentar l'educació socioemocional per tal de contribuir al coneixement i expressió de les pròpies emocions, i possibilitar així la detecció de situacions de maltractament o d'abús sexual.
- Informar l'alumnat, de manera ajustada a la seva edat, sobre maltractaments i abusos sexuals per tal que puguin conèixer i identificar les situacions que poden comportar risc de patir-los.
- Proporcionar, des del centre educatiu, orientacions a les famílies per tal d'afavorir la seva tasca educadora en la prevenció de maltractaments i abusos sexuals, i dotar-los d'elements de detecció de possibles casos.

DETECCIÓ

En la fase de detecció, es tracta de reconèixer o identificar una sèrie de senyals o indicadors físics, comportamentals i/o acadèmics de l'infant o adolescent i indicadors sobre els comportaments i actituds de la família al voltant de les possibles situacions de sospita d'estar en risc de patir la MGF o d'haver-la sofert, a la tornada d'un viatge.

Les persones professionals de l'àmbit educatiu tenen el coneixement de les diferents etapes evolutives dels infants, les seves característiques comportamentals i el nivell d'atenció o cura que mostren mares, pares, persones tutores legals o guardadores respecte dels seus fills i filles, tant en relació amb les qüestions formatives com amb les afectives i les de cura personal.

En el moment que el mestre o la mestra observa o detecta que l'infant o adolescent presenta dificultats que poden estar incidint desfavorablement en el seu desenvolupament, n'informa els progenitors o les persones tutores legals o guardadores per tal d'analitzar el que està passant des d'una perspectiva més global, i n'informa també la Direcció del Centre, que és l'encarregada de valorar la situació i dur a terme les actuacions i derivacions oportunes indicades en aquest protocol.

8. Recomanacions per àmbits

En el cas de la MGF, el centre educatiu pot ser qui detecti el risc per a la menor de viatjar al país d'origen o pot ser qui detecti que una nena ha pogut patir-la.

Si la mestra o el mestre obté indicis directes o indirectes que una alumna ha de viatjar al país d'origen, havent conversat detingudament amb l'alumna i formant part la seva família d'una ètnia practicant o qualsevol altre element de sospita, ho posarà en coneixement de la Direcció del Centre. La Direcció ho comunicarà a Inspecció, de la qual rebrà assessorament però també activarà la Taula preventiva de la MGF a escala local, amb Serveis Socials i Salut. L'activació de la Taula permetrà valorar conjuntament la situació, establir qui contacta amb la família, com es duu a terme l'actuació i quins objectius perseguirà en funció del risc percebut i del marge i les possibilitats de treball.

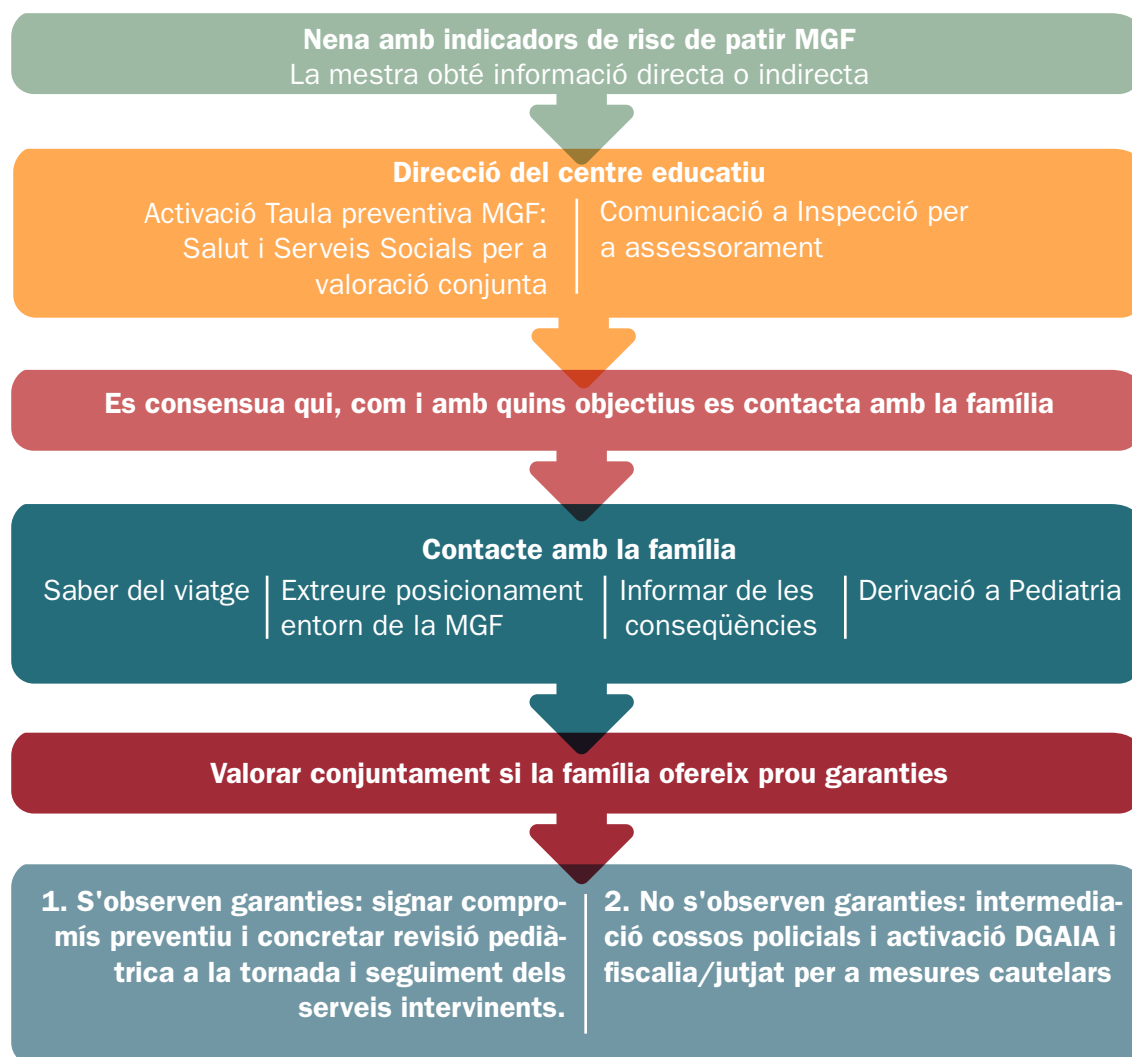
En el contacte amb la família, és important obtenir més informació sobre el viatge, extreure el posicionament d'aquesta sobre la MGF i informar-la de les conseqüències sobre la salut per a la menor i les legals en el nostre país.

Després del contacte i el procés amb la família, cal valorar si aquesta ofereix prou garanties, si ha signat el compromís preventiu i es considera suficient el nivell de profunditat en el posicionament en contra de la pràctica, juntament amb el plantejament amb la comunitat d'origen.

Si s'observen garanties suficients, es pacta una revisió pediàtrica a la tornada i un seguiment per part dels diferents equips intervinents.

Si no s'observen prou garanties, es pot cercar la intermediació dels cossos policials també, per fer més èmfasi en la legalitat vigent, i s'activarà la DGAIA, la fiscalia i el jutjat perquè puguin valorar l'establiment de mesures cautelars per protegir la menor.

8. Recomanacions per àmbits



Després d'un viatge al país d'origen, les criatures poden tenir canvis actitudinals i emocionals significatius, però que no sempre estaran relacionats amb la MGF. Haurem d'assegurar-nos i trobar elements més objectius abans d'activar-nos.

Si se'ls demana que parlin de les vacances i no diuen res o s'expressen de forma obertament negativa, amb expressions de rebuig al seu país o a la seva identitat, se'ns pot activar una primera alarma. També si l'estat emocional de la nena ha canviat substancialment i hi prevalen sentiments de ràbia, indiferència excessiva, apatia, tristesa, poques ganes d'enraonar o de compartir amb d'altres l'experiència, etc.

El suport que li podrà donar el professor o la professora dependrà molt de la relació de confiança i de respecte existent entre elles.

8. Recomanacions per àmbits

Després d'aquest suport i d'aquests intents de comprendre els canvis actitudinals i emocionals en la nena, es comunicarà a la Direcció del centre educatiu i es valorarà l'activació de la Taula preventiva municipal i la comunicació a Inspecció. Amb aquests professionals es consensuarà l'actuació amb la família, qui, com i amb quins objectius. Amb la família, serà important conèixer millor com ha anat el viatge, constatar els canvis actitudinals i emocionals observats en l'alumna i la nostra preocupació, i extreure de la família el compromís per a una cita a Pediatria.

Serà Pediatria la que confirmi la consumació de la MGF. En cas d'haver estat practicada, comportarà conseqüències i impacte directe en la família.

En cas que la família ofereixi una resposta opaca, resistències a acudir a la consulta pediàtrica o reaccions poc col·laboratives, s'haurà de pactar entre els serveis la millor intervenció, posant per davant el bé i els interessos de la menor però sense pressuposar ni concloure definitivament que li han practicat la MGF si realment no s'ha comprovat de manera empírica.



9. Bibliografia

ACCIÓN EN RED i SAVE A GIRL SAVE A GENERATION. Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina. Manual para la intervención social con un enfoque inter cultural y de género. <https://www.accionenredma drid.org/wp-content/uploads/2017/02/Mutilacion-genital-femenina-10-megas.pdf>.

AMNISTÍA INTERNACIONAL (1998). La mutilación genital femenina y los derechos humanos. [Monografía en Internet.] Edición española, Madrid: Editorial Amnistía Inter nacional. <http://www.amnistiainternacional.org/publicacion-31>

ARANZABAL DE M. Mutilación Genital Femenina: combatirla sin demonizar. Acceso Internet.

BALLESTEROS MESEGUERA, CARMEN. ALMANSA MARTÍNEZ, PILAR. PASTOR BRAVO, M^a DEL MAR E JIMÉNEZ RUIZ, ISMAEL (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Gac Sanit. 28(4): 287–291.

CANIMAS, JOAN I CARBONELL, FRANCESC (2008). Educació i conflictes interculturals. Eumo Editorial / Fundació Jaume Bofill.

FUNDACIÓN WASSU UAB (1998). Guía de Aplicación del compromiso preventivo para profesionales de atención primaria. http://bit.ly/Wassu_ModeloCompromisoPreventivo

GENERALITAT DE CATALUNYA (2003, actualitzat el 2006). Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2007). Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per la Immigració.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2008). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb Salut. Departament de Salut.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2011). Protocol per a l'abordatge de la violència masclis ta en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 3 Document operatiu de mutilació genital femenina. Departament de Salut.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2016). Protocol d'actuació entre els Departaments de Treball, Afers Socials i Família i d'Ensenyament, de prevenció, detecció, notificació, derivació i coordinació de les situacions de maltrac tament infantil i adolescent en l'àmbit educatiu. Departament d'Ensenyament.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2019). Protocol de prevenció, detecció i intervenció davant la violència masclista entre l'alumnat. Departament d'Educació.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2021). Pla les escoles lliures de violències. Departament d'Educació.

GOBIERNO VASCO (2016). Diagnóstico mutilación genital femenina en la comunidad autónoma de Euskadi. Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer.

GOBIERNO VASCO. La mutilación genital femenina en la CAE, principios básicos de la actuación profesional. Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer.

GRANDE GASCÓN, M; RUIZ SEISDEDOS, S & HERNÁNDEZ PADILLA, M. (2013). El Abordaje Social y Político de la Mutilación Genital Femenina. Portularia; XIII(1): 11-18. http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6742/El_abordaje_social_y_politico.pdf?sequence=2 3. CIE.

H. LIGHTFOOT-KLEIN (1991). Prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation. Second International Symposium on Circumcision in San Francisco. <http://www.fgmnetwork.org/Lightfoot-klein/prisonersofritual.htm>.

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (2004). Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció. Associació Catalana de Llevadores.

JUNTA DE ANDALUCÍA (2018). Prevención y atención de la mutilación genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía. Consejería de Justicia e Interior.

KAPLAN A, MORENO J I PÉREZ JARAUTA MJ (2010). Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la prevención y el estudio de las prácticas tradicionales perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

KAPLAN MARCUSAN, A. "Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. Multiculturalidad". Cuadernos de Derecho Judicial. Dir. J. DE LUCAS MARTÍN, nº 6, 2001, pàg. 197-199.

KAPLAN MARCUSAN, ADRIANA. Y RISLER, S. (2004). "Iniciación sin Mutilación" video-documentary 26' Ovideo Producciones, Barcelona.

KAPLAN, A; TORÁN, P; BERMÚDEZ, K I CASTANY, MJ (2006). "Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales". Revista Migraciones. Pàg. 189-217.

LUCAS, B. (2008). "Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal". Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, n. 17, 2008, http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_prevencion.pdf.

MARTÍN ESPILDORA, N. (2005). Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris. *Aten Primaria*. 2005; 36(7): 397-400.

MEDICOS MUNDI ANDALUCÍA (2008). Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). Protocolo Común de Actuación Sanitaria. Mutilación genital femenina.

OMS (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Mutilación genital femenina. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98838/WHO_RHR_12.41_spa.pdf;jsessionid=FB4A9B3DB1A51CE113083B30572E6EAF?sequence=1

OMS (2021). Mutilación genital femenina y otras prácticas lesivas: Prevalencia de la MGF. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/#:~:text=Prevalencia%20de%20la%20MGF,tipos%20de%20mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina.&text=Se%20estima%20que%20en%20%C3%81frica,mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina%20cada%20a%C3%B1o>.

PASTOR BRAVO, M.M. ALMANSA MARTÍNEZ, PILAR. BALLESTEROS MESEGUER, C. PASTOR RODRÍGUEZ, J.D. (2012). Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. *Enfermería Global*. ISSN 1695-6141. Universidad de Murcia.

POLO GARCÍA, SUSANA (2016). “La mutilación genital femenina”. *El Derecho Editores / Revista de Jurisprudencia El Derecho*, 1 de julio de 2016, nº 2.

SAMBUC, BÖEL. (2010). La justicia frente a la diversidad cultural: reflexiones sobre la tentación culturalista en derecho penal y sus consecuencias discriminatorias para la mujer. Sistema de control penal y diferencias culturales. *Anuario de derecho penal* 2010.

TOURAINÉ, ALAIN (1995). “¿Qué es una sociedad multicultural? Falsos y verdaderos problemas”. *Claves de la razón práctica* (Madrid), octubre 1995.

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

YODER, P.S.; ABDERRAHIM, N. I ZHUZHUNI, A. (2004). Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis. *DHS Comparative Reports* No. 7.

10. Anexos

ANNEX 1. COMPROMÍS INFORMAT PER A LA PREVENCIÓ DE LA PRÀCTICA DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.

Compromiso informado para la prevención de la mutilación genital femenina

Datos de la niña		
Apellidos / nombre	NIF / pasaporte	Edad
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección		
Código postal	Población	Teléfono

Datos de la persona responsable de la niña		
Apellidos / nombre	NIF / pasaporte	Vinculación con la niña
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección		
Código postal	Población	Teléfono

Datos del profesional de medicina o enfermería que atiende a la niña	
Apellidos / nombre	Número de colegiado/a
Centro	

Marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español
• La mutilación genital femenina se considera un atentado contra los Derechos Humanos y está asociada a riesgos socio sanitarios y psicológicos. • En el Estado español, esta intervención se considera un delito de lesiones en el artículo 149.2 del Código penal, aunque la operación se haya llevado a cabo fuera del país (por ejemplo, en Gambia, Senegal, Mali, etc.), según la modificación de la Ley orgánica del poder judicial 3/2005. • La pena de prisión es de 6 a 12 años para los progenitores o responsables, la retirada de patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de protección de menores.

Declaraciones

Certificación del profesional de medicina o enfermería sobre los datos sanitarios de la niña

- Certifico que la niña anteriormente referida es una niña sana, que ha seguido los controles establecidos en el "Protocolo del niño sano" y que se le han administrado las vacunas correspondientes a su edad.
- He comprobado que sus genitales están íntegros y no presentan ninguna lesión.

Certificación del profesional de medicina o enfermería en relación con la información a la persona responsable de la niña

Declaro haber informado a la persona responsable de la niña anteriormente referida, de los siguientes aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud:

- Riesgos socio sanitarios y psicológicos que supone la práctica de la mutilación genital femenina.
- Marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español (según la información anteriormente indicada).
- Compromiso de pedir hora para una revisión general de salud, inmediatamente después del regreso del viaje que se haga al país de origen de la familia.
- Dirección y teléfonos de los Centros de Vacunación Internacional (ver anexo.)

Compromiso informado de la persona responsable de la niña

- Declaro haber sido informada, por el profesional de medicina o enfermería que atiende a mi hija/la niña de quien soy responsable, de los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud especificados en el apartado anterior.
- Considero que he entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- Me comprometo a cuidar la salud de mi hija/la niña de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

Firmas:

Padre/Madre/Persona responsable de la niña

Profesional de medicina o enfermería que le atiende

Lugar y fecha:

Fuente: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Universitat Autònoma de Barcelona.
fundacion.wassu@uab.cat · (34) 93 586 89 19

Anexos

Centros de Vacunación Internacional:

ANNEX 2.**RELACIÓ DE PERSONES I SERVEIS
QUE HAN FORMAT PART
DE LA COMISSIÓ PER A
EL PROTOCOL MGF****NOM I COGNOM****SERVEI**

Eva Ahufinger Del Pino	SIAD Ajuntament
Neus Aliaga Figueras	Coordinadora Fundació wassu-uab
Maria Álvarez Mata	CAP Mútua Rubí
Txus Anmella Subirada	Directora Escola Bressol Municipal La Bruna
Elena Arrieta Nieto	Serveis Socials Ajuntament
Nieves Baltasar Sánchez	Serveis Socials Ajuntament
Concepción Benítez Rabaneda	EAP B-45 Serveis Educatius Vallès Occidental III
Anna Calsina Casas	SIAD Ajuntament
Kadijatu Dem Njie	Tècnica prevenció de violències masclistes (Generalitat de Catalunya)
Yolanda Ferrer Polo	Regidora d'Igualtat i Benestar Social
Mireia Ferrús Ochando	Servei primera acollida persones novingudes
Marisa Gallén Generoso	CAP Mútua Rubí
Beatriu García Fandino	Educació Ajuntament
Ruth González Boto	Igualtat Ajuntament
Rosa González Torrecillas	Coordinadora Àrea Igualtat i Ciutadania Ajuntament
Carmen Gracia Casals	Salut Pública Ajuntament
Arantzazu Heras Morales	Serveis Socials Ajuntament
Marta Jiménez Barragan	Coordinadora ASSIR Mútua Terrassa
Adriana Kaplan Marcusán	Directora Fundació wassu-uab
Aissatou Konte	Presidenta Asociación de Mujeres Africanas de Rubí por la lucha de la mutilación genital femenina (AMA)

NOM I COGNOM	SERVEI
Mireia Mañé Ariño	Ciutadania Ajuntament
Yaiza Martin Acosta	CSMIJ
Maria Mateo Pérez	SIAD Rubí
Inmaculada Melús Nuno	ASSIR CAP Sant Genís
Yolanda Mesalles Cazorla	ASSIR CAP Mútua Rubí
Josefa Moreno Romero	Serveis Socials Ajuntament
Pau Navarro Cano	Regidor de Ciutadania, Transperència, Participació Ciutadana, Cooperació Internacional i Memòria Històrica
Bombo N'Dir Fall	Presidenta d'Associació de Dones Immigrants Subsaharianes (ADIS) i Xarxa de Migració Gènere i Desenvolupament (RMGD)
Mireia Nieto Benito	CAP Antón de Borja i Sant Genís
Teresa Noves Ribera	Salut Pública Ajuntament
Natàlia Rodó Moragas	Serveis Socials Ajuntament
Sonia Rodríguez Rodríguez	Serveis Socials Ajuntament
Glòria Roig Ollé	CAP Sant Genís
Marta Solana Guarch	EAP B-45 Rubí
Marta Sotoca Pelayo	Escola Pau Casals
Ricard Vega Arias	Director Escola El Bosc
ASSIR	CAP Mútua de Terrassa
	CAP Antón de Borja
	EAIA Vallès Occidental
	EAP Rubí-Castellbisbal
	Escola Ca n'Alzamora
	Escola Pau Casals
	MMEE
	Serveis Socials Ajuntament

Edita:



Ajuntament
de Rubí

Amb el suport de:

