

UNIVERSITAT DE GIRONA

**LA PREVENCIÓ DE LA  
MUTILACIÓ GENITAL  
FEMENINA A TRAVÉS DEL  
TREBALL COMUNITARI**

---

TREBALL DE PRACTICUM

**AUTORA: Isabel Oller**

**TUTORA: Patricia Melgar**

**15 de juny de 2012**

**Llicenciatura de Pedagogia**

UNIVERSITAT DE GIRONA

**LA PREVENCIÓ DE LA  
MUTILACIÓ GENITAL  
FEMENINA A TRAVÉS DEL  
TREBALL COMUNITARI**

---

**TREBALL DE PRACTICUM**

**AUTORA: Isabel Oller**

**TUTORA: Patricia Melgar**

**15 de juny de 2012**

**Llicenciatura de Pedagogia**

*“Entendemos que el uso del derecho penal  
no puede sustituir en ningún caso el  
tratamiento social y el abordaje preventivo  
de un problema tan complejo. En todo caso,  
son elementos complementarios...”*

(Adriana Kaplan, 2006)

## SUMARI

INTRODUCCIÓ	7
I. EMMARCAMENT CONCEPTUAL	11
1. Què és la mutilació genital femenina?	11
2. Tipus de mutilació genital femenina	13
3. Conseqüències que comporta per a la dona	14
II. EMMARCAMENT CONTEXTUAL	18
1. Contextualització territorial on es practica la MGF	18
2. Contextualització cultural que envolta la MGF	21
3. Contextualització demogràfica de la població practicant a Catalunya	26
4. Aproximació a la realitat de la comarca del Baix Empordà	32
III. EMMARCAMENT LEGAL	38
1. Normativa internacional	39
2. Normativa espanyola	42
3. Normativa catalana	44
IV. MARC D'ACTUACIÓ	47
1. Protocol d'actuacions per prevenir la MGF	47
1.1. Motius d'atenció i indicadors de sospita de possible risc	49
1.2. Intervenció segons cada àmbit de professionals	50
1.3. Esquema general del circuit a seguir	56
2. Taules de prevenció de la MGF	57
3. Rols dels professionals en la prevenció de la MGF	61
4. La prevenció de la MGF mitjançant el treball comunitari	66

4.1. El treball comunitari com a eina d'intervenció	66
4.2. La figura del/la mediador/a comunitària intercultural:	73
V. METODOLOGIA	76
VI. ANÀLISI DE DADES	82
1. Avaluació del treball portat a terme a les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà	82
1.1. Abastament territorial de les taules de prevenció de la MGF del Baix Empordà	83
1.2. Funcions que es desenvolupen a les taules de prevenció de la MGF del Baix Empordà	84
1.3. Propostes de treball a desenvolupar les taules de MGF del Baix Empordà	86
2. Anàlisi d'experiències de prevenció de la MGF mitjançant el treball comunitari	89
2.1. A nivell internacional	90
2.2. A nivell Nacional	92
3. Definició d'una proposta d'actuació utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció de la MGF	93
3.1. Com podem abordar el plantejament del treball comunitari per a la prevenció de la MGF des de l'administració comarcal?	98
3.2. Quins agents socials es consideren clau per desenvolupar el treball comunitari?	99
3.3. Quins principis s'han de tenir en compte a l'hora de portar a terme un treball d'aquestes característiques?	100
VII. CONCLUSIONS	102
1. Avaluació del procés d'elaboració del treball	102
2. Perspectives de futur de la proposta d'intervenció	103

3. Altres línies d'investigació possibles	105
4. Grau de satisfacció personal	106
VIII. EL PAPER DEL/LA PEDAGOG/A	107
XIX. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	110
1. Documents	110
2. Pàgines Web	111
3. Legislació	112
XX. ANNEXOS	115
ANNEX 1: Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina	116
ANNEX 2: Document de recollida de dades de les taules de prevenció de la MGF de les comarques gironines	136
ANNEX 3: Adreces i material d'interès per complementar com fer una bona prevenció de la MGF	137
ANNEX 4: Model d'entrevista realitzada	141

## INTRODUCCIÓ

La mutilació genital femenina (d'ara endavant MGF) és un tipus de violència contra les dones que s'emmarca dins l'àmbit familiar. Es considera una pràctica tradicional i perjudicial que es du a terme en alguns països de l'Àfrica i Àsia. No obstant, arrel de l'onada migratòria d'aquesta última dècada, en països occidentals com el nostre, on fins ara no s'havia practicat res similar, s'han vist obligats a prendre mesures de prevenció per radicar aquesta pràctica tant innoble per a la dona.

En el cas de Catalunya, per exemple, la MGF es considera un delictes penal des de l'any 2003, i per tant, s'ha dissenyat un Protocol d'actuacions<sup>1</sup> per prevenir-la.

El motiu pel qual aquest treball de pràcticum de pedagogia tracta sobre la prevenció de la mutilació genital femenina ve motivat per raons professionals. Porto quatre anys treballant com a tècnica en polítiques migratòries en el Consell Comarcal del Baix Empordà, i entre les funcions que tinc encomandes, s'hi troba, justament, el desplegament del protocol d'actuacions per prevenir la MGF al nostre territori.

Tal i com s'explica més detalladament a l'apartat d'actuacions i amb els resultats extrets de les entrevistes realitzades, el desplegament d'aquest protocol a la comarca del Baix Empordà, s'ha centrat pràcticament en la creació de Taules de MGF amb l'objectiu d'establir una coordinació entre tots els agents que poden ser clau a l'hora de detectar un cas i per tant intervenir-hi amb l'objectiu d'evitar-ne les pitjors conseqüències.

Després d'un temps coordinant i proporcionant espais de treball d'aquest tipus, em sento amb la necessitat, no només com a tècnica, sinó també com a persona, de pensar en quelcom que vagi més enllà d'aplicar el marc normatiu i jurídic per prevenir la MGF. Probablement no n'hi ha prou en perseguir aquells que han fet

---

<sup>1</sup> El Protocol d'Actuació per prevenir la mutilació genital femenina, es pot consultar a l'Annex 1.

mutilar a les seves filles ja que es poden generar dinàmiques contraproductives, com per exemple, que la menor, després d'un viatge al seu país d'origen on se li practica l'ablació, no torni a Catalunya un cop mutilada fins complir la majoria d'edat. Hem de pensar en actuacions paral·leles que consciencïïn a la població practicant de quins són els riscos i les conseqüències tant a curt com a llarg termini per a les nenes i dones mutilades.

Per aquest motiu, i tenint en compte que la MGF és una pràctica cultural que es realitza en el context d'una comunitat o d'un grup per proclamar un seguit de creences, penso que podria ser interessant introduir el treball comunitari com a eina d'intervenció preventiva i generadora d'espais de relació que permetés treballar amb i per a la comunitat fent-la, així, responsable i participativa del propi procés de canvi.

Probablement podem trobar algunes experiències de prevenció de la MGF amb el treball comunitari de rerefons en altres territoris concrets de Catalunya on el teixit associatiu és ric, com és el cas de Salt, Pla de l'Estany o àrees metropolitanes de Barcelona. Però en el cas de la comarca del Baix Empordà, hi ha una mancança d'entitats que puguin liderar actuacions d'aquest tipus i per això, considero interessant plantejar una proposta de treball emmarcada en aquesta comarca, i més concretament, pensant que l'entitat encarregada en portar-la a terme sigui el propi Consell Comarcal.

Així doncs, aquest treball de pràcticum em dona l'oportunitat de dissenyar com hauria de ser el plantejament d'un treball d'aquestes característiques, i per tant, els objectius que em plantejo per aconseguir-ho, són:

1. Avaluar el treball portat a terme fins ara a les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà.
2. Analitzar experiències de treball comunitari en la prevenció de la MGF que s'hagin portat a terme en altres indrets de Catalunya.
3. Definir una proposta d'actuació utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció per a la MGF.



Per aconseguir tots aquests objectius, és important utilitzar una metodologia molt ben organitzada i planificada en el temps. Per això, els instruments utilitzats per a la investigació han estat: anàlisi de dades a partir de bibliografia, entrevistes a tècnics que formen part de les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà, a entitats que tenen un bagatge en prevenció de MGF a través del treball comunitari i, a dones que han viscut l'experiència de ser mutilades. Aquestes entrevistes m'han permès contrarestar part de la informació aconseguida per la cerca bibliogràfica i per concretar la proposta d'intervenció.

Per poder facilitar la lectura del treball que es presenta a continuació, cal tenir en compte que està dividit en set blocs. Els quatre primers configuren l'emmarcament del conjunt del treball. En el primer punt hi trobem el marc conceptual que defineix què és la mutilació genital femenina, quins tipus hi ha i quines conseqüències comporta per a la dona, tant a curt com a llarg termini.

En el segon bloc, es descriu el marc contextual, ubicant, per una banda, la MGF en el context territorial d'origen, per l'altra, en el context cultural que l'envolta i finalment, com s'ha distribuït la població susceptible a practicar la MGF un cop arribats a Catalunya, i més concretament, al Baix Empordà.

En el tercer punt, s'explica el marc legal que envolta la pràctica en sí, tant a nivell internacional com a nivell nacional.

Un cop coneixedors de tot el marc teòric sobre la MGF, amb la recerca de dades bibliogràfiques, s'ha pogut analitzar també el marc d'actuacions que hi ha a l'abast del territori. Per tant s'explica que és i què diu el protocol de prevenció de la MGF de la Generalitat de Catalunya, com estan organitzades les taules de prevenció de la MGF, quin rol ha de tenir el professional per prevenir la pràctica com ha de ser la prevenció mitjançant el treball comunitari. Aquest apartat configura el quart bloc.

A continuació, s'explica la metodologia utilitzada per l'elaboració del treball en qüestió, així com les tècniques d'investigació i d'anàlisi utilitzades, les entrevistes realitzades i els motius pels quals s'ha escollit aquest mètode i no un altre.

L'anàlisi de les dades obtingudes es fa en el sisè bloc, on es respon cada un dels objectius marcat a l'inici del treball mitjançant el buidatge de les entrevistes realitzades. Finalment, a la definició de la proposta d'actuació es contesten les tres preguntes amb l'objectiu de concretar els elements claus de la intervenció:

1. Com podem abordar el plantejament del treball comunitari per a la prevenció de la MGF des de l'administració comarcal?
1. Quins agents socials es consideren clau per desenvolupar el treball comunitari?
2. Quins principis s'han de tenir en compte a l'hora de portar a terme un treball d'aquestes característiques?

Finalment, i amb l'objectiu de tancar el treball de pràcticum es presenten un seguit de conclusions i reflexions que s'han anat elaborant al llarg dels mesos que ha durat la realització d'aquest. En aquest apartat també s'hi recullen les adversitats i dificultats que han anat sortint, així com també, les perspectives de futur reals per tirar endavant la proposta plantejada i possibles línies de noves investigacions a realitzar.

Espero que el resultat del conjunt d'aquest treball sigui útil per totes aquelles persones que es troben treballant per a la prevenció de la MGF, que generi noves idees d'actuació i, per tant, que junts puguem acabar radicant una pràctica tant infame per a la dona.

## I. EMMARCAMENT CONCEPTUAL

### 1. Què és la mutilació genital femenina?

---

La Mutilació Genital Femenina (MGF) és el nom genèric que, s'ha donat a aquelles pràctiques tradicionals i perjudicials que impliquen l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins o altres agressions als òrgans genitals de les dones per raons culturals, socials, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica (Generalitat de Catalunya, 2007).

Aquesta visió, és des d'una posició feminista i defensora dels drets humans que permet entreveure que aquest tipus de pràctica atenta contra la integritat física i psíquica de les dones i nenes que se'ls hi practica ja que es tracta d'amputar una part funcional i sana de l'organisme femení. Tot i així, és important saber que els termes utilitzats sobre aquesta pràctica són diversos segons qui en parla, en quin context es troba i quin rerefons se li vol donar.

La població practicant utilitzen termes que fan referència a la tradició, entesa com a un conjunt de costums, idees, usos o normes que té un grup i que ha prevalgut al llarg dels anys passant de generació en generació; o van encaminades a la higiene de la dona per donar una càrrega més simbòlica i menys emocional. La població musulmana que la practica, ho fan a través del terme *sunna* que significa camí a seguir. En el cas d'algunes de les llengües autòctones dels col·lectius que la practiquen, hi trobem nominacions com *nyakaa* en el cas del mandinga vol dir iniciació femenina, *tahara* o *tahur* en el cas d'Egipte i Sudan, respectivament, referint-se a purificació; o bé, *sili-li* en la llengua bambara que vol dir neteja<sup>2</sup>.

Autors de les ciències socials, prefereixen parlar de *Femele Genital Cutting* (FGC), que podria ser traduït com a Talls Genitals Femenins, com una manera més respectuosa a l'hora de referir-se, no a la intervenció, sinó a la població que

---

<sup>2</sup> A l'apartat de contextualització cultural de la pràctica (pàg.21) s'explica més detalladament d'on ve aquest origen.

l'executa. D'aquesta manera, s'eviten l'estigmatització, els barbarismes o els judicis morals sobre la pràctica en qüestió.

Sota aquest terme, també en parlen alguns professionals de la salut que es troben en un context ben diferent al nostre, com és en el cas d'Egipte, ja que els permet donar un reconeixement de la pràctica com a intervenció mèdica dins a l'especialitat de Cirurgia Genital Femenina<sup>3</sup>. (Associació Catalana de Llevadores, 2006).

Entorn aquest fenomen, també és important analitzar i aclarir determinades terminologies que sovint s'utilitzen com a sinònim de MGF però que impliquen diferents formes d'intervenció, com per exemple:

- Ablació: separació o extirpació d'un òrgan o de qualsevol part del cos.
- Circumcisió: tallar circularment una porció del prepuci.
- Mutilació: tallar o disminuir una part del cos d'una manera violenta o mitjançant una operació.
- Excisió: ablació d'una part petita fet amb un instrument tallant.

El concepte circumcisió, sempre s'ha associat al ritual d'entrada a l'edat adulta tant pels nens com per les nenes. Els termes referents a l'excisió i l'ablació han estat incorporats en la medicina per indicar alguns tipus de procediments quirúrgics. En canvi, la mutilació, ha estat considerada, pel dret penal, per assenyalar una intervenció delictiva sobre el cos humà. Per aquest motiu, existeix la tendència d'interpretar com a patologia el que es refereix a les excisions o ablacions, com a quelcom cultural quan es parla de circumcisió i, a penal el referent a qualsevol tipus de mutilació. Tanmateix, l'ús comú del concepte mutilació s'usa com a terme genèric sense distinció de les diferents formes abans exposades.

---

<sup>3</sup> *En el cas d'Egipte, malgrat haver un Decret Ministerial des de l'any 1996 que la prohibeixi, han trobat la via legal per continuar-la executant mitjançant aquesta especialitat de salut i donant com a raó, qüestions sanitàries.*(Azaola, 2004, p.174; Suleiman, 1998).

Així mateix, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) inclou en la mutilació genital femenina tots els procediments, que de forma intencionada i per motius que no són mèdics, alteren o lesionen els òrgans genitals femenins.

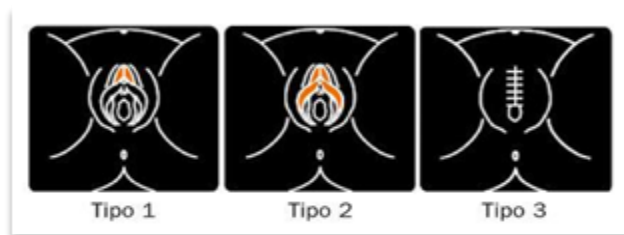
Per altra banda, UNICEF (Fons de les Nacions Unides per a la Infància), afirma que *“aquesta pràctica segueix una de les violacions dels drets humans més persistents, omnipresents silenciosament tolerada”* ara no només a l'Àfrica sinó també arreu del món on s'acull persones procedents dels països on es practica

## 2. Tipus de mutilació genital femenina

---

En general es troben quatre tipus de MGF que són reconeguts per l'Organització de les Nacions Unides (ONU). Aquesta organització les va classificar a l'any 1995 i van ser revisades al 2008. Aquestes són:

- Tipus I – Clitoridotomia: Implica l'eliminació parcial o total del prepuç del clítoris. És el tipus d'intervenció que en el món islàmic s'equipara a la circumcisió masculina.
- Tipus II – Excisió: Supressió del clítoris amb extirpació total o parcial dels llavis menors i deixant intactes els llavis majors.
- Tipus III – Infibulació: També coneguda com a circumcisió faraònica. Consisteix en eliminar el clítoris, els llavis majors i menors, i estrènyer o segellar l'obertura vaginal deixant dos petit orificis per a la sortida de l'orina i la sang menstrual.
- Tipus IV: Tots els altres procediments lesius dels genitals externs amb fins no mèdics, tals com, la 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 d'herbes corrosives a la vagina per causar sagnant o amb la finalitat d'estrènyer el canal vaginal, etc...



Font: GIPE-PTP (2010)

L'any 2007, la OMS, va introduir alguns matisos i subclassificacions on distingia, per exemple, dins del tipus I si s'afectava al clítoris o només al prepuci d'aquest, dins del tipus II si la mutilació afectava al clítoris, als llavis menors o als llavis majors, dins del tipus III emfatitza sobre l'estranyament de l'obertura vaginal més que en l'eliminació dels òrgans en sí, i proposa subdivisions segons si es mutilen els llavis menors o majors en el procediment.

La presència i el pes de la pràctica varia segons les zones geogràfiques, configurant mapes específics de la MGF tant a L'Àfrica com a Europa tal i com podeu veure detallat a l'apartat de l'emmarcament contextual que hi ha més endavant (pàg. 18).

A Catalunya, la població que hi ha en risc és originària, bàsicament, de regions on es practica el tipus I i el tipus II.

### **3. Conseqüències que comporta per a la dona**

---

Tal i com s'apunta a la mateixa introducció d'aquest treball, la MGF és un acte de violència masclista que, com tot maltractament, genera complicacions físiques, psicològiques i sexuals a les dones i a les nenes.

Segons la tipologia de MGF que s'ha portat a terme i les condicions que l'han acompanyada fa variar la gravetat de la conseqüència en qüestió. Cal tenir en compte el material utilitzat, la higiene que l'ha envoltat, l'edat de la nena en el moment de la mutilació... i, també, el temps que fa que s'ha produït la pràctica en qüestió ja que trobem conseqüències tant a curt, a mitjà, com a llarg termini. En la guia per a professionals per la prevenció i atenció de la mutilació genital femenina

de l'Associació Catalana de Llevadores (2006), es fa una descripció molt acurada en què consisteixen totes aquestes conseqüències.

Si la pràctica de la MGF s'ha produït recentment, parlarem que la víctima patirà unes **conseqüències immediates**. En els genitals femenins s'hi troben molts vasos sanguinis i terminacions nervioses, per tant, una ablació del clítoris i dels llavis menors pot provocar un intens *dolor* a més, en molts casos, pot ocasionar dificultats per orinar correctament fruit d'una *retenció urinària reflexa*. Per altra banda, l'amputació del clítoris produeix una forta *hemorràgia*, que en alguns casos, pot arribar a causar la mort per *xoc hipovolèmic*.

En cas d'utilitzar material no esterilitzat, o en males condicions, pot causar una *infecció local* de la ferida, una *ulceració* de la regió genital o bé *lesions del teixit adjacent*, que ocasionalment, quan aquesta infecció és molt greu, desemboca en una *septicèmia mortal*.

Passat uns anys d'haver-se produït la MGF, la dona va experimentant varies conseqüències derivades d'aquesta intervenció. Aquestes, són conegudes com a **conseqüències a mitjà i a llarg termini**. A nivell general, hi trobem totes aquelles que venen derivades de les conseqüències immediates que hem apuntat anteriorment.

A causa de les males condicions higièniques que sovint es produeix la MGF, apareixen les *infeccions múltiples* vulvars, urinàries o ginecològiques i fins i tot infeccions víriques com el *tètanus*, *hepatitis* o *VIH*. Les seqüeles ginecològiques poden persistir causant *esterilitat* o *infertilitat*.

Arrel de les hemorràgies que s'han comentat a les conseqüències immediates, es poden desencadenar *anèmies severes* que s'agreugen quan hi ha problemes de malnutrició o anèmies hereditàries, bastant freqüent en moltes de les zones d'Àfrica on es practica la MGF.

Per altra banda, també apareixen complicacions ginecològiques, obstètriques i sexuals, que depenen del grau de mutilació practicat a la nena, provocant problemes *genitourinaris* més o menys intensos.

Quan es parla de complicacions a nivell d'obstetrícia (especialitat mèdica relacionada a l'aparell reproductor femení) es fa referència a les dificultats que pot comportar en el moment del part en la dona que se l'hi ha practicat una mutilació del tipus II o III ja que hi ha perill d'*esquinçament de la cicatriu*. A més, en aquesta tipologia de mutilació, hi ha la possibilitat que s'hagin creat formacions de *queloides* (lesions de la pell formades per creixements exagerats del teixit on es troba la cicatriu) o bé de *nòduls dermoides* que fan perdre l'elasticitat d'aquesta zona tant necessària durant un part. I en el cas que aquest hagi pogut ser possible, el fet que hi hagi cicatrius o nòduls fa difícil, si és necessari, sondar a les pacients i per tant hi ha perill de patir una *retenció urinària* propensa a *infeccions d'orina* i *hemorràgies per atonia uterina* (perdre la musculatura de l'úter).

A nivell ginecològic i sexual, trobem que el clítoris és la part més sensible dels òrgans sexuals femenins, per tant, després d'haver-se practicat una ablació total o parcial d'aquest, es produeix, inevitablement, una modificació de la sensibilitat que pot dificultar l'orgasme de la dona i, fins i tot, impedir-lo.

Si la uretra queda lesionada fruit d'haver-li practicat la MGF, es produeixen *retencions o incontinències urinàries*. Per altra banda, si la dona ha estat sotmesa a una mutilació del tipus III, té moltes dificultats a l'hora d'orinar correctament ja que ho ha de fet gota a gota, per tant, pot arribar a tardar fins a 15 minuts per buidar la seva bufeta, la qual cosa, com que resulta tant costós i dolorós, la dona es resistirà a beure líquids i per tant li provocarà *infeccions d'orina* greus i freqüents.

També hi ha efectes sobre la menstruació, que pot arribar a durar 10 dies i la clausura de la vulva produeix una retenció de la sang menstrual (*hematocolps*), que acostuma a ser molt dolorosa (*dismenorrea*) i també és habitual el mal olor, fruit de les *infeccions vaginals i uterines*.

En totes aquestes conseqüències físiques, no es pot oblidar l'impacte psicològic que pateix la nena i la dona en passar per una situació d'aquestes característiques ja que li pot generar *ansietat, depressió, terror, por, sentiments d'humiliació i trastorns sexuals*.



En el quadre següent, es vol fer un resum de totes les possibles conseqüències que té la pràctica de la MGF per a la salut de les nenes i dones que se'ls hi ha practicat i que s'han anomenat:

Àmbits	Conseqüències immediates	Conseqüències a mig i llarg termini
<b>Físic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor molt intens</li> <li>• Infeccions locals</li> <li>• Hemorràgies</li> <li>• Transmissió d'infeccions com el Tètanus, el VIH o l'Hepatitis</li> <li>• Retenció urinària</li> <li>• Possible mort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anèmies cròniques</li> <li>• Fístules genitourinàries</li> <li>• Retenció de líquids</li> <li>• Retenció del contingut menstrual a la vagina</li> <li>• Incontinència urinària</li> <li>• Infeccions urinàries</li> <li>• Dolors menstruals</li> <li>• Esterilitat</li> <li>• Infeccions genitals</li> <li>• Complicacions obstètriques</li> </ul>
<b>Psicològic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por</li> <li>• Terror</li> <li>• Angoixa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressió</li> <li>• Por a les primeres relacions sexuals o al part</li> <li>• Confusió i sentiments de contradicció</li> <li>• Incertesa i temor un cop les nenes són adolescents i són conscients de la seva situació</li> </ul>
<b>Sexual</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminució de la sensibilitat sexual</li> <li>• Dolor en les relacions sexuals</li> <li>• Davallada de l'impuls sexual</li> <li>• Anorgàsmia</li> <li>• Por i rebuig</li> </ul>

Font: Elaboració pròpia.

Per acabar de tenir una visió de la gravetat que comporta la MGF, és important acompanyar aquestes conseqüències amb dades de quantes dones i nenes les estan patint. Segons els últims informes portats a terme per UNICEF, es calcula que prop de tres milions de dones i nenes s'afronten cada any al risc de ser mutilades i s'estima que més de 140 milions de dones i nenes ja han estat sotmeses a la pràctica.

## II. EMMARCAMENT CONTEXTUAL

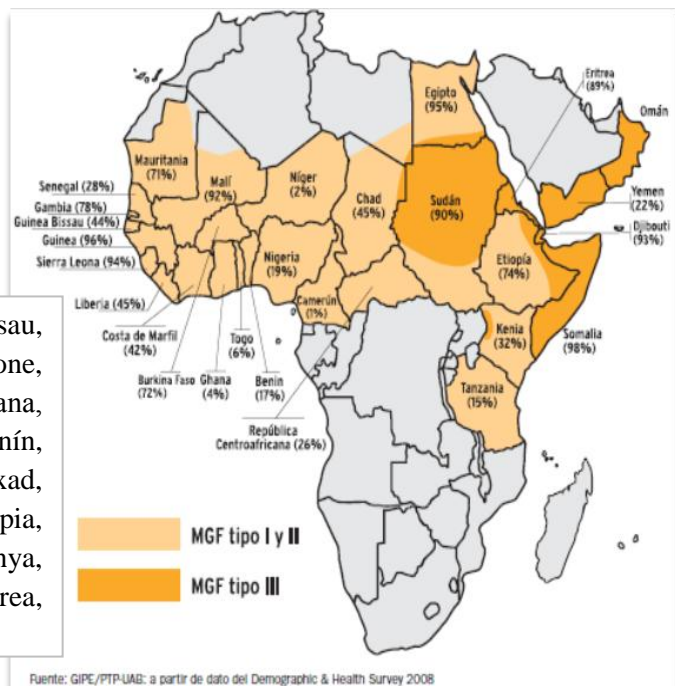
### 1. Contextualització territorial on es practica la MGF

La MGF és una de les pràctiques tradicionals perjudicials més estesa que hi ha en tot el món. Majoritàriament es practica en 28 països de l'Àfrica i Àsia que es troben en la franja del *Sahel* que va des de la zona oest de Senegal fins a l'est de Somàlia. La seva pràctica va perdent força a mesura que s'avança cap a la zona equatorial, i ja no es practica a la resta de països tret dels de la zona dels Grans Llacs d'Àfrica.

Tot i així, existeixen altres països en els que s'hi han trobat proves documentades acreditatives de la pràctica o que, encara ara, es du a terme, com és el cas de l'Índia, Indonèsia, Irak, Israel, Malàisia, Paquistán, Kurdistan iraquiana i Emirats Àrabs Units. També hi ha algunes dades esporàdiques a Colòmbia, a Uganda, Zambia i Sri Lanka.

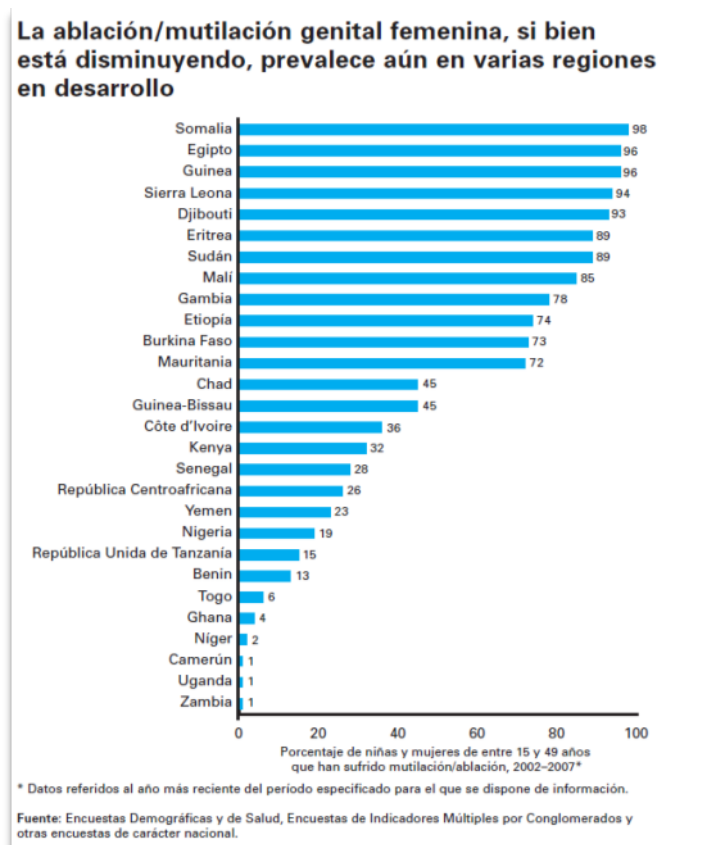
A partir d'aquí, s'han anat confeccionant diferents mapes específics donant més rellevància a uns països o uns altres. Un exemple és el que es presenta a continuació extret a partir de dades del GIPE-PTP (2010) que ens mostra la distribució geogràfica, segons la tipologia de MGF que es practica i el percentatge de la prevalença de la pràctica en aquests països.

Senegal, Gàmbia, Guinea Bissau, República de Guinea, Serra Leone, Libèria, Costa d'Ivori, Ghana, Burkina Faso, Togo, Mali, Benín, Nigèria, Mauritània, Níger, Txad, Camerun, Egipte, Sudan, Etiòpia, República Centreafricana, Kenya, Tanzània, Somàlia, Oman, Eritrea, Diïbouti, Iemen.



Observant el mapa, es poden dibuixar alguns patrons de prevalença de la MGF. Per exemple, als països del nord-est d'Àfrica (Egipte, Eritrea, Etiòpia i Sudan) es troben entre el 80 i el 97%, mentre que a l'Àfrica Oriental (Kenya i Tanzània) està entre el 18 i el 32%. Aquestes dades representen mitjanes nacionals que sovint no reflecteixen les variacions que hi poden haver entre diferents àrees d'un mateix país, com és el cas de Nigèria, que la prevalença nacional se situa en el 19% i, en canvi, en les regions del sud poden arribar fins a un 60% mentre que al nord del país està entre el 0 i el 2%. (UNICEF, 2005).

En el següent quadre (UNICEF, 2008), es mostra de manera més clarificadora, el llistat dels països que la practiquen i la persistència que encara té en aquestes regions ordenades de forma descendent:



Així doncs, trobem països com Somàlia, Egipte, Guinea, Sierra Leone, Djibouti, Eritrea, Sudan, Mali o Gàmbia, que encara ara, més del 75% de les nenes i dones d'entre 15 i 49 anys se l'hi ha practicat l'ablació.

La major gravetat no és només aquest índex tant elevat de pràctica, sinó que en alguns d'aquest països amb més prevalença, tenen legislació específica que la prohibeix com és en el cas d'Egipte des de l'any 1996, Guinea des de l'any 2006, Djibouti des del 1995, Eritrea des de l'any 1994, Sudan des del 2003 o Mali des del 2002<sup>4</sup>.

Amb les migracions, allò local es fa global, i la MGF també s'estén pel món i es practica en les comunitats de la diàspora africana residents a Europa, Nord-amèrica, Austràlia i Nova Zelanda.

Els patrons d'aquests moviments migratoris, sovint van més enllà dels factors econòmics, i amb freqüència, es reflecteix els llaços establerts en el passat colonial. Per exemple, ciutadans de Benín, Txad, Guinea, Mali, Níger i Senegal solen escollir França com a destí, mentre que Kenya, Nigèria i Uganda, tenen una tendència migratòria al Regne Unit.

Per altra banda, en els anys 70, la guerra, el malestar social i la sequera existent en diversos països d'Àfrica com és el cas d'Eritrea, Etiòpia o Somàlia, va fomentar una arribada de refugiats a l'Europa Occidental, i per tant, països com Noruega i Suècia que fins aleshores no s'havien vist afectats per les emigracions, van tenir un increment de la població en aquest sentit.

Malgrat aquesta configuració de mapes, es fa difícil identificar la població que està en risc de la que no, ja que la vinculació amb la pràctica de la MGF depèn més de la identitat ètnica que no del país de residència. No tots els grups ètnics d'un mateix país la porten a terme, com per exemple, a Senegal, on la majoria de la població és wolof no la realitzen, i en canvi hi trobem un 28% de prevalença. Per altra banda, en alguns estudis portats a terme a Gàmbia s'ha observat poblacions que tradicionalment no la practicaven i que, al entrar en contacte amb altres grups que si que ho fan, han començat a portar-la a terme.

---

<sup>4</sup> Es pot consultar el quadre de la pàgina 38 on s'especifica com estava la legislació de la MGF a l'Àfrica a l'any 2009.

Les dades sobre les ètnies que practiquen la MGF són difícils de comptabilitzar ja que s'han de tenir en compte diversos factors. Per una banda, perquè els grups es troben dispersos i no corresponen a divisions nacionals definides, i per l'altra, perquè existeixen subgrups dins les principals ètnies amb diferents pràctiques, per tant, una generalització ens podria portar a l'estigmatització.

Una dada que es podria considerar com a factor a tenir en compte, és la relació entre la vida urbana i la prevalença, tal i com ho apunten alguns estudis portats a terme mitjançant les Enquestes Demogràfiques i de Salut (DHS) i les Enquestes Agrupades d'Indicadors Múltiples (MICS)<sup>5</sup>. Dels 18 països coberts per les DHS i les MICS, 12 demostren una major prevalença de la MGF en les àrees rurals que en les urbanes, encara que, en alguns casos, la diferència és poca. (UNICEF, 2005).

## **2. Contextualització cultural que envolta la MGF**

---

Es desconeix l'origen de la MGF, però es considera que podria ser una pràctica mil·lenària sorgida a l'antic Egipte fa més de 6.000 anys a. de C. i que es va anar estenent mitjançant la civilització egípcia per l'Àfrica Oriental, Occidental i a l'Orient Mitjà molt abans del naixement i l'expansió de l'Islam. Tot i que algunes comunitats musulmanes, i d'alguna altra religió, la practiquen, es pot afirmar que no és un precepte islàmic, ni tampoc de cap de les religions majoritàries.

Sovint es relaciona directament amb l'Islam i es crea una confusió amb la obligatorietat d'aquesta ja que en el cas de la circumcisió masculina, a diferència de la femenina, sí que hi ha una *sharia* (fonament de la llei islàmica) que la refereix com a obligatòria i per tant té un caràcter perceptiu. Tots els homes musulmans estan circumcidats, mentre que no totes les dones musulmanes estan

---

<sup>5</sup>Les DHS i les MICS són la principal font d'anàlisi de dades sobre l'Ablació i la MGF. L'organització que les porta a terme és MEASURE DHS+ que dona suport als països en desenvolupament de tot el món recopilant dades per fer-ne un seguiment i una avaluació de programes per a la població sobre salut i nutrició. Les DHS proporcionen dades nacionals i subnacionals sobre planificació familiar, salut materna i infantil, salut reproductiva i de nutrició. (UNICEF, 2005)

mutilades. La MGF, és considerada com una *sunna* que significa camí a seguir i que forma part de la tradició i només és una recomanació sense obligació. És important tenir en compte que es tracten de pràctiques (tant la masculina com la femenina) preislàmiques i que l'Alcorà no l'esmenta en cap dels seus versicles.

Més enllà de les creences religioses de les societats on es practiquen, tant la MGF com la circumcisió masculina, són tradicions fortament lligades al teixit cultural de nombrosos pobles en els que aquestes dues pràctiques comparteixen un denominador comú: la socialització humana que dona un sentiment de pertinença al grup, a la religió, al gènere, tant aïllats com combinats entre sí. Pot ser un requisit ineludible per poder casar-se, per assolir una determinada posició o simplement per ser acceptada dins la comunitat, ja que amb la intervenció es creu que la dona aconsegueix pulcritud i puresa. (Álvarez, 2001).

Les raons que addueixen les pròpies dones per a continuar practicant la MGF, són per qüestions d'higiene, d'estètica, per facilitar el part, promoure una cohesió social, prevenir la promiscuïtat, augmentar les oportunitats matrimonials, preservar la virginitat, potenciar la fertilitat, mantenir una bona salut i prevenir el naixement de nens morts, ja que creuen que, si el nen, al néixer, toca amb el seu cap el clítoris, pot morir o patir algun trastorn mental.

En realitat no hi ha una justificació explícita de l'acció sinó que procedeixen directament a fer-la, i en tot cas, quan se'ls hi pregunta, remetent a la tradició, a la religió o exposen raons estètiques (el clítoris pot créixer massa), sanitàries (és més higiènic) i de protecció (de la virginitat). Identificar la MGF com una convicció social ajuda a entendre que les dones que han estat sotmeses a la pràctica i que n'han patit les conseqüències físiques, estiguin a favor de la continuïtat amb les seves filles. Abandonar la pràctica implica pèrdua d'estatus i de protecció. La convicció només pot canviar quan un número significatiu de famílies d'una mateixa comunitat elegeixin col·lectivament abandonar la pràctica definitivament.

També cal parlar que en termes socials o culturals, entenent cultura com un conjunt de pautes, creences, símbols, conductes i tradicions que organitza socialment a un grup amb idees i hàbits apresos i que els distingeixen d'un altre

grup, que tant la circumcisió masculina com la mutilació femenina formen part del ritus del pas a l'edat adulta, imprescindible per l'accés dels nens i nenes al món dels adults. Els rituals d'iniciació no són rituals de pubertat física perquè no coincideixen amb la pubertat fisiològica, sinó que coincideixen amb la pubertat social. Aquest ritual forma part d'una iniciació que permet un canvi d'estatus dins dels grups d'edat que es van configurant al llarg del cicle vital de cada individu, la circumcisió simbolitza la unió al grup, tal i com menciona Van Gennep (1986): *“el ritual de pas (...) es tracta d'una qüestió de pertinença al grup, per tant de cohesió social, és un acte social que marca la separació del món asexual de la infància i la incorporació al món sexual dels adults, format per individus d'un i altre sexe”*. (Álvarez, 2001).

Aquests rituals d'iniciació són complexos i disposen de tres fases que estan pautades culturalment per uns elements, uns personatges i uns continguts concrets. Aquestes fases són: separació, quan el nen o la nena són apartats de la comunitat per fer la circumcisió o la mutilació; marginació, que és el període de cicatrització de la ferida; i agregació, on se celebra una gran festa de “graduació”. La segona fase, la de marginació, és el període considerat amb més normes, atencions i riscos. És un temps ple de tabús, prescripcions i prohibicions especials que ensenyaran als nens i a les nenes a formar part del món adult. (Associació Catalana de Llevadores, 2006)

Les persones encarregades a portar a terme el ritual, són legitimats pels més ancians del poble. Cada un rep un nom i compleix amb unes funcions específiques. Les dones que executen la mutilació, han estat instruïdes per les seves mares i àvies, que en les zones rurals, solen ser també les llevadores tradicionals que atenen els naixements i cuiden de les mares i dels recent nascuts durant els primers dies posteriors al part.

Al tractar-se d'una pubertat social i no fisiològica, l'edat de produir-se varia en funció de l'ètnia, la localització territorial i la densitat de població demogràfica dels grups. Per exemple, Senegal i Gàmbia, zones de procedència majoritària de la població que arriba a Catalunya, les nenes actualment són mutilades quan tenen entre 4 i 7 anys d'edat, tot i que en funció de quina ètnia pertanyen són mutilades

de més petites, però sempre abans de la primera menstruació. (Associació Catalana de Llevadores, 2006). En el cas de les nenes egípcies, en el 90% dels casos, se'ls hi practica entre els 5 i els 14 anys, mentre que a Etiòpia, Mali i Mauritània, el 60% de les nenes són sotmeses abans dels 5 anys. Un últim exemple d'aquesta diversitat d'edats, és el cas de Iemen, on les Enquestes de Demografia i de Salut realitzades al 1997, es va descobrir que el 76% de les nenes eren mutilades durant les dues primeres setmanes de vida. (UNICEF, 2005).

Sintetitzant, la mutilació genital femenina és, doncs, una pràctica cultural que es realitza en el context d'una comunitat i d'un grup, que se justifica en creences errònies des de molts diversos àmbits (Generalitat de Catalunya, 2007):

- El costum i la tradició que determinen el rol de la dona dins la comunitat.
- El control de la sexualitat i el foment de la castedat. Es creu que mitiga el desig sexual, garanteix la fidelitat i incrementa el plaer sexual masculí.
- Les funcions reproductives. Hi ha la creença que les dones no mutilades no poden concebre o que millora i facilita el part. També es pensa que es pot arriscar la vida del nadó si aquest en el moment del part frega 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 bellesa 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.

Quan la població practicant migra cap a països occidentals, com és en el cas d'Espanya, la MGF es troba envoltada de nous conflictes que dificulten poder fer-se efectiva. Per una banda, topa amb una cultura que no la practica, que probablement no la coneix, i quan hi entra en contacte, la condemna i persegueix mitjançant la via legal. Per l'altra, la població practicant no té la percepció que la pràctica de la MGF sigui una acció prioritària ja que les seves urgències són de caràcter laboral, residencial, legal, d'habitatge, de violència



domèstica, escolar, etc. A més, quan s'ho qüestiona, entra en un conflicte de lleialtat en vers a les pròpies tradicions i a les persones grans dels seus països d'origen que són les que divulguen la cultura. I finalment, es troben davant un debat entre la integració vers l'estigmatització que no contribueix en absolut a la socialització i a la construcció d'una nova cultura.

Amb tots aquests conflictes, viure en un lloc diferent al d'origen, on la pressió comunitària imposa pràctiques com la MGF, és també una oportunitat per evadir aquest estricte control social i decidir amb més llibertat sobre el futur de les seves filles. Així, en una lògica circular i transcontinental, les dones que han emigrat es transformen en referents per a les que romanen a l'Àfrica, amb les quals segueixen en contacte, contrastant sabers i experiències, sobretot en aspectes de salut sexual i reproductiva.

En general, les dones africanes han estat transmissores de cultura en el sí de la família, perpetuant o promovent el canvi de valors tradicionals, i en el procés migratori són les que presenten una major disponibilitat a les transformacions identitàries. La pròpia tradició ha exercit rols preponderants en la societat africana com a principal motor de canvi i dinamització d'estructures ancestrals.

La comprensió dels aspectes socioculturals de la pràctica han estat la base per al posterior desenvolupament d'una proposta de ritual alternatiu: “*La Iniciació sense Mutilació*”.

Aquesta proposta metodològica de ritual alternatiu, exclou la primera fase física, on es produeix la mutilació, i conserva les posteriors, de transmissió cultural i pertinença social, de forma que es conservi el ritual i la seva funcionalitat com a transmissor de la cultura.



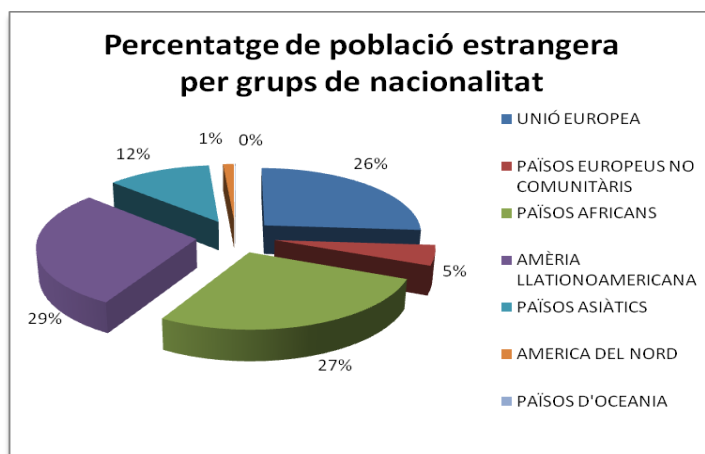
Font: Pàgina web de GIPE-PTP.

### 3. Contextualització demogràfica de la població practicant a Catalunya

Catalunya és la comunitat autònoma on, en xifres absolutes, resideixen més persones de nacionalitat estrangera d'Espanya. Segons dades provisionals del padró continu de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) a 1 de gener de 2012 a Catalunya viuen 1.183.907 persones de nacionalitat estrangera, que significa el 15,68% dels seus més de 7,5 milions d'habitants.

La nacionalitat estrangera majoritària resident a Catalunya és la marroquina amb un total de 238.370 persones que representa el 20,13% de la població nouvinguda i el 3,15% del total de la població de Catalunya. En segon lloc hi trobem la romanesa amb 105.856 persones i a continuació l'equatoriana amb 59.349 persones que representen el 8,41 i el 5,01% de la població estrangera, respectivament.

Per altra banda, cal destacar que el conjunt de població llatinoamericana representa un terç de la població estrangera i darrera seu, amb molt poca diferència, s'hi troben el conjunt de països africans que suposen el 27% de la població immigrada.

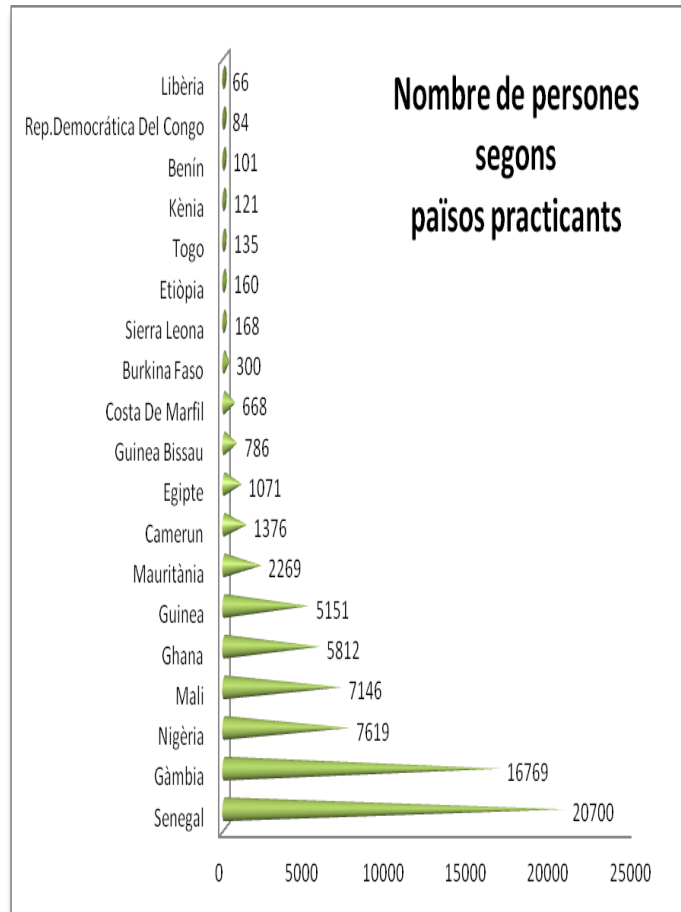


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades provisionals de padró a 1 de gener de 2012. INE

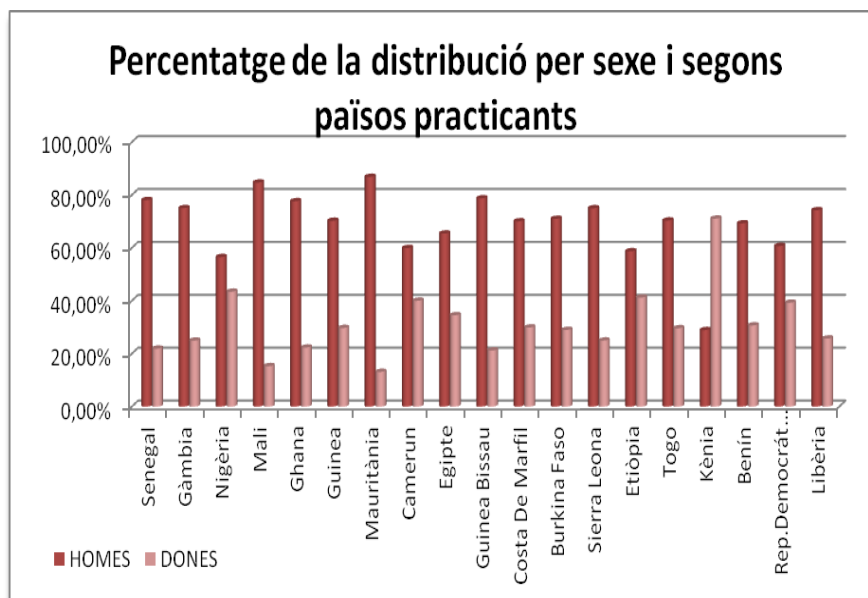
Catalunya, és també, la comunitat autònoma que presenta un major número de residents procedents dels països on es practica la MGF. Segons les dades

provisionals de l'1 de gener de 2012, resideixen més de 70.500 persones que representa més del 6% de la població estrangera, una xifra molt superior respecte a la resta de comunitats autònomes d'Espanya. Els països que són pioners en aquest rànquing són Senegal i Gàmbia que entre els dos sumen més de 37.000 persones que és més de la meitat de la població del conjunt dels països practicants. Tal i com es pot observar en el gràfic següent, els països susceptibles a consumir la pràctica que resideixen a Catalunya i que el seu total sumen més de 1.000 persones, per ordre descendent, són: Senegal, Gàmbia, Nigèria, Mali, Ghana, Guinea, Mauritània, Camerun i Egipte. D'aquests, cal destacar Guinea, Egipte, Mali, Gàmbia i Mauritània ja que són països on la prevalença de la pràctica és superior del 70%.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades provisionals de padró a 1 de gener de 2012. INE.

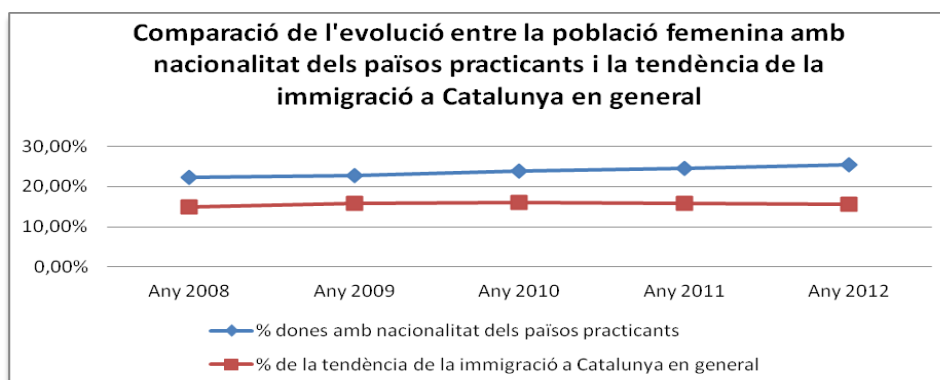


L'anàlisi que es pot fer en relació al sexe, cal destacar la masculinitat de la població en risc que practica la MGF i que viu a Catalunya ja que és tres vegades superior a la femenina, un total de 52.600 homes respecte a les gairebé 18.000 dones. Només en la població keniana el número de dones supera als homes (86 dones i 35 homes) i les nacionalitats nigeriana i etiòpica presenten un major equilibri entre homes i dones.



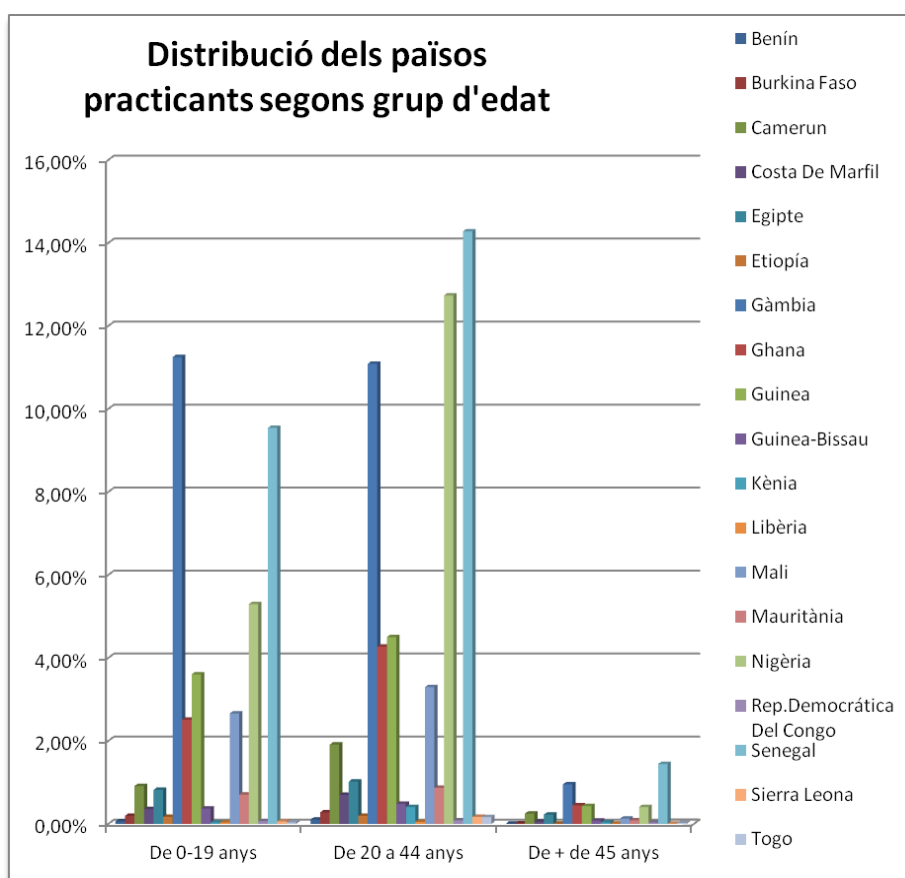
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades provisionals de padró a 1 de gener de 2012. INE.

Analitzant només la població femenina, Senegal, Gàmbia i Nigèria són els tres països amb més dones residint a Catalunya. Comparant amb dades d'anys anteriors, s'observa un increment considerable de dones, per exemples, en les dades obtingudes a l'1 de gener de 2008, hi trobàvem a Catalunya un total de 12.917 dones, mentre que les dades provisionals a l'1 de gener de 2012 parlen de 17.960. Malgrat que la tendència general de l'índex d'immigració a Catalunya en aquest últim any hagi estat la de disminuir 0,2 punts, no es pot dir el mateix de la població femenina practicant de MGF.



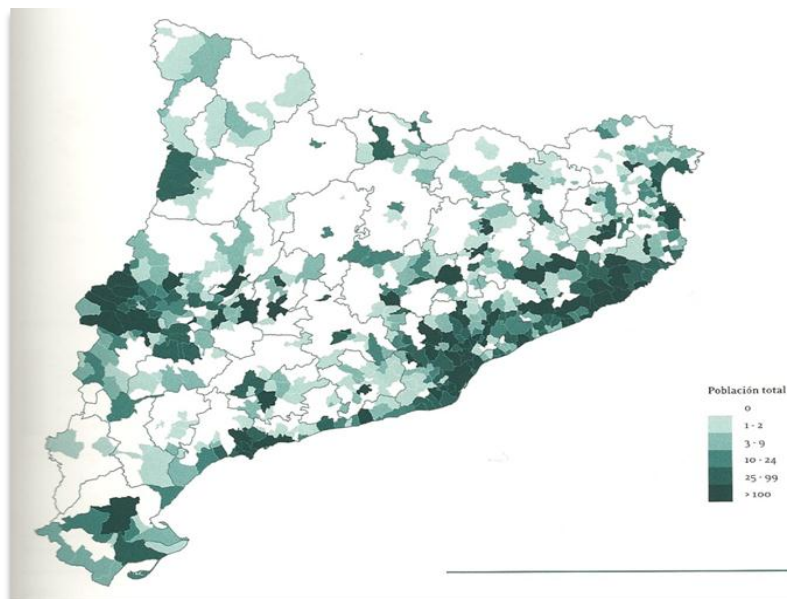
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades provisionals de padró a 1 de gener de 2012. INE.

Finalment, és important distribuir aquestes dades en diferents grups per edats. Comparant la població infantil amb l'adult veiem que gairebé el 40% de la població femenina de procedència de països practicant és menor d'edat. Per altra banda, a diferència de la comparació que s'ha fet anteriorment sobre les nacionalitats predominants en població femenina, quan parlem de població infantil, veiem que la nacionalitat que més nenes té és la gambiana, seguida de la senegalesa i continuant per la nigeriana amb 2.020, 1.714 i 951 nenes respectivament.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades provisionals de padró a 1 de gener de 2012. INE.

Tot i així, degut el gran volum de població estrangera a Catalunya, la localització geogràfica d'aquesta es troba molt diversificada en tot el territori. A continuació, prenent com a marc de referència el Mapa de Mutilació Genital Femenina 2009 elaborat per Adriana Kaplan i Antonio López (2010), es presenta el mapa de distribució de la població de les nacionalitats en les que es practica la MGF.



Font: (Kaplan i López, 2010).

Així doncs, veiem que la concentració de població es fa entorn a les 4 capitals de província catalanes i al llarg de la costa del Maresme, La Selva i Sud del Baix Empordà.

A la demarcació de Barcelona, a 1 de gener de 2008, vivien gairebé 6.000 dones dels països que practiquen la MGF. Segons Kaplan i López (2010) sembla ser que aquestes comarques de l'àrea metropolitana de Barcelona, excepte el Maresme, no es caracteritza precisament per tenir un número molt nombrós de població infantil. Pel que fa als països majoritaris, també es diferencia del què marca el conjunt de Catalunya, i es posicionen entre els tres primers Nigèria, Senegal i Guinea. En quan als municipis que més població femenina tenen són Barcelona, Granollers, Sabadell, Terrassa, l'Hospitalet de Llobregat, Santa Coloma de Gramanet i Badalona.

En els municipis costaners de les comarques del Maresme, La Selva i Sud del Baix Empordà, hi resideixen, sobretot, població de nacionalitat gambiana i senegalesa tant en xifres d'homes com de dones. A més, en aquesta zona, les xifres de nenes és especialment alta en comparació amb la població adulta. A 1 de gener de 2008, es comptabilitzaven més de 500 nenes al Maresme i més de 250 a

la comarca de La Selva. En quan els municipis amb més població femenina són Mataró, Blanes, Pineda de Mar, Calella de Mar i Lloret de Mar.

A la demarcació de Girona, hi destaquen sis municipis molt per sobre de la resta de Catalunya, aquests són Salt, Banyoles, Olot, Girona, Figueres i Cassà de la Selva. En tots ells, la població que més predomina és la gambiana. Salt, és el tercer municipi del conjunt de Catalunya amb més població femenina de nacionalitat de països on es practica la MGF (per davant només hi figura Barcelona i Lleida) i és el municipi català amb més població infantil (seguida per Mataró, Banyoles, Lleida i Barcelona).

A la província de Lleida, s'hi troba la comarca del Segrià que és la cinquena comarca amb més número de dones amb nacionalitat dels països practicants de la MGF. Les ciutats amb més concentració d'aquesta població són Lleida, Cervera, Guissona i Balaguer; i majoritàriament parlem de població nigeriana i senegalesa.

Finalment a la zona de Tarragona, és on menys població concentrada hi ha respecte a les resta de les tres províncies, però són els municipis de Tarragona i Salou que últimament estan tenint un augment considerable de població, especialment nigeriana i senegalesa. (Kaplan i López, 2010).

Municipi	Gàmbia	Senegal	Nigèria	Guinea	Ghana	Malí	Altres països	Total general
<b>Barcelona</b>	18	119	334	372	72	15	234	<b>1164</b>
<b>Lleida</b>	87	133	347	79	41	64	174	<b>925</b>
<b>Salt</b>	503	123	125	34	41	49	47	<b>922</b>
<b>Mataró</b>	330	231	6	45	3	59	38	<b>712</b>
<b>Granollers</b>	96	275	5	44	3	20	13	<b>456</b>
<b>Banyoles</b>	398	33	0	0	0	10	15	<b>456</b>
<b>Sabadell</b>	159	68	57	51	24	21	58	<b>438</b>
<b>Tarragona</b>	8	28	275	11	34	10	38	<b>404</b>
<b>Vic</b>	0	26	177	2	161	8	11	<b>385</b>
<b>Olot</b>	295	25	1	3	1	9	38	<b>372</b>
<b>Girona</b>	225	58	20	11	2	16	30	<b>362</b>
<b>Terrassa</b>	4	217	44	8	1	5	24	<b>303</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de padró a 1 de gener de 2008. INE.

#### 4. Aproximació a la realitat de la comarca del Baix Empordà

La comarca del Baix Empordà té una extensió de 701,69 km<sup>2</sup> i una densitat de població del 189,7 habitants per km<sup>2</sup>, segons dades extretes de l'Idescat. La componen un total de 36 municipis i està delimitada per la comarca de l'Alt Empordà, Gironès i La Selva.

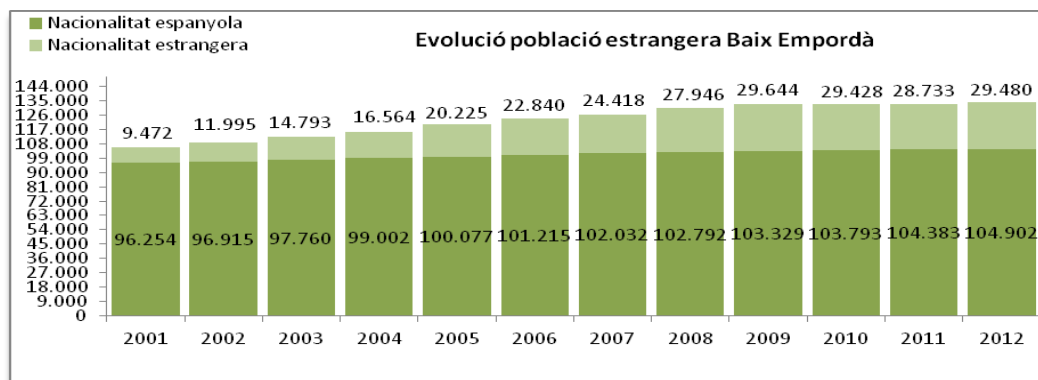


Font: [www.baixemporda.cat](http://www.baixemporda.cat)

Centrant-nos en l'estat de la immigració de la comarca, és important ressaltar que a l'1 de gener de 2011 és la segona comarca de la província de Girona que té un índex més alt d'immigració (per davant només hi té l'Alt Empordà), en total un 21,6% segons dades d'IDESCAT, i es posiciona en quart lloc quan la comparem amb la resta de comarques de tot Catalunya (per davant, a part de l'Alt Empordà, hi ha la Segarra i el Montsià). En total hi resideixen 133.116 persones, de les quals 28.733 són de nacionalitat estrangera.

Les dades de 2011 indiquen que el Baix Empordà ha sofert el primer retrocés de població en 35 anys, en un moment en què la tendència general a Catalunya també ha estat aquesta respecte a anys anteriors. A nivell de comarca s'ha passat de tenir un 22% d'immigració a 21,6%, una dada significativa si la comparem amb les dades totals de Catalunya que ha passat del 16,2% al 15,7%. No obstant, segons les dades de padró provisionals de 2012 indiquen un nou augment que caldrà veure si és estacional quan es tinguin les dades oficials.





Font: Dades cedides per la Direcció General per a la Immigració. Xifres oficials a 1 de gener de cada any (el 2012 és provisional).

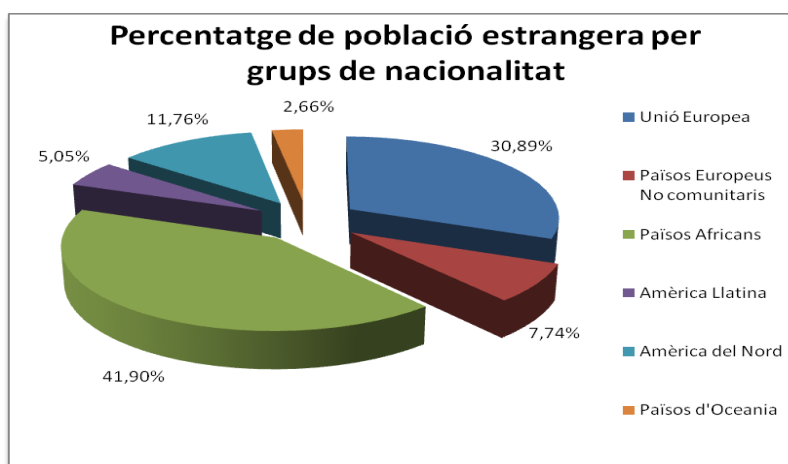
Provisionalment, a 1 de gener de 2012, les nacionalitats més nombroses que hi ha al Baix Empordà són procedents de, en primer lloc, Marroc, en segon de Romania i en tercer de Regne Unit. Gàmbia es posiciona en vuitena posició i llavors ja no trobem un altre país que es practica la MGF fins arribar a Mali que està a la vint-i-unena posició.

Nacionalitat	Total	%	Homes	Dones
<b>Marroc</b>	10.893	36,95%	6.052	4.841
<b>Romania</b>	2.728	9,25%	1.404	1.324
<b>Regne Unit</b>	1.369	4,64%	670	699
<b>Rússia</b>	1.158	3,93%	459	699
<b>França</b>	1.150	3,90%	583	567
<b>Hondures</b>	889	3,02%	261	628
<b>Alemanya</b>	821	2,78%	430	391
<b>Gàmbia</b>	821	2,78%	645	176
<b>Països Baixos</b>	796	2,70%	418	378
<b>Itàlia</b>	669	2,27%	385	284
<b>Ucraïna</b>	666	2,26%	333	333
<b>Colòmbia</b>	554	1,88%	257	297
<b>Argentina</b>	541	1,84%	266	275
<b>Bolívia</b>	521	1,77%	226	295
<b>Equador</b>	490	1,66%	255	235
<b>Bèlgica</b>	402	1,36%	202	200
<b>Xina</b>	367	1,24%	188	179
<b>Suïssa</b>	336	1,14%	161	175
<b>Uruguai</b>	305	1,03%	143	162
<b>Brasil</b>	303	1,03%	114	189
<b>Mali</b>	297	1,01%	250	47
<b>República Dominicana</b>	297	1,01%	138	159
<b>Perú</b>	242	0,82%	116	126
<b>Portugal</b>	224	0,76%	143	81

<b>Polònia</b>	209	0,71%	92	117
<b>Senegal</b>	204	0,69%	158	46
<b>Cuba</b>	200	0,68%	87	113
<b>Filipines</b>	175	0,59%	85	90
<b>Bulgària</b>	145	0,49%	69	76
<b>Altres 89 nacionalitats</b>	1.708	5,79%	866	842
<b>TOTAL</b>	<b>29.480</b>	<b>100,00%</b>	<b>15.456</b>	<b>14.024</b>

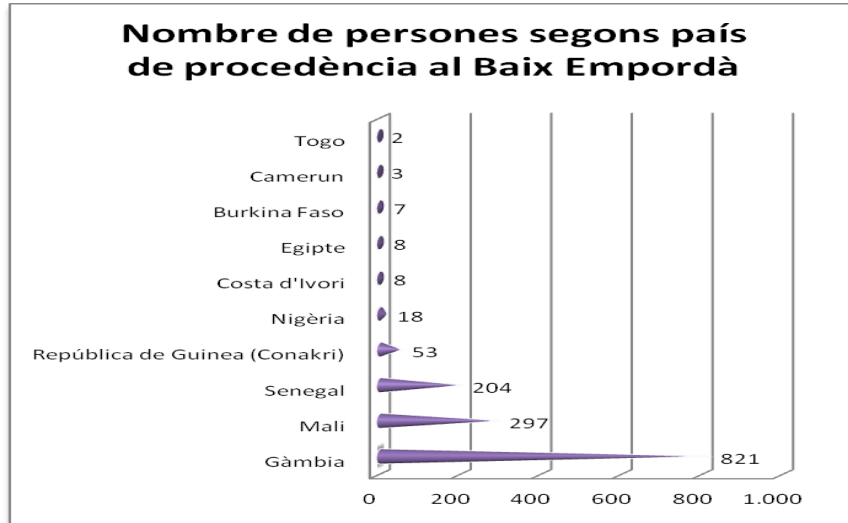
Font: Dades cedides per la Direcció General per a la Immigració. Xifres provisionals a 1 de gener de 2012.

Si ho agrupem per zones de procedència, veuríem que la tendència a la comarca del Baix Empordà és diferent a la del conjunt de Catalunya. Aquí els països majoritaris són, en primer lloc els provinents d'Àfrica amb un gairebé 42%, en segon lloc la Unió Europea amb un 31% aproximadament, i en tercer lloc Nord Amèrica amb un 12%. La gràfica del conjunt de països quedaria de la següent manera:



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades cedides per la Direcció General per a la Immigració. Xifres provisionals a 1 de gener de 2012.

El conjunt de nacionalitats dels països practicants de la MGF al Baix Empordà sumen un total de 1.430 persones que representa gairebé el 5% de la població estrangera (només un punt per sota de la mitjana de Catalunya). En total resideixen 16 nacionalitats de països que practiquen la MGF, però que hi hagi representativitat de dones en risc només en trobem 10: Gàmbia, Mali, Senegal, República de Guinea, Nigèria, Costa d'Ivori, Egipte, Burkina Faso, Camerun i Togo.

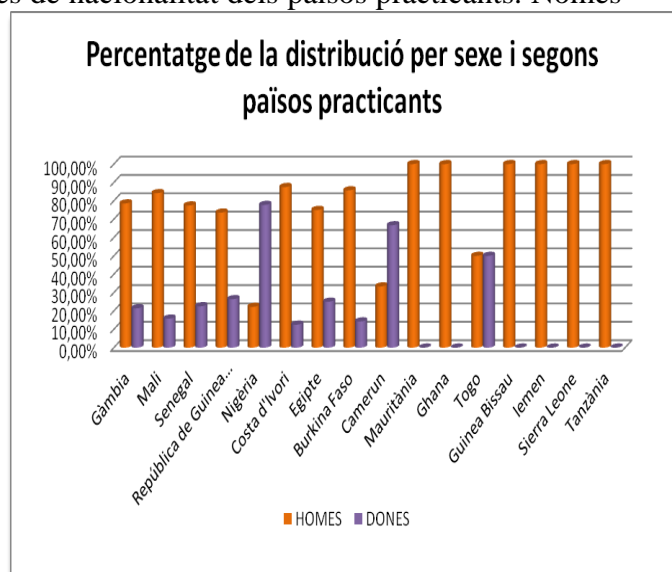


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades cedides per la Direcció General per a la Immigració. Xifres provisionals a 1 de gener de 2012.

Tal com es pot veure en la gràfica, Gàmbia és el país que més predomina a la nostra comarca, gairebé triplicant la segona força que és Mali. Caldria recordar que les comarques gironines són l'assentament més important de gambians de tot Europa. Una altra dada a destacar és que gairebé el 85% del conjunt de població en risc (1.204 persones) provenen dels països amb més prevalença de la MGF, per tant, hi ha un factor de risc important que malgrat que, numèricament no estiguem parlant de milers de persones, s'ha de tenir en compte.

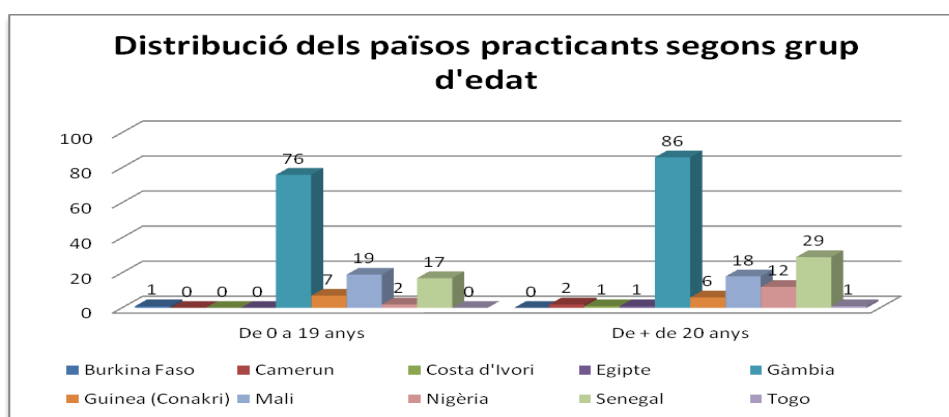
La masculinitat d'aquest conjunt de població també és molt rellevant ja que suposa el 3,7 homes per a cada dona. Estem parlant que a la comarca hi ha un total de 1.126 homes per 304 dones de nacionalitat dels països practicants. Només la població femenina de Nigèria (amb 14 dones per a 4 homes) i de Camerun (2 dones per 1 home) supera a la dels homes i només Togo (1 a 1) està equilibrada entre homes i dones.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades cedides per la Direcció General per a la Immigració. Xifres provisionals a 1 de gener de 2012.



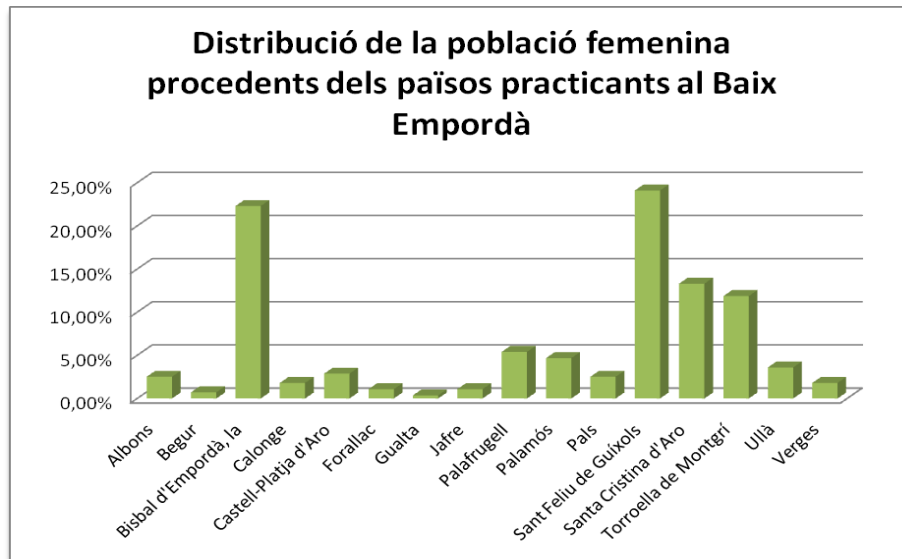
Si ens acotem a la representació femenina d'aquest grup de països, veiem que amb les dades provisionals de l'1 de gener de 2012 hi ha un augment de dones igual com passa en el conjunt de Catalunya. A 1 de gener de 2011 parlem d'un total de 278 dones i a 1 de gener de 2012 puja a 304.

Per fer l'anàlisi en funció del grup d'edat, ens hem de remuntar a les dades oficials d'1 de gener de 2011. Amb aquestes, veiem que la població femenina de nacionalitat dels països on es practica la MGF és molt jove, estem parlant que el 44% d'aquesta població està entre els 0 i els 19 anys. Per tant, a la comarca del Baix Empordà tenim 122 nenes en risc.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades oficials a 1 de gener de 2011. IDESCAT.

Prenent com a mostra aquesta població femenina (278 persones), trobem que la seva concentració es troba bàsicament a Sant Feliu de Guíxols on hi ha el 24,10%, a La Bisbal d'Empordà amb el 22,30% dels casos, i en tercer i quart lloc hi trobem Santa Cristina d'Aro i Torroella de Montgrí amb el 13,31% i el 11,87% de representació respectivament. La resta es troben dispersos en municipis propers a aquests 4 grans àrees. En tots ells, la nacionalitat majoritària és gambiana i en els casos de Santa Cristina d'Aro i Torroella aquesta ve seguida per la senegalesa. En canvi a Sant Feliu de Guíxols la segona força és Mali. Com a excepció, trobem que a La Bisbal d'Empordà el segon país majoritari és Guinea (Conakri). Si ens centrem en la població menor d'edat, la concentració d'aquesta segueix els mateixos patrons.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades oficials a 1 de gener de 2011. IDESCAT.

### III. EMMARCAMENT LEGAL

Tal i com s'indica en la introducció d'aquest treball, la mutilació genital femenina és un pràctica il·legal a Catalunya, i la seva atenció i prevenció estan previstes tant en la legislació nacional com en la internacional. En els llocs on persisteix aquesta pràctica, és percebuda com una activitat normal que compte amb el consentiment de la comunitat i de les mateixes famílies per continuar realitzant-la ja que, al ser considerada un ritual d'iniciació, no es percep com un maltractament infantil.

Malgrat que quasi la meitat de països africans amb prevalença de MGF disposen de mesures legislatives al respecte, tal i com es pot veure en el quadre següent, les pràctiques es continuen produint. Un exemple és el cas d'Etiòpia, amb una prevalença del 74%, i no obstant, la prohibició s'expressa des de la mateixa Constitució. És un clar exemple de la necessitat de desenvolupar activitats d'informació i prevenció amb les comunitats afectades. (Kaplan, 2003).

País		Legislación
Benin	2003	Ley específica
Burkina Faso	1996	Ley específica
Camerún		
Republica Centroafricana	1996	Ordenanza equivalente a ley nacional
Chad	2002	Ley específica
Costa de Marfil	1998	Ley específica
Djibouti	1995	Artículo específico en Código Penal
Republica Democrática del Congo		
Egipto	1996	Orden ministerial
Eritrea	2007	
Etiopia	1994	Artículo específico en la Constitución
Gambia		
Ghana	1994	Artículo específico en la Constitución
Guinea	2006	
Guinea Bissau		
Kenia	2001	Artículo específico en la Ley de protección de la infancia
Liberia		
Mali	2002	
Mauritania	2005	
Niger	2003	Artículo específico en Código Penal
Nigeria	2000	No a nivel nacional pero múltiples estados han legislado
Senegal	1999	Artículo específico en Código Penal
Sierra Leona		
Somalia		
Sudán (norte)	2003	Artículo específico en Código Penal
Republica Unificada de Tanzania	1998	Artículo específico en Código Penal
Togo	1998	Ley específica
Uganda		
Yemen		

Fonte: «A Fifteen year Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in Africa – Main Report 1995-2009», United Nations Economic Commission for Africa (UNECA, The Gambia, 2009).

Font: GIPE-PTP (2010)

A Catalunya, tenim un marc legislatiu ampli que defineix i marca quina ha de ser la política envers a la MGF i és molt important tenir-lo en compte a l'hora d'haver de portar a terme qualsevol proposta d'actuació.

## 1. Normativa internacional

---

La comunitat internacional, a través de diverses agències de les Nacions Unides (OMS, UNICEF, UNFPA...), y de la pròpia Unió Europea s'han pronunciat en diferents fòrums, convencions i declaracions contra la pràctica de la MGF.

A partir de la Declaració Universal dels Drets Humans de l'any 1948, l'Organització de les Nacions Unides (ONU) prohibeixen totes les formes de discriminació basades en el sexe i asseguren el dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat de les persones, així com el dret a la protecció de qualsevol violació de la Declaració. Tot i així, durant molt temps, ni els governs ni els organismes internacionals es preocupaven massa de les pràctiques tradicionals perjudicials com és el cas de la MGF ja que eren considerades com a components culturals tradicionals.

Els anys 60 i 70 van estar marcats per una major sensibilització dels drets de les dones en diferents llocs del món. Les organitzacions de dones varen començar a liderar campanyes per promoure una major consciència dels efectes perjudicials de la MGF per a la salut de les nenes i les dones.

L'any 1979, l'ONU, estableix la Convenció per l'Eliminació de totes les formes de Discriminació contra la Dona<sup>6</sup>, aquesta convenció estableix els plans d'acció a nivell internacional i nacional reclamant als governs que col·laborin amb organismes internacionals per eliminar les pràctiques de MGF.

---

<sup>6</sup> Ratificada per 165 estats a l'any 2000. Alguns estats on es practica la MGF, inclosos Somàlia i Sudan no són signataris de la Convenció. Els Estats Units d'Amèrica, on se sap que algunes poblacions immigrants la practiquen tampoc s'hi ha adherit.

Els anys 80 i 90, van ser clau per començar assenyalar la MGF com una violació dels drets humans de les nenes i de les dones que se'ls hi practica. A partir d'aquí es van fer nombroses conferències internacionals que anàvem cap a aquesta línia.

També, des de Nacions Unides, es troba la Convenció dels Drets dels Infants<sup>7</sup> (1989) on obliga als estat membres a:

«Article 19:

*1. (...) prendre totes les mesures legislatives, administratives, socials i educatives apropiades per a protegir l'infant contra totes les formes de violència física o mental, lesions, abusos, abandonament o tracte negligent, maltractament o explotació, inclosos els abusos sexuals, físics o mentals, mentre està sota la tutela dels seus pares, tutors legals o de qualsevol altra persona que en tingui la tutela.»*

i fa referència explícita a la pràctica de la MGF a l'article 24:

«Article 24:

*2.d. Assegurar atenció sanitària prenatal i postnatal a les mares.*

*3. (...) prendre totes les mesures apropiades eficaces per bandejar les pràctiques tradicionals perjudicials per a la salut dels infants. »*

L'any 1994, l'ONU adopta el Pla d'Acció per l'eliminació de les pràctiques tradicionals perjudicials que afecten a la salut de les dones i de les nenes. Aquest pla va ser dut a terme a la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament a El Caire i l'any següent es va dur a terme a Pequín. Per primera vegada s'inclouen recomanacions específiques als estats per tal d'eradicar les pràctiques de MGF. (Pàgina web de Lucha contra la Mutilación Genital Femenina).

A nivell d'Europa, s'hi troben diverses iniciatives jurídiques contra aquesta pràctica, deixant clar que és una violació gravíssima dels drets fonamentals i una forma de violència contra la dona. Per exemple, la Resolució 2001/2035 (INI) condemna la mutilació genital femenina considerant-la una violació dels drets fonamentals.

Posteriorment, el 2 de febrer de l'any 2006, s'aprova la resolució sobre la lluita contra la violència exercida contra les dones (2004/2220 (INI)) on recomana als

---

<sup>7</sup> Ratificada per 192 països, segons UNICEF (2005), només queden per adherir-s'hi dos països, Somàlia i Estats Units d'Amèrica.



Estat membres que adoptin una actitud de tolerància zero respecte a totes les formes de violència contra les dones, inclosa la MGF, i insta que s'adoptin mesures encaminades a no acceptar cap pràctica d'aquestes característiques. En aquesta, hi podem trobar punts que diuen:

*«9. Pide a los Estados miembros que adopten medidas adecuadas para poner fin a la mutilación genital femenina; subraya que la prevención y la prohibición de la mutilación genital femenina y el procesamiento de sus autores debe ser una de las prioridades de todas las políticas y los programas pertinentes de la Unión Europea; señala que los inmigrantes residentes en la Comunidad deberían saber que la mutilación genital femenina es una grave agresión contra la salud de las mujeres y una violación de los derechos humanos; pide, en este contexto, a la Comisión, que elabore un enfoque estratégico global a nivel europeo con vistas a poner fin a la práctica de la mutilación genital femenina en la Unión Europea.*

*10. Insta a los Estados miembros a tipificar la mutilación genital femenina como acto ilegal de violencia contra las mujeres que constituye una violación de sus derechos fundamentales y una grave agresión contra su integridad física, y a que, con independencia de dónde o en qué país se lleve a cabo dicho acto, contra ciudadanas de la UE o mujeres residentes en su territorio, sea siempre considerado ilegal.*

*11. Pide a los Estados miembros que apliquen disposiciones legislativas específicas en materia de mutilación genital femenina o que adopten leyes en la materia y procesen a todas las personas que practiquen la mutilación genital.*

*12. Pide que los médicos que practiquen la mutilación genital femenina de mujeres jóvenes y de niñas no sólo sean procesados sino que, además, sean privados de la licencia para ejercer la profesión.*

*13. Pide a los Estados miembros que garanticen que los padres sean considerados jurídicamente responsables en los casos en que la mutilación genital femenina se practique a menores.*

*14. Pide a los Estados miembros que garanticen que la mutilación genital femenina se considere un argumento razonable para una solicitud de asilo, a fin de proteger a la solicitante de asilo ante un trato inhumano. »*

Finalment, trobem la resolució del Parlament Europeu, de 24 de març de 2009, sobre la lluita contra la mutilació genital femenina practicada a la Unió Europea (2008/2071 (INI)) que condemna enèrgicament la MGF per ser una violació dels drets humans, així com una violació de la integritat i personalitat de les dones i de les nenes, per tant, considera que és un delictes greu i insta als Estats membres que portin a terme plans d'acció destinats a la prohibició de la pràctica a la Unió Europea, que s'adoptin disposicions jurídiques específiques i que es persegueixin, condemnin i castiguin aquest tipus de pràctica.

«28. Pide a los Estados miembros que:

- consideren como delito cualquier MGF, independientemente de que la mujer afectada haya otorgado o no algún tipo de consentimiento, así como que se castigue a quien ayude, incite, aconseje o procure apoyo a una persona para que realice cualquiera de estos actos sobre el cuerpo de una mujer, joven o niña;

- aprueben medidas legislativas que otorguen a los jueces o fiscales la posibilidad de adoptar medidas cautelares y preventivas si tienen conocimiento de casos de mujeres o niñas en situación de riesgo de ser mutiladas;

- persigan, procesen y castiguen penalmente a cualquier residente que haya cometido el delito de MGF, aunque el delito se haya cometido fuera de sus fronteras (extraterritorialidad del delito); »

Alguns països, seguint les recomanacions dels organismes internacionals, tenen lleis específiques contra la mutilació genital femenina, aquests són Suècia, Bèlgica, Anglaterra i Espanya.

## 2. Normativa espanyola

---

Les legislacions nacionals que prohibeixen la MGF poden influir i accelerar les transformacions quan el canvi social ja està en marxa i existeix una sensibilització entre la població. La legislació hauria de tenir tres propòsits clau (GIPE-PTP, 2010):

- Fer explícita la desaprovació per part de l'estat que legisla en contra la pràctica.
- Donar un missatge de suport pels que desitgen o han renunciat a la pràctica.
- Actuar com a element dissuasori.

A Espanya la MGF està catalogada com a delictes en el Codi Penal des de l'any 1995. I des de l'any 2005, la jurisdicció espanyola té competència per la seva persecució extraterritorial, és a dir, que reconeix el perill que les famílies enviïn temporalment les seves filles al país d'origen i siguin mutilades durant aquest període de vacances.

La MGF, qualsevol que sigui la classe de mutilació practicada, està tipificada, tal i com ja he dit, com a delictes de lesions en el Codi Penal<sup>8</sup>. D'acord amb la reforma introduïda mitjançant la Llei Orgànica 11/2003, de 29 de setembre, l'article 149.2 queda de la següent manera:

*«Article 149:*

*2. El que causi a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions es castiga amb la pena de presó de sis a 12 anys. Si la víctima és menor o incapac, és aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per un temps de quatre a 10 anys, si el jutge ho considera adequat a l'interès del menor o incapac. »*

Sobre el bé jurídic protegit està reconegut constitucionalment, com a dret de la integritat física i moral recollit en l'article 15 de la Constitució Espanyola:

*«Article 15*

*Tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, ningú no pugui ser sotmès a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants. Resta abolida la pena de mort, llevat d'allò que puguin disposar les lleis penals militars per a temps de guerra. »*

En cada cas produït, s'haurà de comprovar si la mutilació que ha sofert la menor s'ha fet aquí o a l'estranger, qui l'ha facilitada i qui l'ha practicada, la nacionalitat dels autors materials i dels cooperadors necessaris. Però cal tenir present que amb la nova Llei Orgànica 3/2005, de 8 de juliol, de modificació de la Llei Orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial (LOPJ) canvien els criteris de competència territorial dels jutges espanyols. Afegeix un nou epígraf a l'apart 4 de l'article 23 que declara competent la jurisdicció espanyola per la persecució extraterritorial de la pràctica de la MGF quan la comissió del delictes es realitza a l'estranger aprofitant viatges o estades al país d'origen sempre que els responsables es trobin a Espanya.

*«Artículo 23:*

*4. Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer los hechos cometidos por nacionales o extranjeros fuera del territorio nacional susceptible de tipificarse, según la ley penal española, como alguno de los siguientes delitos (...)*

*g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España. »*

---

<sup>8</sup> Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre

La MGF també es pot vincular a Espanya, gràcies al dret d'asil que la mateixa Constitució Espanyola assenyala a l'article 13.4:

*«Article 13:*

*4. La llei establirà la forma en què els ciutadans d'altres països i els apàtrides podran gaudir del dret d'asil a Espanya. »*

La Llei 5/1984, de 26 de març, reguladora del dret d'asil i de la condició de refugiat, modificada per la Llei 9/1994, de 19 de març, disposa de l'article 3.1 que reconeix la condició de refugiat:

*«Article tercer. Causes que justifiquen la concessió d'asil i la denegació.*

*1. Es reconeix la condició de refugiat i, per tant, s'ha de concedir asil a qualsevol estranger que compleix els requisits que preveuen els instruments internacionals ratificats per Espanya, i especialment la Convenció sobre l'Estatut dels refugiats, feta a Ginebra el dia 28 de juliol de 1951, i el Protocol sobre l'Estatut dels refugiats, fet a Nova York el 31 de gener de 1967. »*

Per altra banda, existeixen una sèrie de mesures cautelars que donen resposta a la jurisdicció espanyola pel que fa a la MGF. Per exemple, davant de la prohibició de la sortida del territori espanyol per evitar que els progenitors traslladin a la menor al país d'origen per practicada la MGF, les autoritats, s'acullen a l'article 28.2 de la Llei 4/2000, d'11 de gener, de sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social:

*«Article 28:*

*2. Excepcionalment, el ministre de l'Interior pot prohibir la sortida del territori espanyol per raons de seguretat nacional o de salut pública. La instrucció i resolució dels expedients de prohibició ha de tenir sempre caràcter individual. »*

### 3. Normativa catalana

---

Els primers casos detectats de MGF a Espanya, van ser a Catalunya a l'any 1993 gràcies a les denúncies realitzades pels professionals de la salut. Tot i així, en aquells moments les sentències van resultar ser absolutòries ja que els pares de les nenes van al·legar la no intencionalitat de lesionar.

A Catalunya, també es troba legislació que prenen mesures en contra la MGF. En primer lloc hi ha la Resolució 832/VI del Parlament de Catalunya, sobre l'adopció de mesures contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines a Catalunya del 20 de juny del 2001, on el Parlament de Catalunya, insta el Govern català a:

*«b) Facilitar una protecció adequada a les dones i les nenes que s'hagin vist obligades a abandonar llur país d'origen per evitar ésser víctimes d'una mutilació genital. »*

*«h) Crear una comissió interdisciplinària d'experts per tal que dissenyi un pla d'acció contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines a Catalunya.»*

*«f) Aportar els mitjans materials i econòmics adequats per a fer front a les campanyes de capacitació, informació, educació i prevenció de tots els professionals que puguin atendre les persones que hagin estat objecte d'una mutilació genital, o que en puguin ésser objecte, i fomentar l'ajuda exterior als països que lluiten per eradicar de llur cultura la mutilació femenina i que hagin adoptat mesures legislatives i administratives que prohibeixen i sancionen la pràctica de la mutilació genital femenina. »*

D'aquesta resolució en sortirà el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina que s'explica a l'apartat següent i constitueixen el marc de referència de les lleis que es mencionen a continuació.

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

«Article 5:

*Quart. Violència en l'àmbit social o comunitari (...)*

*d) Mutilació genital femenina o risc de patir-la: inclou qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar una eliminació total o parcial dels genitals femenins o hi produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.»*

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

«Article 76:

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

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

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

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

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

## IV. MARC D'ACTUACIÓ

### 1. Protocol d'actuacions per prevenir la MGF

---

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF<sup>9</sup> és un conjunt de mesures i mecanismes a seguir a l'hora d'emprendre qualsevol acció que tingui per objectiu prevenir la mutilació genital femenina. El Protocol pretén ser un instrument de treball, d'assessorament i d'informació àgil i útil que estableix un pla d'acció contra la pràctica, donant una resposta integral i facilitant un circuit a seguir coordinat entre tots els agents implicats.

L'origen d'aquest Protocol és el resultat del treball interdisciplinari que va fer la Comissió d'experts de prevenció de la violència domèstica a l'any 2001, després que en la sessió del 20 de juny, d'aquell mateix any, el Parlament de Catalunya aprovés la Resolució 832/VI, sobre l'adopció de mesures contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines, i fes l'encàrrec explícit de dissenyar un pla d'acció contra la seva pràctica a Catalunya. Finalment, el juny de 2002 es va presentar, oficialment, la primera edició del Protocol de prevenció.

Aquesta primera edició, va ser revisada el desembre del 2007 ja que durant els cinc anys de funcionament es van produir modificacions importants en els textos legals. En aquesta segona edició, presentada el febrer del 2008, la Comissió de Seguiment formada pels departaments de Benestar Social i Família, Ensenyament, Salut i Interior de la Generalitat de Catalunya, es recull l'experiència d'aquests anys, adapta els continguts a les noves realitats socials i jurídiques, actualitza les recomanacions i accions que cal seguir en casos de sospita de risc i en fases preventives a partir dels canvis normatius del nou Codi penal, de la nova Llei orgànica del poder judicial i del Projecte de Llei contra la violència masclista i, incorpora el paper de les comunitats i de les associacions com a eix clau per prevenir aquesta pràctica ancestral.

---

<sup>9</sup> *Podeu consultar el Protocol (Generalitat de Catalunya, 2007) a l'annex 1 d'aquest treball.*

Tenint en compte que la MGF es considera una acte de violència contra les dones, aquest Protocol es complementa amb el Protocol Marc de prevenció per a la intervenció coordinada contra la violència masclista<sup>10</sup> que es va fer posteriorment. S'adreça als diferents professionals de la salut, dels serveis socials d'atenció primària, dels centres docents, d'atenció als menors amb risc, dels cossos de seguretat que en exercici de la seva feina poden entrar en contacte amb la població de risc i de les entitats que treballen per a la prevenció d'aquesta pràctica.

Partint, doncs, que l'objectiu del Protocol és clarificar els passos que cal fer davant d'un cas o una situació de risc que pugui detectar un professional en el desenvolupament de la seva activitat, el Protocol, ens facilita informació sobre què és la MGF, quines conseqüències comporta per a les dones, quins motius i indicadors ens han de fer estar en alerta per detectar un possible cas de risc, quin és el marc jurídic vigent que hi ha Catalunya i finalment les recomanacions generals a tenir en compte i la intervenció a seguir per part dels professionals segons cada àmbit en què pertanyen. Es preveuen accions per tal de prevenir aquesta pràctica, i per tant, la intervenció judicial és, en tot cas, l'últim recurs que s'ha d'utilitzar davant la conducta que es vol evitar.

A fi de desplegar aquest Protocol, a partir de l'any 2008, es va considerar la necessitat d'aplicar-lo a nivell local, constituint les Taules de prevenció de la MGF<sup>11</sup> en cada un dels territoris on hi havia detectada població assentada, amb l'objectiu de coordinar les actuacions previstes en aquest Protocol a cada territori. D'acord en el Protocol de la Generalitat de Catalunya (2007), a continuació s'exposen alguns dels punts importants a tenir en compte a l'hora de treballar per a la prevenció:

---

<sup>10</sup> *Legitimat per la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.*

<sup>11</sup> *Es detalla més informació sobre les taules locals de prevenció de la MGF a l'apart següent (pàg. 57)*



## 1.1. Motius d'atenció i indicadors de sospita de possible risc

Els motius que destaca el Protocol per alertar si un cas és de risc o no, són:

- Pertànyer a una ètnia que practiqui la MGF. La majoria de noies i dones que han experimentat la mutilació genital són originàries, elles o els seus familiars, d'algun dels països africans que s'han esmentat on es practica la MGF. Tot i així es fa difícil saber quines són les ètnies practicants en concret i, encara més, saber si la família en forma part o no. Per tant, el principal indicador que fa posar el primer senyal d'alerta serà ser originari d'alguns dels països que es consideren en risc.
- Pertànyer a una família en què la mare i/o les germanes més grans l'hagin patida. El segon element a esbrinar, un cop tenim una família d'origen d'un dels països susceptibles a ser practicants, és si algun membre de la família ha estat sotmesa a la pràctica o no. Si és afirmatiu, existeixen moltes probabilitats que a la menor en qüestió també se li vulgui portar a terme, però també hi ha la possibilitat que la família, un cop arribada a Catalunya, hagi pres la decisió de deixar la pràctica.
- Pertànyer a un grup familiar practicant que tingui present el mite del retorn al país d'origen. Aquest aspecte, serà bàsic per avaluar si hi ha casos clars de mutilació a altres membres de la família, i si està molt arrelada al mite, cal considerar que serà un clar factor de risc i per tant, serà necessària una especial atenció quan es produeixin viatges al país d'origen.
- Proximitat d'un viatge o unes vacances que pugui passar la menor al país d'origen. És important que si s'ha detectat una petita possibilitat de risc de mutilació s'activi el Protocol en qüestió davant d'un possible viatge al país d'origen.

Tot i haver revisat cada un d'aquests motius, un cop fet el viatge al país d'origen i retornat de nou a Catalunya, cal que els professionals que atenen aquestes nenes, tinguin en compte els següents indicadors que ens poden fer sospitar que s'hagi produït recentment una MGF:

- Tristesa i manca d'interès.

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

Tots aquests, poden ser símptomes d'avertiment d'haver-se produït la pràctica, i per tant, si es detecta, s'ha de portar el cas a la Taula local de prevenció de la MGF amb l'objectiu d'estudiar-lo i descartar, o no, la possible mutilació.

## **1.2. Intervenció segons cada àmbit de professionals**

El Protocol, fa un seguit de recomanacions que, de forma general, els professionals implicats en el seu desplegament, cal que tinguin en compte. Aquestes són:

- Procurar tenir els coneixements necessaris per tal de poder tractar els casos de mutilació amb les eines i garanties de qualitat imprescindibles.
- Assegurar els canals que han de permetre garantir que qualsevol família practicant conegui les conseqüències físiques i psicològiques que impliquen les mutilacions i el marc legal que regeix a l'Estat espanyol. El treball de sensibilització i la formació tindran com a objectiu que, en els nuclis familiars practicants, tant el pare com la mare abandonin la pràctica per propi convenciment i protegeixin les seves descendents de manera conjunta.
- El treball de reflexió i sensibilització que es promogui amb els grups practicants incorporarà, sempre que sigui possible, agents actius de la pròpia comunitat.

- Subratllant que la MGF és una de les diferents formes que pren la violència masclista, caldrà promoure l'actuació de les dones africanes com a protagonistes en el procés d'eradicació de les MGF, ja que són les principals afectades. La reflexió i la sensibilització s'estendran a partir d'elles a tota la comunitat, amb especial interès als homes que la formen, pel fet de ser ells, en moltes ocasions, els que disposen de l'autoritat que ha de permetre el canvi.
- En els casos de consumació s'actuarà segons el que estableixin les lleis, però, quan hi hagi més menors a protegir, siguin dins el nucli familiar directe o en el marc de la família extensa, no s'abandonarà el treball preventiu. En els casos de consumació es tindrà especial cura al suport psicològic que puguin necessitar les víctimes, de manera immediata o en altres etapes de la seva vida.
- L'abordatge de casos es farà atenent el que estableix aquest Protocol. En els casos que es plantegi un possible risc imminent, es considerarà l'abordatge transversal com la millor estratègia d'èxit en la neutralització del risc.
- Caldrà que les i els professionals que disposin d'informació, tractin els casos amb confidencialitat i que portin el tema amb sensibilitat, especialment quan s'adrecin als mitjans de comunicació.

Així doncs, tenint en compte totes aquestes recomanacions, a continuació es plasma quines són les indicacions a seguir per a cada un dels professionals que estan directament implicats al Protocol d'actuacions per a la prevenció de la MGF. Es diferencien tres blocs d'intervencions, per una banda el d'informació i formació dels mateixos professionals i la dirigida a la ciutadania i a les mateixes famílies; per l'altra, actuació en cas de detectar una situació de risc i finalment, en cas de sospita de consumació de la mutilació genital. En base d'aquests tres blocs es configuren els quadres resums d'actuació en funció a cada un dels àmbits professionals.

a) Professionals dels serveis sanitaris

Informació/Formació	
<b>Professionals</b>	<p>Cursos de formació específica per a professionals de la salut en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).</p> <p>Guia per a professionals: mutilació genital femenina, prevenció i atenció (Associació Catalana de Llevadores, 2006).</p>
<b>Ciutadania</b>	<p>Informació i educació sanitària dins del marc de les activitats de salut comunitària que es desenvolupen en l'àmbit de l'atenció primària a iniciativa dels i les professionals de la salut.</p> <p>Elaboració i edició de material informatiu.</p> <p>Treball en xarxa amb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associacions que treballen per la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació sanitària.</li> <li>- Participació de les persones de la pròpia comunitat com a agents actius, que afavoreixin dinàmiques de col·laboració.</li> </ul>
<b>Famílies</b>	<p>Informació i educació sanitària a les nenes i les seves famílies pels i les professionals d'atenció primària de salut (medicina general, pediatria, salut sexual i reproductiva).</p>
Situació de risc	
<b>Nenes procedents de països amb pràctica habitual de MGF</b>	<p>Descartar o diagnosticar la mutilació genital de la nena realitzant una exploració genital acurada en la visita pediàtrica.</p> <p>Si aquesta nena ha estat mutilada i té germanes més petites, cal explorar-les, i si no han estat mutilades, cal posar-ho en coneixement dels serveis socials per fer prevenció activa.</p>
<b>Nenes filles de mares mutilades</b>	<p>Si no està mutilada, detectar el nivell de risc a partir de l'entrevista clínica amb la nena i la seva família, considerant i avaluant entre d'altres: els costums del grup al qual pertanyen en el país d'origen, la pressió del context cultural, les actituds i les intencions a curt i llarg termini de la família immediata i extensa.</p>
<b>Germanes de nenes mutilades</b>	<p>Informació i educació sanitària a la nena i la seva família en relació amb les MGF a Catalunya, amb la participació d'associacions i membres de la mateixa comunitat que treballen per la prevenció de les MGF.</p>
<b>Adolescents i dones mutilades</b>	<p>Diagnòstic de la mutilació a partir de l'entrevista clínica i de l'exploració ginecològica.</p> <p>Avaluació del grau d'afectació en l'àmbit físic, psicològic i sexual.</p> <p>Oferta de tractaments i suport personalitzat. Treball en xarxa amb altres professionals.</p>
<b>Embarassades mutilades</b>	<p>Informació i educació sanitària amb la participació d'associacions i membres de la mateixa comunitat que treballen per a la prevenció de les MGF.</p> <p>En el cas que la dona estigui embarassada, avaluar el grau d'afectació genital i les seves seqüeles en consideració al moment del part. També cal prioritzar la informació i l'educació sanitària per prevenir la pràctica en el futur nadó si és nena.</p>
<b>Nenes amb proximitat de vacances al país d'origen</b>	<p>En relació amb la proximitat del viatge, cal que la nena sigui visitada a la consulta de pediatria abans que marxi per poder garantir la integritat genital i pactar la seva preservació al retorn.</p> <p>Demandar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà la nena.</p>
<b>Comentaris a la nena o de les amigues</b>	<p>Concertar i acordar una propera visita postviatge programada amb dia i hora a la consulta de pediatria per explorar la nena a la tornada.</p> <p>Informació i educació sanitària a la nena i la seva família abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, i també les seves conseqüències legals.</p>

	<p>Coordinació i treball en xarxa amb altres professionals dels serveis socials, de l'àmbit escolar i dels equips d'atenció a la infància i l'adolescència, i també amb les associacions del territori que treballen en la prevenció de la MGF per aconseguir la visita previatge, optimitzar els esforços en les intervencions i facilitar la superació de les reticències de la família.</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o/i no dóna garanties suficients que la integritat física de la nena estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari es posarà en contacte amb els serveis socials i amb l'Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA) per tal que hi intervinguin i, si aquests ho troben pertinent, demanaran el suport de la policia en la gestió d'aquesta prevenció. Si tot i així no es percepés que el risc es neutralitza, el cas es passaria al jutjat i a la fiscalia. Si la sortida del país fos imminent i no hi hagués temps per passar-ho als altres estaments, es passaria directament al jutjat per tal que aquest valorés l'oportunitat de prendre les mesures cautelars pertinents.</p>
<b>Sospita de consumació</b>	
<b>Prèvia intervenció professional</b>	Exploració de la nena per confirmar el diagnòstic de mutilació.
<b>No consumat</b>	Seguir controls habituals. Oferir informació i educació sanitària en prevenció de MGF.
<b>Consumat</b>	<p>Si la MGF ha estat realitzada, s'ha de fer una denúncia i un informe de lesions al jutjat corresponent.</p> <p>Si aquesta nena té germanes més petites, cal explorar-les, i si no han estat mutilades, cal posar-ho en coneixement dels serveis socials per fer prevenció activa.</p> <p>Coordinació i treball en xarxa amb els equips professionals dels serveis socials, de l'àmbit escolar, els equips d'atenció a la infància i l'adolescència, dels cossos de seguretat i també amb les associacions del territori que treballen en prevenció de la MGF.</p> <p>Cal garantir l'atenció de les seqüeles físiques i psíquiques que pugui presentar la nena.</p>

## b) Professionals dels serveis socials

<b>Informació/Formació</b>	
<b>Professionals</b>	Formació a professionals dels Equips Bàsics d'Atenció Social Primària (EBASP).
<b>Col·lectius</b>	<p>Xerrades amb associacions d'immigrants de l'Àfrica subsahariana. Treball comunitari.</p> <p>Xerrades als centres de formació d'adults amb presència d'immigrants de l'Àfrica subsahariana.</p> <p>Edició de material informatiu. Incorporar les associacions que treballen per a la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació, per tal de realitzar activitats conjuntes implicant-hi els membres de la comunitat.</p>
<b>Famílies</b>	Intervenció dels i les professionals dels EBASP amb suport puntual, si cal, dels Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA).
<b>Situació de risc</b>	
<b>Proximitat de vacances al país origen</b>	<p>Intervenció dels professionals dels EBASP amb suport puntual, si cal, dels EAIA.</p> <p>Coordinació amb les associacions de la zona que treballen per a la prevenció de les MGF, per tal d'optimitzar els esforços en les intervencions i facilitar la superació de les reticències de la família. En cas que no s'aconsegueixi la neutralització del risc es valorarà l'oportunitat de demanar suport de la policia en la gestió d'aquesta prevenció. Si tot i així no es tingués la percepció de risc neutralitzat el cas es passaria al jutjat i a la fiscalia.</p>
<b>Proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Si la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la farà al país d'origen, el o la professional ho comunicarà a fiscalia.

Sospita de consumació	
<b>Consumat</b>	Si es té la certesa o la sospita raonable, el professional ho posarà en coneixement de la fiscalia. Utilització de la xarxa de recursos d'atenció i recuperació de dones en situació de violència.

### c) Professionals dels centres educatius

Per a la protecció adequada de la menor, des de l'escola cal tractar el tema amb prudència, discreció i obligada confidencialitat, evitant en tots els casos donar-ne publicitat, aspecte que tindria conseqüències directes sobre les alumnes en qüestió i la seva estigmatització.

Informació/Formació	
<b>Professionals</b>	Es facilitarà assessorament i orientació als i les professionals dels centres educatius sobre aquest tema quan es produeixin demandes en aquest sentit.
Situació de risc	
<b>Proximitat de vacances al país origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Si hi ha sospita raonable de possible risc perquè la família es mostra obertament a favor de la MGF o que la nena comenta al seu tutor o tutora, o a les amigues, que li faran al país d'origen.  La direcció del centre n'informarà a l'Equip Bàsic d'Atenció Social Primària (EBASP), a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) i a l'/la inspector/a del centre educatiu.
Sospita de consumació	
<b>Consumat</b>	Si se'n té la certesa o la sospita fonamentada, la direcció del centre docent ho posarà en coneixement de la DGAIA, de la fiscalia o del jutjat de guàrdia i de l'/la inspector/a del centre educatiu.

### d) Professionals d'atenció als menors en risc

Informació/Formació	
<b>Professionals</b>	Formació específica per a professionals que hagin d'abordar aquests casos sobre MGF.
<b>Famílies</b>	Suport puntual dels Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA) en el treball dels Equips Bàsics d'Atenció Social Primària (EBASP).
Situació de risc	
<b>Proximitat de vacances al país origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Suport puntual dels EAIA en el treball dels EBASP.  Si en la intervenció que s'està fent es detecta una situació de risc, o si es té constància que la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la faran al país d'origen, el personal ho comunicarà a fiscalia de menors.
Sospita de consumació	
<b>Prèvia intervenció professional</b>	Si es té constància de la consumació, el o la professional que ho detecti ha de denunciar-ho a Fiscalia de Menors o al Jutjat competent.
<b>Consumat</b>	Si a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) arriba la notícia de possible MGF o de risc d'aquesta, es tramitarà la denúncia a la fiscalia o al jutjat competent amb petició d'adopció de mesures cautelars, segons informe de derivació de qui conegui el cas.

**e) Professionals dels cossos de seguretat**

Informació/Formació	
<b>Professionals</b>	Aproximació a la tradició en el marc de la formació en multiculturalitat que rep la policia.
<b>Col·lectius</b>	Aprofitant les xerrades informatives que es fan en el territori al col·lectiu immigrant, en el cas que aquestes persones siguin membres de comunitats que practiquen la mutilació genital femenina, tractar el tema informant que a Catalunya és un delictes.
<b>Famílies</b>	En l'àmbit de policia de proximitat es tractarà el tema quan escaigui.
Situació de risc	
<b>Proximitat de vacances al país origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Treball en xarxa conjuntament amb els altres operadors implicats per esbrinar si hi ha situació de risc i neutralitzar-la si existeix. Si no s'aconsegueix, cal derivar el cas al jutjat i a la fiscalia per tal que es valori l'oportunitat d'adoptar mesures cautelars. Tramitació de les denúncies per la comunicació rebuda.
Sospita de consumació	
<b>Amb intervenció professional prèvia</b>	Tramitació de la denúncia al jutjat. Investigació que des del jutjat se li requereixi.
<b>Sense intervenció professional prèvia</b>	Tramitació de la denúncia al jutjat. Investigació que des del jutjat se li requereixi.

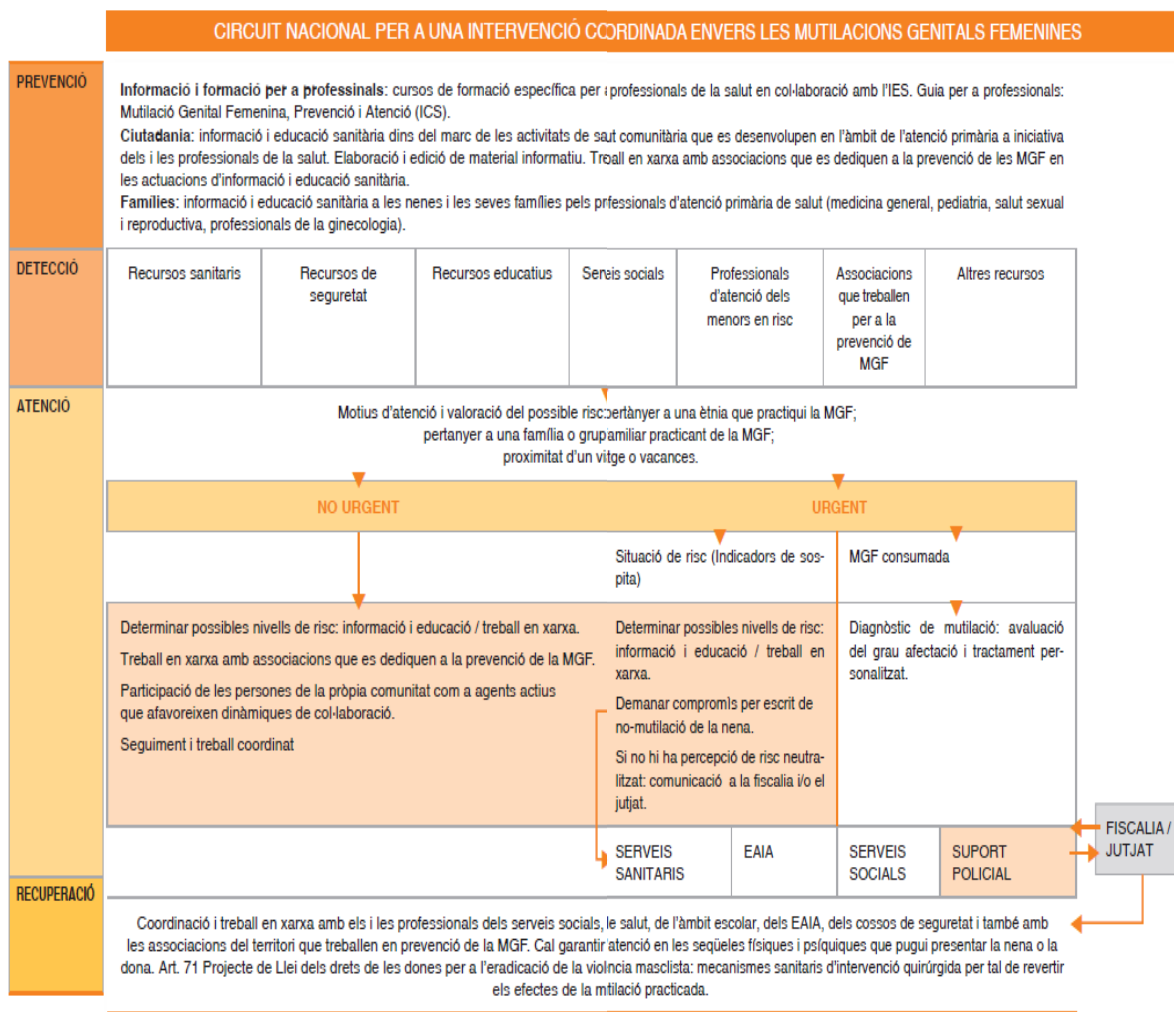
**f) Associacions que treballen per a la prevenció de les MGF**

Informació/Formació	
<b>Professionals</b>	Sensibilitzar els i les professionals sobre estratègies d'intervenció en els col·lectius d'immigrants, per tal d'optimitzar les actuacions de prevenció.
<b>Col·lectius</b>	Potenciar les dones africanes, i en especial les seves associacions, com a principals protagonistes de les actuacions per a la prevenció de les MGF. Promoure la mobilització dels col·lectius de persones immigrades, per tal que s'impliquin en la lluita per eradicar les MGF. Detectar les persones de la comunitat que poden ser interlocutores dins la pròpia comunitat. Promoure programes de desenvolupament individual i col·lectius a les comunitats, potenciant l'estat social, econòmic i educatiu de les dones, per tal de contribuir a la prevenció de les mutilacions genitals. Elaboració de material informatiu.
<b>Famílies</b>	Instaurar un diàleg intergeneracional, entre tots els membres influents.
Situació de risc	
<b>Proximitat de vacances al país origen</b>	Difondre una guia de recursos de suport en el país d'origen per a les famílies que marxen de vacances. Realitzar activitats de caire informatiu i educatiu que serveixin per recordar la legislació, els drets de l'infant i les conseqüències de les MGF. Mantenir contactes amb l'Equip Bàsic d'Atenció Socials Primària (EBASP) de la zona i els equips de salut per tal de realitzar actuacions conjuntes o coordinades.
<b>Proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Fer costat i obrir la discussió amb la família. Si la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la faran al país d'origen es comunicarà a l'EBASP, per tal que es realitzin les actuacions pertinents.

Sospita de consumació	
<b>No intervenció professional prèvia</b>	Actuar en la comunitat i informar-la de les conseqüències de la MGF.
	Posar en coneixement de l'EBASP la informació per tal que es puguin dur a terme mesures educatives i preventives envers les altres germanes o familiars propers i que l'EBASP pugui informar a pediatria per tal que la nena rebi un control mèdic adequat i si hi ha indicis de delictes es faci arribar la informació a l'estament judicial.
	Facilitar a la menor atenció psicològica.
<b>Intervenció professional prèvia</b>	Donar suport a les actuacions establertes en el Protocol.

### 1.3. Esquema general del circuit a seguir

L'esquema que es presenta a continuació és el que porta el Protocol d'actuació per la prevenció de la MGF de la Generalitat de Catalunya (2007). Tot i així, val a dir, que en cada taula s'ha configurat el seu propi circuit concretat en el territori, i afegint-t'hi els contactes necessaris en cas de situació de risc o sospita de consumació.





## 2. Taules de prevenció de la MGF

---

Les taules de prevenció de la MGF han estat creades per desplegar el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital a nivell local. Aquestes taules tenen com objectiu general realitzar un treball coordinat, estructurat i sistematitzat entre els diferents agents que actuen al territori i que estan directament implicats al Protocol per facilitar el desplegament d'un pla d'acció de prevenció i detecció precoç de les situacions de risc a fi i efecte de no deixar desatès cap sector de població amb risc potencial de patir la MGF.

Arrel que les comarques gironines siguin una zona d'assentament de persones provinents dels països amb més risc de practicar la MGF, va provocar que a l'any 2008, es veiés la necessitat de fer un treball més específic a l'hora d'aplicar el Protocol a nivell local i per tant, que la província de Girona fos pionera en la creació de taules de prevenció de la MGF. En primer lloc, es van detectar els nuclis on hi havia més assentaments de població amb risc. I en segon lloc, es va intentar potenciar els mecanismes de prevenció d'aquestes pràctiques, en concret, amb la creació de taules locals de prevenció de la MGF. En total es van crear vint taules a la província de Girona, de les quals quatre es troben al Baix Empordà: La Bisbal d'Empordà, Torroella de Montgrí, Santa Cristina d'Aro i Sant Feliu de Guíxols. Així, progressivament, aquest treball específic es va anar desplegant en altres punts de Catalunya.

Així doncs, la finalitat de les taules són: la coordinació entre els professionals, l'assentament d'un Protocol municipalitzat de prevenció de la MGF i el seguiment de casos concrets. En tot cas, s'entén que s'ha de fer un treball a dos nivells. Per una banda, una prevenció primària enfocada al canvi de conductes d'aquelles persones que són susceptibles de practicar-la, centrant-se en l'acció comunitària, detectant grups de risc, grups d'influència i treballant per un canvi real de les pràctiques, i per l'altra, amb una prevenció secundària, on s'intervindrà directament sobre les persones que la poden patir.

Les línies i objectius que tenen establerts aquestes Taules locals de prevenció de la MGF són:

1. A nivell d'organització, establiment d'un Protocol municipalitzat realment efectiu; això implica, territorialitzar el Protocol general al municipi, identificar qui són els membres de la taula i identificar-ne un responsable, amb la principal tasca de fer-ne la dinamització i el contacte amb el grup de treball de prevenció de la Comissió Tècnica de Seguiment de Protocols contra la violència de la demarcació de Girona.
2. A nivell de treball comunitari, considerada com a prevenció primària, s'ha de posar en coneixement de la taula les tasques de sensibilització que s'estan fent en el territori de referència. Així mateix, identificar quantes actuacions s'han fet, en què han consistit i a quantes persones han arribat aquestes actuacions.
3. A nivell de seguiment de casos, considerada com a prevenció secundària, s'han de treballar aquells successos que s'identifiquin com a factor de risc, ja sigui per imminència d'un viatge, per mutilació de la pròpia mare o germanes grans o per haver expressat la voluntat de continuar amb la pràctica, cal identificar quins casos són aquests i com s'han resolt. Així com els casos de sospita de consumació, ja que si es produeix s'ha d'activar el Protocol i tramitar la denúncia al jutjat.
4. A nivell de seguiment del Protocol, la taula ha d'estar pendent d'aquells casos que tenen algun tipus de dificultat especial de resolució i que poden demanar modificacions del Protocol, mesures per instàncies superiors, etc.

El funcionament de la taula dependrà de les característiques dels municipis i de les necessitats dels mateixos professionals. Tot i així, com a norma general, els agents que la integren, solen ser: serveis socials, responsables dels Plans de Ciutadania i Immigració, representants dels centres educatius, pediatre i/o altres responsables del CAP (Centres d'Atenció Primària), interlocutor de la comunitat dels Mossos d'Esquadra i/o Polícies Locals, Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA), etc...

L'organització de les Taules de prevenció de MGF del Baix Empordà s'adapten a les característiques de cada municipi, i es podrien resumir en:

	La Bisbal d'Empordà	Torroella de Montgrí	St. Feliu de Guíxols	Sta. Cristina d'Aro
<b>Responsable</b>	Tècnica en Polítiques Migratòries del Consell Comarcal del Baix Empordà	Tècnica en Polítiques Migratòries del Consell Comarcal del Baix Empordà	Tècnica de Serveis Socials	Tècnica en Polítiques Migratòries del Consell Comarcal del Baix Empordà
<b>Membres que en formen part</b>	- Atenció a la víctima de Mossos d'Esquadra	- Atenció a la víctima de Mossos d'Esquadra	- Atenció a la comunitat de Mossos d'Esquadra	- Atenció a la comunitat de la Policia Local
	- Atenció a la comunitat de Mossos d'Esquadra	- Atenció a la comunitat de Mossos d'Esquadra	- Tècnic de Polítiques Migratòries de l'Ajuntament de St. Feliu	- Atenció a la comunitat de Mossos d'Esquadra
	- Responsable dels Serveis Socials	- Responsable dels Serveis Socials	- Infermera pediàtrica del Centre d'Atenció Primària.	- Responsable dels Serveis Socials
	- Pediatre del Centre d'Atenció Primària	- Pediatre del Centre d'Atenció Primària	- Coordinadora del Servei d'Informació i Atenció a les Dones (SIAD)	- Infermera pediàtrica del Centre d'Atenció Primària
	- Tècnica d'Educació municipal	- Ginecòloga del Centre d'Atenció Primària	- Assessora LIC	- Directora de l'escola
	- Assessora LIC	- Assessora LIC		
<b>Cada quan es troba</b>	2 vegades a l'any	2 vegades a l'any	2 vegades a l'any	1 vegada a l'any
<b>Municipis que engloba la taula</b>	La Bisbal d'Empordà, Corçà, Cruïlles, Monells i Sant Sadurn de l'Heura, Foixà, Forallac, Palau-sator, Parlavà, la Pera, Rupià, Ullastret i Ultramort	Torroella de Montgrí, Albons, Bellcaire, Colomers, Fontanilles, Garrigoles, Gualta, Jafre, Pals, Serra de Daró, la Tallada, Ullà, Verges i Vilopriu	St. Feliu de Guíxols	Sta. Cristina d'Aro

El motiu pel qual La Bisbal d'Empordà i Torroella de Montgrí engloben més municipis és degut que tant els serveis socials com els de salut tenen abast a tot aquest territori que comprenen diferents municipis petits, sense serveis propis. Per tant, aprofitant aquesta conjuntura, les taules de prevenció de la MGF també engloben aquests petits municipis

A part de les taules locals de prevenció, el maig del 2010 es va constituir oficialment un Grup de Treball de prevenció de la MGF de la Comissió Tècnica de Seguiment dels Protocols d'actuació en casos de Violència de la demarcació de Girona. Aquesta Comissió Tècnica fa el seguiment dels 4 Protocols que la

demarcació de Girona té en marxa: el de Prevenció contra la Violència masclista, el de Prevenció contra la Violència a la infància i a l'adolescència, el de Prevenció contra la Violència a les persones grans i el de Prevenció a les mutilacions genitals femenins.

El Grup de treball de prevenció de la MGF d'aquesta Comissió està format pel:

- a. Departament de Salut.
- b. Departament de Benestar Social i Família – Direcció General per a la Immigració (DGI), Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA) i l'Institut Català de les Dones (ICD).
- c. Departament d'Ensenyament.
- d. Departament de Justícia.
- e. Departament d'Interior – Mossos d'Esquadra.
- f. Subdelegació del Govern.
- g. Dos representant dels Consell Comarcals.
- h. Un representant d'Ajuntaments de més de 20.000 habitants.

Aquest Grup de Treball té dues línies bàsiques a desenvolupar:

- a. En relació a les taules locals: coordinar les taules i resoldre dubtes que poden sortir a mesura que es desplega el protocol.
- b. En relació a les administracions que hi participen: establir aquelles línies de treball que per àmbit competencial o territorial no poden resoldre les taules locals.

Això es concreta en:

1. Recollir i sistematitzar totes les dades<sup>12</sup> servides des de les taules locals a fi i efecte de poder analitzar-les i establir quin és el treball que s'està efectuant a

---

<sup>12</sup> A l'Annex 2 s'hi troba el model de recollida de dades que fa el Grup de Treball de Prevenció de la MGF de la Comissió tècnica de Seguiment dels Protocols d'actuació contra la Violència de la demarcació de Girona.

nivell de la demarcació de Girona. Així mateix, avaluar les dades i comprovar si les tasques estan ben adreçades.

2. Poder recollir les experiències de treball comunitari i facilitar el coneixement d'aquestes a tots els agents del territori. Així mateix, poder preparar unes bases de recursos que puguin servir per a treballar de forma preventiva la MGF.
3. Donar sortida als problemes concrets que tenen les taules i que, per àmbit competencial, no poden resoldre, ja sigui a nivell de conflictes que apareguin en el sí de les taules, com de consultes específiques o d'agents que haurien de participar i que no hi participen efectivament.
4. Engagar les línies de treball que superen l'àmbit local, en concret ens podríem referir a:
  - a. Treball de qüestions jurídiques (protecció de dades, base de dades...)
  - b. Treball amb institucions i/o organitzacions supramunicipals (ex: Centre de vacunació Internacionals, consolat de Gàmbia, Subdelegació del govern...).
  - c. Treball de conscienciació dels professionals de cada departament de la Generalitat de Catalunya.

### 3. Rols dels professionals en la prevenció de la MGF

---

Segons l'Associació Catalana de Llevadores (2006), els professionals que es dediquen a fer prevenció de la MGF, han de tenir en compte un seguit de dificultats que es poden presentar a l'hora d'abordar un cas de possible risc de mutilació genital femenina. Aquestes **dificultats** són:

- Comunicació i comprensió: existeix una dificultat important en l'idioma, ja que en la majoria dels casos, cap de les dues parts dominen llengües comunes. A més, es té una concepció diferent de salut i malaltia, així com realitats socioculturals i sanitaris diferents, amb certs punts de desacord que fan més complexa la intervenció i la prevenció.

- Actituds dels professionals: l'actitud del professional és fonamental en temes difícils i privats com són la sexualitat i la MGF ja que poden despertar sentiments incòmodes entre ells. Reconèixer aquests sentiments poden facilitar l'acceptació de la persona i iniciar la comunicació de manera més fluïda.
- Rebuig de reconèixer la pluralitat i la diversitat cultural: així com l'etigmatització de "l'estranger", aquest rebuig, fa més difícil l'acostament a altres cultures, es crea un distanciament que impedeix escoltar a la persona, es disminueix la relació d'ajuda i la possibilitat de crear un clima on les famílies trobin l'espai i el respecte mutu.

Davant d'aquestes dificultats, la mateixa Associació Catalana de Llevadores (2006) afegeix que el professional ha de tenir un paper de facilitador, d'ajuda i de suport i li són necessàries unes **actituds** concretes que s'especifiquen en les següents:

- Congruència: implica coherència i autenticitat.
- Acceptació: consisteix en acceptar l'altra persona tal i com és, tenint en compte tots els seus aspectes (socials, culturals, familiars, etc...)
- Valoració positiva: consisteix a considerar la persona com a valuosa i amb capacitat per actuar d'una manera constructiva, atorgant-li valor i confiança.
- Empatia: capacitat de posar-se en el lloc de l'altre. Implica disposar d'habilitats per reconèixer i interpretar els sentiments, pensaments i punts de vista dels altres, ser capaços de donar respostes afectives als sentiments de l'altra persona i estar en disposició d'ajudar-la.

Finalment, es posa de manifest que els professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació, necessiten certes **habilitats** d'escolta activa, de suport psicològic i d'estratègies de prevenció. Algunes d'aquestes són (l'Associació Catalana de Llevadores, 2006):

1. Escolta activa que és part d'un procés que implica escoltar el què diu l'altra persona i comunicar el què el professional ha sentit i entès.

2. Mostrar respecte per la persona i pel que està vivint, independentment de si hi estem o no d'acord en les opinions expressades.
3. Animar la persona a expressar-se, permetent i estimulant formes verbals i no verbals de descàrrega emocional.
4. Respectar una rigorosa confidencialitat.
5. Proporcionar informació que pugui ser compresa.
6. Mantenir la ment oberta a les tradicions i creences que difereixen de les pròpies.
7. Informar i educar, no tant perquè es duguin a terme els comportaments proposats, sinó per facilitar que les persones mobilitzin els propis recursos i desenvolupin capacitats que els permetin prendre decisions conscients sobre la pròpia salut i la de les seves filles.
8. Implementar estratègies de motivació, basades en plantejaments positius i respectuosos. Aquesta motivació augmentarà si la informació que proporcionem els professionals té relació amb les creences, la cultura i els valors de les persones que atenem, ja que només d'aquesta manera, reforçarem l'autoestima i la capacitat de poder canviar d'idea sobre la pràctica de la MGF.
9. Proporcionar suport emocional que impliqui reconèixer explícitament i clarament els sentiments manifestats, parlar sobre el problema i oferir ajuda.

En definitiva, ressalten dues habilitats molt importants per poder desenvolupar aquest rol d'ajuda que ha de tenir el professional: la comunicació i el maneig de conflictes. Per aquest motiu, es plantegen algunes claus pràctiques per a les intervencions preventives de la MGF (GIPE, 2010):

- a. És prioritari construir la relació des del diàleg, i sobretot des del diàleg intercultural, evitant actituds culpabilitzadores i amenaçadores, postures agressives i actituds de judici i control. S'ha de tenir una especial atenció i ser respectuós. És important tenir clar que es tracta d'escollar i no de jutjar,

sense oblidar de reiterar els missatges que la pràctica és perjudicial per a la salut de les nenes i que no és legal en aquest país.

- b. Seria convenient un coneixement i una relació prèvia amb la família per poder entrar a parlar d'aquest tema. No obstant, es pot preguntar sobre la MGF amb naturalitat, tot i que és més fàcil de fer-ho quan, paral·lelament, es treballa algun altre aspecte de la salut sexual i reproductiva de la dona, o quan es parlen de les vacunacions en cas de viatjar al país d'origen, etc... En qualsevol cas, per establir una relació de confiança, sempre es necessita temps.
- c. En el moment que intentem parlar sobre la MGF i la persona es nega a parlar-ne, no l'hem d'obligar. És millor posposar-ho i intentar-ho en un altre moment. Només podem insistir quan hi ha la sospita de viatge al país d'origen i existeix risc de consumació.
- d. Informar-se sobre la pràctica i el perquè es continua practicant, conèixer el context sociocultural que l'envolta i els arguments que utilitzen per mantenir-la ja que serà, en base a aquests coneixements, que s'han de trobar exemples per fer replantejar a les famílies de la legitimitat que tenen.
- e. Al mateix temps, és convenient ressaltar aspectes positius de la seva cultura que són rellevants. Pels que acaben d'arribar els reforça saber que poden aportar coses bones per a nosaltres i augmenta el grau de confiança i aproximació.
- f. Informar-los adequadament. Conèixer bé les conseqüències que comporta la MGF, quins drets humans vulnera, les lleis que la prohibeixen, les campanyes de prevenció que existeixen en el seu país d'origen, etc... quantes més coses sapiguem del tema més arguments tindrem per crear un espai de reflexió a les famílies.
- g. Utilitzar materials gràfics que reforcin les explicacions és important pels casos de dones que siguin analfabetes.
- h. Preparar-se per les possibles reaccions que es puguin generar a l'hora de parlar d'un tema tant delicat com aquest. Cal utilitzar arguments que els



ajudin a reflexionar sobre les conseqüències de la pràctica sense que sembli que fem una intromissió.

- i. És convenient ser conscient de les diferències culturals i per tant de la diferent percepció que podem tenir sobre els conceptes de salut, malaltia, maltractament, violència... Però cal deixar clar el què diu la llei catalana sobre aquests temes i que, per tant, la nostra actitud sempre serà en contra d'aquesta pràctica i tenim l'obligació de denunciar-la. Les actituds paternalistes, en definitiva aconseguiran disminuir l'autoestima i no afavoriran l'autoresponsabilitat.
- j. És bàsic oferir temps i espai per expressar temors i dubtes, sobretot quan a la família ja hi hagut germanes més grans que han estat mutilades, ja que es generen sentiments de culpa.
- k. Incloure els homes quan es treballi el tema i es facin activitats dirigides a la comunitat, sempre partint de la confiança i del coneixement. No jutjar-los, posant-nos al seu lloc i compreent les dificultats que poden tenir per entendre i assimilar els canvis respecte a l'autoritat, la responsabilitat i el paper que tenen els homes dins la comunitat.
- l. Hauríem d'implicar els homes, les dones i els líders religiosos o les persones que tenen un pes important dins les comunitats, que s'han posicionat en contra la pràctica en tota intervenció comunitària de prevenció, ja que elles i ells seran els principals motors de canvi.

Per tant, es tracta de crear un clima de relació "tolerant" tot tenint actituds de descripció més que de judici i control, de flexibilitat més que de rigidesa, i de realització i paritat, més que de distanciament, superioritat i etnocentrisme. És important saber, que per tal que les famílies africanes facin un canvi de la perspectiva sobre la MGF, és fonamental que elles mateixes vegin aquesta necessitat, i GIPE (2010) recomana que s'estableixin diàlegs entre les mateixes dones que han passat una experiència similar i que mútuament arribin a la reflexió i a l'aprenentatge conjunt. El professional ha d'acompanyar a les famílies a fer aquest camí per sí mateixes.

## 4. La prevenció de la MGF mitjançant el treball comunitari

---

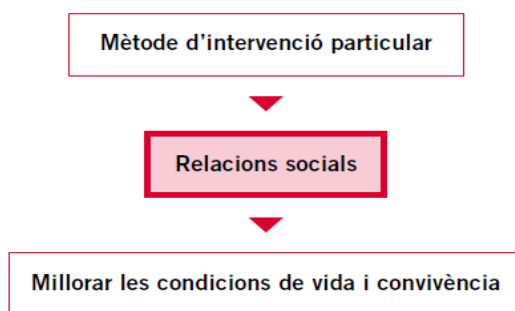
El Protocol d'actuacions de prevenció de la MGF, les línies que emmarquen les Taules Locals de prevenció de la MGF i el paper que ha de desenvolupar el professional que treballa per a la prevenció d'aquesta pràctica, ens indiquen la importància del treball amb la comunitat i per a la comunitat. Per això és necessari contextualitzar què entenem per treball comunitari i quines recomanacions ens fan les organitzacions i entitats diverses que ja hi treballen. La meua intenció no és fer un gran marc teòric sobre el treball comunitari, sinó plasmar sota quin concepte l'hem d'entendre i quines pautes s'han de seguir per poder fer una bona proposta de prevenció de la MGF.

Abans, però, és important definir què entenc per comunitat ja que sense la seva definició prèvia les explicacions que vindran a continuació poden quedar abstractes i poc concretes. Així doncs segons la Diputació de Barcelona (2008) es defineix com:

*«Un grup que comparteix un espai i un sentiment de pertinença i que permet activar, potencialment, relacions de solidaritat i suport mutu entre els seus membres, a fi d'assolir millores col·lectives. Es tracta d'un concepte ampli i inclusiu (a diferència d'altres que expressen divisió social, com ara classe, grup ètnic o generació); en aquest sentit, és proper a nocions com ara «ciutadania» o «societat», però a diferència d'aquestes, la comunitat es basa en vincles primaris, de fort component emocional.»*

### 4.1. El treball comunitari com a eina d'intervenció

Entenem per treball comunitari un tipus d'intervenció social basat en enfortir les relacions personals i institucionals en una comunitat per respondre als principals reptes socials i aconseguir un entorn de serveis i solidaritat que faciliti la integració social de les persones i la millora de la seva qualitat de vida. Per tant, l'objectiu principal és treballar amb la comunitat, fer que aquesta sigui protagonista de les seves transformacions i treballar perquè la gent participi i s'impliqui en els problemes que l'afecten.



Font: Ajuntament de Barcelona, 2009

El naixement del treball comunitari es va produir arrel dels importants canvis socials que hi hagué a finals del segle XIX pels efectes de la revolució industrial, els moviments socials obrers, la lluita pels drets de les dones, etc. Actualment, ens tornem a trobar en moments de grans canvis i per tant, el treball comunitari pot, novament, prendre força per contribuir a la promoció i consolidació de noves formes d'organització social que permetin afrontar els nous reptes que ens planteja la societat actual.

Al llarg de tots aquest anys trobem autors com Steiner, que va ser qui va iniciar la sistematització de models i mètodes professionals cap als anys 30, definint el mètode d'organització de la comunitat com una “manera organitzada de treballar que tendeix a resoldre els conflictes i a crear les possibilitats d'un progrés consistent”. (Cortès, 2007).

La primera definició oficial del desenvolupament comunitari, però, no es dona fins a mitjans de la dècada dels cinquanta, quan les Nacions Unides, comença a promoure programes de desenvolupament comunitari de caràcter nacional a Àsia i Àfrica que suposen la creació i l'impuls de centres educatius, promoció d'indústries rurals, foment del cooperativisme, extensió agrícola i sanejament rural. (Cortès, 2007). Aquesta definició és:

*«el desenvolupament comunitari són aquells processos en els que els esforços d'una població es sumen als del seu govern per a millorar les condicions econòmiques, socials i culturals de les comunitats, integrar aquestes en la vida del país i permetre'ls contribuir plenament al progrés nacional.»*

Segons la Guia operativa d'Acció Comunitària de l'Ajuntament de Barcelona (2009), existeixen diferents tipus d'accions comunitàries que van en funció a tres criteris diferents:

- L'origen o procés de sorgiment de l'acció comunitària.
- El nombre i el grau d'implicació dels diferents agents en l'acció comunitària.
- L'abast de les transformacions que es proposa l'acció comunitària.

Font: Ajuntament de Barcelona, 2009

ORIGEN DE LA INICIATIVA	NOMBRE I GRAU D'IMPLICACIÓ DELS AGENTS	ABAST DE L'ACCIÓ
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries <b>impulsades des del teixit associatiu o veïnal</b>, en les quals es pacten els papers que han de tenir les institucions i els serveis públics.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries amb <b>presència institucional</b> en el seu procés d'impuls, a partir del qual es van generant espais d'implicació del teixit associatiu i veïnal.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries promogudes i desenvolupades per una <b>xarxa àmplia d'agents amb nivells elevats d'implicació</b> (serveis públics de proximitat, ciutadans i ciutadanes, moviment associatiu, agents econòmics i comercials, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries amb una <b>xarxa poc extensa d'agents amb graus d'implicació desiguals</b>. Per exemple, un acció que es desenvolupa des d'un servei concret del territori amb la col·laboració puntual de la ciutadania.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries <b>d'abordatge global</b>: es parteix, per iniciativa ciutadana o institucional, d'una anàlisi i visió global del territori, de caràcter multidimensional i multitemàtica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accions comunitàries <b>amb un eix d'abordatge concret</b>: la iniciativa ciutadana o institucional s'articula a partir d'un eix que esdevé la línia de vertebració de l'acció comunitària, que pot ser temàtic o bé centrar-se en un grup de població.</li> </ul>	

Com a principis bàsics per portar a terme una acció d'aquestes característiques s'han de definir uns punts que responen per les tres preguntes següents:

1. Que fem? Que seria l'objecte de la intervenció.
2. Perquè ho fem? Que ens dona el sentit de l'acció.
3. Com ho fem? Que és la definició del procés i se sosté sobre tres columnes anomenades bases metodològiques:
  - *Organització*: cal prendre consciència de quina és l'organització interna que tenim com a administració pública o entitat privada que vol promoure una acció comunitària i valorar les limitacions a fi de preparar-nos i canviar el que calgui per facilitar el treball comunitari.

- *Dinamització*: vol dir activar les relacions dels altres agents implicats per organitzar-nos conjuntament i prendre decisions. Dinamitzar implica oferir oportunitats, facilitar recursos perquè la gent pugui organitzar-se i capacitar, informar i formar perquè aquesta ho sàpiga fer. En definitiva, perquè la gent guanyi poder.
- *Processos relacionals*: es refereixen als espais de relació que hem de crear, les estratègies que utilitzarem i que ens definiran la intencionalitat del procés. La manera de com ens relacionem dependrà de les actituds i les habilitats que són les que ens marcaran les capacitats necessàries.

Entrant en aquest punt dels processos relacionals, les recomanacions que es fan des de la Guia operativa d'Acció Comunitària de l'Ajuntament de Barcelona (2009) són que a nivell d'espais de relació, també anomenats com a l'arquitectura del procés, no podem fixar l'estratègia relacional només en els grups formals, també necessitem espais informals de relació. Fer un grup de treball que sigui operatiu no és fàcil ni immediat; requereix temps i anar seguint certes passes que cal tenir presents. Els membres d'un grup de treball s'han de conèixer mínimament i s'han de tenir una certa confiança per poder treballar junts. Per això són molt importants els espais informals de relació. També necessiten compartir informació i construir objectius de manera conjunta, repartir-se les tasques i les responsabilitats, així com les normes de funcionament, etc. Si volem córrer i no respectem prou el temps que cal per dur a terme cada cosa estem "fent grup" d'una manera artificial i és més probable que aquest tingui dificultats a l'hora de treballar, de ser operatiu o de gestionar bé els "moments delicats".

Les fases que aquesta guia marca per l'elaboració de l'Acció Comunitària són:

- **Fase 1: Arrencada del procés**: Les accions comunitàries poden néixer directament vinculades a un territori i una xarxa veïnal, a un entorn basat en la continuïtat de les relacions entre agents i la mútua interdependència. Però poden arrencar també en l'esfera dels serveis públics de proximitat. En tot cas, es posa sobre la taula la possibilitat d'articular un sistema d'agents associatius i institucionals amb voluntat de compartir, més que

monopolitzar, decisions sobre diverses temàtiques dins d'un patró organitzatiu flexible i poc jerarquitzat.

- **Fase 2:** Estudi i diagnòstic participatiu: S'elabora un diagnòstic del territori i del ventall de realitats que cal millorar i transformar, amb la participació activa de tota la gama d'agents (representants polítics, entitats i moviments socials, personal tècnic professionals dels serveis públics, del comerç i d'altres agents econòmics i veïns no organitzats). L'objectiu d'aquest diagnòstic és destacar les fortaleces i les febleses del territori i de les temàtiques que seran objecte de l'acció comunitària.
- **Fase 3:** Disseny del projecte d'intervenció: S'elabora conjuntament un projecte d'abordatge global o concret, que pot ser temàtic (la convivència intercultural, la sostenibilitat, etc.) o centrat en un col·lectiu de població (les persones grans, els infants i els adolescents, etc.). En aquest moment, s'han de definir els objectius que cal assolir i un sistema d'indicadors per tal de facilitar els processos de seguiment i avaluació.
- **Fase 4:** Organització i acció participativa: Es consoliden els equips i els grups de gestió i participació necessaris per al desenvolupament correcte del projecte. S'assignen tasques estratègiques (disseny, priorització, seguiment i avaluació tant d'acció com d'impacte) i operatives (comissions o grups de treball en funció de les línies d'acció). Es procura també potenciar la gestió dels programes per part de les mateixes entitats del territori on s'actua.
- **Fase 5:** Seguiment, avaluació i revisió: S'estableix l'espai de seguiment dels objectius i de les accions que es porten a terme. S'avaluen els resultats d'acord amb els sistemes d'indicadors prèviament establerts.
- **Fase 6:** Finalització: Un cop assolits els objectius definits en el projecte, o davant d'un canvi que afecta les línies estratègiques que el fonamentaven, o arribada la data acordada pels agents del pla com el final apropiat de la intervenció, es presenta l'informe de gestió (resultats, impactes, orientacions de futur), es fa el balanç comptable, es resolen els aspectes financers i legals i es dona per finalitzat el projecte.

Els aspectes clau a tenir en compte per tenir més garanties d'èxit en una acció comunitària, són, per una banda, avaluar i treballar en xarxa, i per l'altra, que el promotor de l'acció tingui un bon lideratge i coherència metodològica. Una altra recomanació que ens fa la Guia operativa d'Acció Comunitària de l'Ajuntament de Barcelona (2009), és que cal procurar començar per temes o activitats concretes ja que una formulació massa abstracte pot posar barreres a la gent. Finalment, tant Cortés (2007) com la Guia d'Acció Comunitària (2009) ressalten que si l'acció és impulsada per l'Administració Pública, és del tot necessari el compromís polític per començar correctament.

El paper de la persona encarregada a desenvolupar processos de transformació social ha de ser el de dinamitzar les relacions entre les persones i els grups d'una comunitat, per tal de facilitar un procés de millora de la seva situació. L'avaluació d'aquest procés, parteix de la qualitat de les experiències de les persones implicades, de les relacions, dels diàlegs, de la mobilització personal o col·lectiva, de les metodologies i de les activitats que s'hagin portat a terme. Segons els apunts de treball social comunitari de Cortés (2007), calen experiències suficientment riques i duradores perquè es produeixin canvis significatius en la vida de les persones, famílies, grups o institucions socials, i el treballador social, en aquest cas, ha d'utilitzar certs mètodes per ajudar a iniciar, alimentar i desenvolupar aquest procés. Una idea que defensa també J.M. Barbero i que afegeix, és que per tal que aquests processos siguin experiències significatives, és imprescindible que hi participin i s'hi impliquin els destinataris del procés des de l'inici. Així doncs, considerem que experiències de diferents tipus (aprenentatge, relació, diàleg, debat, mobilització, organització, etc...) són significatives en la mesura que les poblacions destinatàries es comprometen amb la seva situació, els seus problemes, la societat, etc...

Per tant, la persona que vol promoure accions comunitàries, ha de tenir les següents habilitats que s'hauran de sumar a les que, tal i com he apuntant al punt anterior, es requereixen per fer intervencions de prevenció de MGF (Ajuntament de Barcelona, 2009):

- a) Lideratges i colideratges: Els processos de canvi necessiten lideratges actius i els processos comunitaris reclamen colideratges. Es pot liderar de moltes maneres i no s'ha de confondre liderar amb manar. Sense entrar en un debat a fons sobre les qualitats del bon lideratge social (debat d'altra banda del tot necessari en aquests tipus de processos), hi ha una idea que penso que resumeix força bé el que volem plantejar: el lideratge facilitador, entès com el que fa que les coses passin i es facin, que les facilita, però sense treure capacitat d'acció ni protagonisme als altres, que reconeix altres lideratges i els inclou en el procés. Potser podríem parlar de "comunitatge": el lideratge que facilita i reforça la capacitat de la gent per fer coses i prendre decisions de manera autònoma.
- b) Empatia: És del tot necessari tenir la capacitat per posar-se en el lloc de l'altre i comprendre'n les posicions, les demandes, les inquietuds, les aspiracions i les emocions. Tenir l'habilitat de comprendre l'altre des de l'àmbit emocional fins al racional és clau a l'hora de dinamitzar processos relacionals.
- c) Creativitat: No tenim respostes per a tot, ni per sempre, però sí que tenim la capacitat per anar-les construint i adaptant; cada experiència comunitària construirà les seves, sense mimetismes. Potenciar la creativitat, incentivar-la, no és una opció, és una necessitat que tenen tots els processos comunitaris que volen trobar les (seves) respostes als reptes que es plantegen. Una metodologia comunitària no pot ser mai allò que diu un paper, sinó el que un grup d'actors comunitaris fan en la pràctica.
- d) Comunicació: Seguint un discurs ja clàssic en el món de la comunicació humana, podem dir que en els processos relacionals, quan hi ha interacció entre persones, sempre comuniquen alguna cosa a l'altre. No hem d'entendre, doncs, la comunicació com una cosa puntual i lligada a un determinat instrument, sigui un pla de comunicació, una campanya, una revista o qualsevol altre suport. Hem de prendre consciència que, en les nostres relacions quotidianes, sempre comuniquem alguna cosa a les persones amb les quals ens relacionem. En funció de si les escoltem o no



atentament, de si les mirem a la cara quan parlen o de si estem més pendents del mòbil que de la conversa, per exemple, comuniquem més o menys interès per elles i per les seves opinions.

#### **4.2. La figura del/la mediador/a comunitària intercultural:**

Tenint en compte la necessitat de visió d'aquest treball comunitari en una perspectiva de prevenció de la MGF, hem de fer especial èmfasis en les dificultats que ens podem trobar en la comunicació i comprensió de l'idioma, l'actitud del professional davant temes tant difícils i privats com són la sexualitat i la MGF i, el rebuig de reconèixer la pluralitat i diversitat cultural.

Per tant, una figura clau que podria desenvolupar processos de transformació social mitjançant el treball comunitari, i que tindria en compte aquestes dificultats, seria la figura del/la mediador/a comunitària intercultural.

Entenem per mediació el que Margalit Cohen Émérique (1997) a Obra Social “La Caixa” (2009) apunta en els següents tres significats:

*«Servei d'Intermediari en situacions en què no hi ha conflicte sinó més aviat dificultats de comunicació»*

*«Intervenció destinada a posar d'acord, conciliar o reconciliar persones »*

*«Procés creador pel qual es passa d'un terme inicial a un terme final»*

Així doncs, entendrem que el concepte de mediació intercultural és un recurs a l'abast de persones de cultures diverses, que actua com a pont, a fi de facilitar les relacions, fomentar la comunicació i promoure la integració entre persones o grups, pertanyents a una o diverses cultures. Per tant, entenem la mediació intercultural com un recurs professionalitzat que pretén contribuir a una millor comunicació, relació i integració entre persones o grups presents en un territori, i pertanyents a una o diverses cultures. (Obra Social “La Caixa”, 2009).

Els i les mediadors/es interculturals són, per definició, experts en més d'una cultura que poden intervenir en substitució a les carències del coneixement mutu i

facilitar, així, la comunicació i l'intercanvi, prevenint el conflicte. D'aquesta manera, el mediador o la mediadora cultural pot obrir portes per la integració social i econòmica de grups culturals diferents. (Llevot, 2006).

El perfil d'aquesta figura s'ha d'ajustar a les necessitats del col·lectiu al qual es vulgui intervenir, i per tant, requereix:

- Preferiblement, tenir un origen cultural igual o similar al col·lectiu que s'intervé.
- Haver viscut una experiència migratòria com la del col·lectiu en qüestió.
- Un llarg període de convivència amb la societat receptora.
- Domini de les llengües comunes.
- Formació en coneixements, habilitats i actituds en mediació intercultural.
- Ser polivalent, amb tendència a l'especialització.
- Posseir capacitats personals, com flexibilitat, equilibri emocional, humor i habilitats per a la interacció.
- Tenir coneixement sobre models de desenvolupament personal i relacions interpersonals.
- Coneixement de les cultures i les migracions.
- Coneixement dels recursos i la legislació existent

Els i les mediadors/es interculturals exerceixen les seves tasques en contextos individuals, interpersonals i grupals, i actualment un dels seus camps d'actuació prioritaris són les relacions entre professionals del servei d'atenció a la població immigrada i les persones usuàries culturalment diferents. Aquesta acció es complementa amb una feina de dinamització comunitària que pretén, d'una banda, donar una dimensió integral a la intervenció interpersonal i individual i, de l'altra, contribuir a les relacions entre persones que conviuen en un mateix veïnat. (Obra Social "La Caixa", 2009).

La pràctica de la mediació intercultural es percep de tres maneres diferents:

1. Mediació preventiva: S'exerceix per facilitar la comunicació i prevenir l'aparició de conflictes. Alguns exemples serien la interpretació lingüística i la interpretació sociocultural.
2. Mediació rehabilitadora: S'intervé per resoldre conflictes. Per exemple: facilitar la negociació entre les dues parts i assessorament a professionals.
3. Mediació creativa: Contribueix a la creació de noves estratègies de relació i intervenció, com per exemple: millorar les relacions que s'estableixen entre professionals i usuaris/àries de cultures diverses.

Segons Mediació intercultural en l'àmbit de la salut de l'Obra Social "La Caixa" (2009), les qualitats d'aquesta figura mediadora intercultural són:

1. Responsabilitat: aquesta responsabilitat està en el procés de mediació, en la relació que s'estableix entre les dues parts, en com facilita la comunicació.
2. Confidencialitat: el treball que es fa amb una família no es pot compartir amb un/a altre/a, s'haurà de ser rigorós amb la informació que es té i no exposar-la fora del context de la mediació.
3. Imparcialitat: el mediador o la mediadora, no s'ha de posicionar a favor dels plantejaments o interessos de l'entitat per la qual treballa.
4. Cooperació: sovint rebran demandes de professionals que no corresponen a ell/a, per tant, haurà de ser capaç a reformular el seu enfocament i ajustar-les a les múltiples possibilitats que aquest ofereix.
5. Compromís social: no és un activista o defensor dels drets de la població immigrant, sinó que la seva funció es limita a intentar acostar les postures de les dues parts en conflicte.
6. Claredat del propi rol: ha de presentar-se clarament davant de totes les parts per no crear confusions, ha d'explicar les seves funcions i els seus límits.

## V. METODOLOGIA

La metodologia que utilitzo per a la investigació d'aquest treball segueix tres vies: anàlisi de documentació, anàlisi de dades estadístiques i realització d'entrevistes. Val a dir però, que la meua experiència com a tècnica de polítiques migratòries, també ha estat una font d'informació important. El fet de participar i conèixer de primera mà les taules de MGF del Baix Empordà m'ha permès formar part de jornades i sessions de treball que m'han facilitat la reflexió i tenir un millor coneixement del tema.

L'anàlisi de documentació bibliogràfica em serveix per configurar bona part de l'emmarcament teòric d'aquest treball. La recerca l'he iniciada a partir d'un guió establert prèviament i ha estat tant en suport de paper com electrònic ja que molta de la informació utilitzada es troba en els dos formats.

L'anàlisi de dades estadístiques em permet complementar part de l'emmarcament teòric i estudiar la contextualització demogràfica de la població practicant existent a Catalunya i al Baix Empordà. Les dades, les he extret de dues fonts importants a nivell estadístic com són l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

Finalment amb les entrevistes<sup>13</sup> realitzades acabo de corroborar la informació extreta de l'anàlisi de documentació i dono així els arguments necessaris pels quals faig la proposta d'intervenció en qüestió. Les entrevistes són obertes amb un guió predeterminat per no perdre el fil de l'objectiu a aconseguir, d'aquesta manera permet que la persona entrevistada pugui explicar-se i expressar millor la seva opinió sobre el que se l'hi pregunta.

He dissenyat tres tipus d'entrevistes diferents, una destinada a tècnics que formen part de les Taules de prevenció de MGF del Baix Empordà, l'altra a entitats socials que ja porten un bagatge en prevenció de la MGF a través del treball

---

<sup>13</sup> Es poden consultar els models d'entrevista a l'Annex 4.

comunitari i finalment, una tercera destinada a dones que, malgrat formar part d'algun col·lectiu practicant, han decidit acabar amb aquesta pràctica i per tant estan col·laborant en la prevenció i radicació. Val a dir, però, que per les característiques complexes que comporta aquesta última entrevista, l'he feta a les persones que formen part d'una entitat, ja que les membres d'aquesta, són dones de col·lectiu practicant i per tant, he pensat que com que es dediquen professionalment a aquest tema, personalment, l'entrevistada, l'hi pot resultar més fàcil parlar-ne'n.

L'entrevista destinada als tècnics que formen part de les taules de MGF del Baix Empordà té com a finalitat:

1. Millorar el treball de prevenció de la MGF que s'està duent a terme mitjançant les taules de prevenció de la MGF del Baix Empordà.
2. Elaborar una proposta d'intervenció, tenint com a eina d'intervenció el treball comunitari.

Així doncs, els objectius perseguits en aquesta entrevista són:

- Avaluat el treball realitzat fins ara a les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà
- Definir una proposta de treball comunitari com a eina de prevenció.

Aquesta entrevista consta de tres parts, una primera de les dades identificatives de l'entrevistat o entrevistada, en segon lloc, un apartat d'avaluació del funcionament de les taules de prevenció de la MGF per analitzar el treball que s'hi realitza, i en tercer i últim terme, un apartat que introdueix la perspectiva del treball comunitari.

En les dades identificatives pregunto a la persona entrevistada la professió que exerceix, la relació que té amb la MGF i el temps que porta relacionada amb aquest àmbit.

En quan a l'apartat d'avaluació del funcionament de les taules en la qual pertany, pregunto, en primer lloc, les funcions que tenen (o haurien de tenir) les taules de

prevenció de la MGF en general. Aquesta pregunta em permet avaluar el grau de coneixement que tenen de les funcions reals que han de tenir les taules segons el protocol d'actuació. I en segon lloc, ja com a membres d'una de les taules del Baix Empordà, faig tres preguntes: quines funcions està desenvolupant realment la taula en la qual pertany, que em permet conèixer què fa i quins objectius persegueix i comparar-los amb els que estableix el protocol en general; com valora la seva utilitat i funcionalitat, que em facilita informació sobre la funció de la taula i si com a membre la té ben considerada o no. En cas que aquesta última sigui una valoració negativa, li demano, quina proposta de millora creu que es podria aplicar des del seu lloc de treball ja que així, em dóna referències de cap on s'hauria d'enfocar el funcionament de la taula en qüestió. I, finalment, si creu que des de la taula de MGF es podrien abordar altres línies de treball per la prevenció de la pràctica i si és afirmatiu, quines proposa; d'aquesta manera em permet veure quines perspectives de futur tenen les taules i si pensa o no en el treball comunitari.

Finalment, faig la pregunta que em facilitarà informació per la proposta d'intervenció: com veuries l'opció d'introduir el treball comunitari a les taules de MGF, i si és afirmatiu, quin plantejament proposa, i si és negatiu, els motius.

Tenint en compte que entre totes les taules del Baix Empordà hi ha un total de 25 professionals participant-hi, he pensat que el més idoni és escollir una mostra representativa de totes les taules. Així que, procurant que hi hagi, com a mínim, una membre de cada taula i un perfil professional diferent, he entrevistat un total de 5 persones: una treballadora i una educadora social dels serveis socials, un mosso d'esquadra, una pediatre i una assessora LIC. Cada una d'elles ha estat escollida pensant amb el seu bagatge professional i el temps que porta treballant per a la prevenció de la MGF, per tal que les aportacions puguin ser el més riques possibles. Per tant, la mostra queda de la següent manera:

	Sexe	Professió	Relació amb la MGF	Temps que porta en relació amb la MFF
<b>Entrevistada 1</b>	Dona	Treballadora Social dels Serveis Socials	Membre de la taula de MGF de Sta. Cristina d'Aro	5 anys
<b>Entrevistada 2</b>	Dona	Educadora Social dels Serveis Socials	Responsable de la taula de la MGF de St. Feliu de Guíxols	1 any
<b>Entrevistat 3</b>	Home	Mosso d'Esquadra	Membre de les taules de MGF de Torroella de Montgrí i La Bisbal d'Empordà	9 anys
<b>Entrevistada 4</b>	Dona	Pediatre	Membre de la taula de MGF de La Bisbal d'Empordà i membre del grup de recerca GIPE	9 anys
<b>Entrevistada 5</b>	Dona	Assessora LIC	Membre de la taula de MGF de La Bisbal d'Empordà	1 any

El segon model d'entrevista, destinada a entitats que ja estan treballant en la prevenció de la MGF, té com a finalitat:

- Elaborar una proposta d'intervenció, tenint com a eina d'intervenció el treball comunitari.

Així doncs, els objectius perseguits en aquesta entrevista són dos:

- Analitzar experiències de treball comunitari en la prevenció de la MGF que s'hagin portat a terme.
- Definir una proposta de treball comunitari com a eina de prevenció.

Aquesta entrevista consta de quatre parts, una primera de dades identificatives de l'entrevistada, en segon lloc un apartat sobre el funcionament de l'entitat com a tal, per conèixer l'origen i els objectius d'aquesta, una tercera part sobre el treball comunitari com a eina d'intervenció que em permet veure com ho té plantejat l'entitat i finalment com ho veu que l'administració faci un treball d'aquestes característiques per tal de facilitar informació de com s'hauria d'enfocar la proposta d'intervenció.

De les dades identificatives n'obtingo la professió que exerceix, la relació que té amb la MGF i el temps que porta relacionat amb aquest àmbit.

En quan a l'apartat del funcionament de l'entitat faig tres preguntes. En primer lloc, quin és el posicionament que té l'entitat envers la MGF, que em permet conèixer la ideologia que tenen i si les seves funcions s'acosten a les establertes el protocol d'actuació de prevenció. La segona pregunta és sobre els objectius que es plantegen com a entitat, així puc conèixer les línies de treball. I finalment, quines eines i metodologies utilitzen per aconseguir els objectius establerts com a entitat, per conèixer com treballen i quins recursos utilitzen.

En l'apartat del treball comunitari com a eina d'intervenció faig quatre preguntes més concretes relacionades amb aquest tema. Primerament, com entén que ha de ser aquest tipus de treball, per conèixer els principis i les bases que ells consideren clau per tal que la prevenció sigui factible. Molt lligada amb la primera, pregunto, a continuació, quins elements són clau per treballar la prevenció de la MGF mitjançant el treball comunitari, que em permet veure el perfil de la persona en qüestió i què s'ha de tenir en compte per elaborar una bona proposta d'intervenció. En tercer lloc, si coneix cap mala pràctica en prevenció de la MGF o què aconsella que no s'hauria de fer mai per treballar aquest tema, ja que sabent els aspectes negatius, em facilita argumentar la proposta en qüestió. I finalment, pregunto sobre els indicadors per avaluar tot el treball que estan realitzant.

Finalment, qüestiono la pregunta que em facilitarà informació sobre el paper de l'administració amb la prevenció de la pràctica i si creu que un treball d'aquestes característiques pot ser liderat per la pròpia administració.

En quant al model de la tercera entrevista que he fet a aquesta mateixa mostra, la configuro en tres apartats. En primer lloc dades identificatives de l'entrevistada, posicionament personal envers la MGF per conèixer què en pensa i com va fer el canvi ideològic sobre aquest tema i finalment, com veu la necessitat de la prevenció.

En les dades identificatives, a diferència de les altres dues entrevistes, hi pregunto també, la nacionalitat d'origen i l'edat de l'entrevistada.



En quan al posicionament personal faig tres preguntes diferents. En primer lloc què en pensa de la MGF, si és un tema cultural, una costum, una tradició... En segon terme, si considera que la pràctica és un tipus de maltractament, amb la seva resposta, em permet saber quina concepció té sobre el tema. I finalment, quan considera que va fer el canvi ideològic sobre la concepció de la MGF, quin procés formatiu intern va haver de seguir per aconseguir-ho. Aquesta pregunta és clau per saber què cal aportar a la resta de persones practicants per tal que tots acabin fent el canvi sobre la MGF.

En l'últim apartat, pregunto sobre si creu, com a persona i no com a professional, la necessitat de fer polítiques de prevenció des de Catalunya i perquè. Penso que és una forma de saber l'opinió del col·lectiu diana del treball comunitari que s'ha de portar a terme.

La selecció de la mostra, en aquest cas, ha estat a través d'alguns contactes que tinc com a tècnica de polítiques migratòries i per proximitat. Hi ha diversitat d'entitats que treballen amb aquests objectius, però és difícil poder-les entrevistar a totes. De les tres que he considerat interessants d'entrevistar, només n'he pogut realitzar dues ja que la tercera, el contacte, no ha estat possible.

Per preservar l'anonimat de les persones entrevistades, cal dir que són membres de l'associació Jokkere Endam d'Arbúcies i Associació Sociocultural de Dones 'Endavant' de Salt.

	Sexe	Professió	Relació amb la MGF	Temps que porta en relació amb la MGF	Nacionalitat	Edat
<b>Entrevistada 6</b>	Dona	Mediadora intercultural	Dona d'ètnia practicant, mutilada i fundadora d'una associació que prevé les MGF.	Tota la vida Professionalment 5 anys	Burkina Faso	38 anys
<b>Entrevistada 7</b>	Dona	Mediadora intercultural	Dona d'ètnia practicant i membre d'una associació que prevé les MGF.	Tota la vida. Professionalment 7 anys	Senegal	33 anys

## VI. ANÀLISI DE DADES

Després d'haver recopilat tota la informació que he anat exposant al llarg del treball, exposo el següent apartat d'anàlisi de dades donant resposta a cada un dels objectius que em plantejava inicialment:

1. Avaluar el treball portat a terme fins ara a les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà.
2. Analitzar experiències de treball comunitari en la prevenció de la MGF que s'hagin portat a terme en altres indrets de Catalunya.
3. Definir una proposta d'actuació utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció de la MGF.

Tant el primer objectiu d'avaluació del treball de les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà com el segon d'anàlisi d'experiències en treball comunitari per prevenir la MGF, em permeten justificar la importància de definir la proposta d'actuació utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció de la MGF tal i com ho plantejo en el tercer objectiu.

### **1. Avaluació del treball portat a terme a les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà**

---

Per avaluar el treball realitzat a les taules de prevenció de la MGF de la comarca del Baix Empordà analitzaré, en primer lloc, si les quatre taules abasten suficientment tota la comarca o, si pel contrari, trobem zones descobertes i per tant, de risc on es puguin escapar possibles casos de mutilació. En segon terme, estudiaré les funcions que tenen encomanades les taules de MGF en general i les funcions que els entrevistats i les entrevistades m'han assenyalat que tenen realment en cada una de les taules, per comprovar en quines no s'inverteixen suficients esforços i en quins aspectes s'hauria d'aprofundir més. I finalment, quina ha estat la sensació obtinguda de les entrevistes en el moment que s'ha

demanat als entrevistats i a les entrevistades la possibilitat de portar a terme altres línies de treball a través de les taules, per poder així, fer propostes de millora i comprovar quina conceptualització tenen del treball comunitari.

### 1.1. Abastament territorial de les taules de prevenció de la MGF del Baix Empordà

Com ja s'ha explicat en el marc d'actuacions, la comarca del Baix Empordà disposa de quatre taules de prevenció de la MGF repartides als municipis de St. Feliu de Guíxols, Sta. Cristina d'Aro, La Bisbal d'Empordà i Torroella de Montgrí. Tret de la taula de St. Feliu de Guíxols i la de Sta. Cristina d'Aro que són estrictament locals; les de la Bisbal d'Empordà i de Torroella de Montgrí tenen un abast més ampli fruit de la seva conjuntura i engloba petits municipis propers que facilita arribar a un major àmbit territorial. Aquestes quatre taules, engloben 27 dels 36 municipis que configuren la comarca del Baix Empordà. Aquests són els següents:

Municipis que disposen de taula de MGF		
Albons	Garrigoles	Sta. Cristina d'Aro
Bellcaire	Gualta	Serra de Daró
Bisbal d'Empordà, La	Jafre	Tallada d'Empordà, La
Colomers	Palau-Sator	Torroella de Montgrí
Corçà	Pals	Ullastret
Cruïlles, Monells i St. Sadurní	Parlavà	Ullà
Foixà	Pera, La	Ultramort
Fontanilles	Rupià	Verges
Forallac	St. Feliu de Guíxols	Vilopriu

Així doncs, trobem que 9 municipis del Baix Empordà no disposen de cap espai de coordinació entre professionals per treballar la prevenció de la MGF. Aquests són:

Municipis que disposen de taula de MGF		
Begur	Mont-Ras	Regencós
Calonge i St. Antoni de C.	Palafrugell	Torrent
Castell-Platja d'Aro	Palamós	Vall-Llobrega

Observant la gràfica de distribució de la població femenina al Baix Empordà procedent dels països practicants, dels nou municipis que no tenen taula de

prevenció en marxa, destaquen Begur, Calonge i St. Antoni de Calonge, Castell-Platja d'Aro, Palafrugell i Palamós, que tenen població de risc i que per tant, malgrat que la concentració no sigui tant elevada com en el cas de La Bisbal d'Empordà, St. Feliu de Guíxols, Sta. Cristina d'Aro o Torrella de Montgrí; caldria pensar alguna forma d'organització per evitar cap incidència.

La proposta que en faig, per evitar alguna pràctica de MGF en aquestes poblacions, és la creació de dues noves taules de prevenció, una ubicada a Palafrugell i l'altra a Palamós que englobarien:

1. Palafrugell: Begur, Mont-Ras, Palafrugell, Torrent, Regencós i Vall-Llobrega.
2. Palamós: Castell-Platja d'Aro, Calonge i St. Antoni de C. i Palamós.

Probablement la composició tècnica d'aquestes taules es diferenciaria de la composició estàndard de les taules en general, ja que en lloc de formar-hi part un membre de cada àmbit, constarien de dos o tres professionals dels serveis socials i de la salut ja que l'organització d'aquests municipis és independent entre ells. Per tant, s'hauria d'estudiar la viabilitat d'aquesta diversitat de professionals ja que segurament hi hauria un enriquiment en les intervencions, però també hi hauria més dificultat a l'hora d'emprendre accions conjuntes ja que cada municipi té les seves particularitats.

## **1.2. Funcions que es desenvolupen a les taules de prevenció de la MGF del Baix Empordà**

Recordant la finalitat que tenen les taules locals de prevenció de la MGF: coordinació entre professionals, l'assentament d'un Protocol municipalitzat i seguiment de casos concrets; podria afirmar que, d'entrada, totes les taules del Baix Empordà estan complint amb aquesta finalitat ja que davant la pregunta de *quines funcions desenvolupa la taula en la que pertany*, la resposta dels entrevistats i les entrevistades ha estat que la taula en la qual pertanyen, pràcticament, fan detecció i registre de la població en risc, seguiment d'aquesta, adaptació del protocol a les necessitats del municipi, treballar entre tots els

membres de la taula els casos que generin dubtes, treballar coordinadament entre tots els agents implicats i marcar objectius comuns entre tots els professionals. Per tant, es donen per assolides les finalitats que, d'entrada, tenen encomanades les taules locals de prevenció.

La discrepància, es troba en l'anàlisi de les línies de treball que tenen establertes. En general les taules del Baix Empordà, han estat desenvolupant dues de les quatre línies establertes, la d'organització que consta en l'establiment d'un Protocol municipalitzat realment efectiu i la creació d'una taula de prevenció tenint en compte tots els agents implicats; i, el seguiment dels casos, considerat com a prevenció secundària, on s'identifica la població de risc o els casos de sospita de consumació, ja que si es produeix algun fet, s'ha d'activar el Protocol i tramitar la denúncia al jutjat.

Han deixat de banda, el treball comunitari considerat com a prevenció primària que posa en coneixement de la taula les tasques de sensibilització que s'estan fent en el territori, promoure i identificar actuacions enfocades al canvi de les conductes d'aquella població susceptible al risc, centrant-se en l'acció comunitària, detectant grups de risc, grups d'influència, i treballant per un canvi real de les pràctiques; i, el seguiment de protocol on la taula fa aportacions per modificar el Protocol a partir d'aquells casos que tenen algun tipus de dificultat especial de resolució.

En les entrevistes, només, l'entrevistada 1 i 2, i l'entrevistat 3 veuen necessari aquest enfocament de prevenció primària a partir de l'acció comunitària, tot i que la taula en la qual pertanyen no ho està portant a terme explícitament. En general, les taules s'han dedicat a la prevenció secundària, detectar persones de risc i intervenir sobre elles sempre que hi hagi una previsió de viatge al país d'origen. En cas de fer prevenció, aquesta es porta a terme a nivell individual i sobre cada cas, per evitar una estigmatització de la població, tal i com va ressaltar l'entrevistada número 4.

Davant la pregunta de *quines funcions tenen les taules de prevenció de la MGF en general*, la majoria només han detallat les mateixes que desenvolupa la pròpia

taula, per tant, les respostes han estat, en general, identificar la població en risc, tenir-la catalogada en un registre únic per poder així controlar i fer una prevenció i un seguiment per tal que no es produeixi cap mutilació, donar informació sobre les conseqüències que comporta a la població susceptible a ser practicant i establir una coordinació entre els agents implicats per buscar solucions i evitar la MGF.

Els motius pels quals les taules del Baix Empordà s'han quedat desenvolupant dues de les quatre línies de treball que tenen encomanades, poden ser diversos. El primer, per desconeixement d'aquesta línia de prevenció primària de treball comunitari, ja que en cap de les entrevistes l'han anomenada a l'hora d'explicar les funcions en general que tenen encomanades les taules de prevenció locals. En segon lloc, per la complexitat que comporta desenvolupar un treball d'aquestes característiques, ja que cada vegada que se'ls preguntava com veien l'opció d'introduir el treball comunitari a la taula de prevenció, la resposta era, que seria molt interessant però com s'hauria de fer? Per això han sorgit una diversitat de propostes a desenvolupar des de les taules tal i com s'explica al següent apartat. I finalment, un altre motiu, pot ser el fet que la comarca del Baix Empordà no sigui molt nombrosa en població de risc i, per tant, no s'hagi vist rellevant portar a terme cap acció comunitària que vagi més enllà de xerrades informatives sobre què és la MGF, quines conseqüències a nivell sanitari comporta i què diu la llei sobre aquesta pràctica. Estem parlant de municipis relativament petits, excepte St. Feliu de Guíxols i que entre els serveis socials i els de salut, coneixen a totes i a cada una de les famílies possibles que puguin ser practicants.

### **1.3. Propostes de treball a desenvolupar les taules de MGF del Baix Empordà**

Davant la pregunta de com es valora la utilitat i la funcionalitat de les taules, tots els entrevistats han coincidit que és millor que hi hagi una taula en funcionament que no cap (entrevistada 4). En general, la valoració que se'n fa és bona tot i que, d'una manera o altra, cal fer un pas més enllà i ampliar el radi d'acció.

Algunes propostes que han sorgit són, per exemple, el cas que ha exposat l'entrevistada número 1, i és que s'hauria de fer una prevenció partint més del treball comunitari per donar a entendre de no portar a terme la pràctica, no tant per les conseqüències legals que comporta a Catalunya, sinó per consciència de les conseqüències sobre la salut de les nenes i les dones. La tècnica, considera que la majoria de la població han deixat de practicar-la per por a les represàlies legals que poden tenir a Catalunya. La població en risc sap que està vigilada i que amb les revisions amb la pediatra es pot comprovar la integritat de la nena. És per això, que l'entrevistada 1 considera que la taula hauria de dedicar més temps en pensar en la intervenció comunitària, ja que si no provoquem aquest canvi de mentalitat, difícilment es podrà radicar la pràctica.

Sobre aquest tema de la revisió pediàtrica, l'entrevistat 3 exposa la importància que els professionals de la salut coneguin i tinguin formació específica per tal de fer una exploració correcta, ja que si no es fa de forma eficient es pot produir el cas que en una primera visita el o la pediatre cregui que la nena no està mutilada (tot i estar-ho) i quan al cap d'un temps la visiti un altre professional i determini que sí hi ha una mutilació es passarà al Jutjat i el Jutge pot condemnar als pares perquè s'entendrà que s'ha fet un cop la nena ja havia arribat a Catalunya.

L'entrevistada número 2, proposa que algú de la comunitat provinent dels països practicants pogués formar part de les taules per facilitar així, un enriquiment dels professionals ja que podria resoldre dubtes a l'hora d'enfocar certs aspectes per treballar la prevenció. Aquesta entrevistada, també ressalta, que seria important treballar-ho des del basant de la salut ja que, a partir de les conseqüències que comporta a les nenes i a les dones tant a llarg com a curt termini, es podria conscienciar millor a la població, que no pas si es vol abordar des de l'àmbit social o educatiu.

L'entrevistat 3, considera que s'haurien d'establir uns objectius genèrics i anualment (a principi d'any) marcant els objectius anuals o trimestrals tant des d'una perspectiva de reacció com de prevenció. També explica que des d'ensenyament, per exemple, es disposa d'un còmic del departament d'interior que

tracta totes les violències masclistes i pot ser una bona eina per treballar les historietes amb els alumnes de tercer i quart d'ESO, d'aquesta manera informes als nens i les nenes d'aquestes realitats, els obres els ulls, els ajudes a poder prevenir i a participar en la prevenció de les agressions.

L'entrevistada 4, proposa que la taula de prevenció, a part de les funcions que ja s'han comentat que està desenvolupant, ha de ser un òrgan de referència per a la població de risc. Comenta que la taula hauria de ser més propera a les persones per tal que aquestes puguin dirigir-se als membres que en formen part per resoldre dubtes, no n'hi ha prou en perseguir aquells possibles casos, sinó que la taula ha d'oferir a la població una possibilitat per a fer-hi un feedback. També proposa fer un treball més de camp per part de la taula i esbrinar realment, quins dels casos que es consideren de risc, ho són veritablement, què en saben i quins coneixements disposen sobre les conseqüències que comporta una mutilació.

Finalment, la cinquena entrevistada considera que entre els membres de la taula hi ha dos tipus de professionals, els que estan a primera línia i que per tant tenen més contacte amb la població, com és el cas dels Serveis Socials i de Salut, i uns altres que donen suport a les intervencions com és el cas d'Educació i Mossos d'Esquadra. Com la resta d'entrevistades, també considera que es fa més detecció de casos que prevenció, i la seva proposta per millorar aquest aspecte seria portar-la a terme a través dels recursos existents que ja estan en funcionament en el municipi i que la població susceptible a ser practicant, ja utilitza amb freqüència, com per exemple els cursos de català. Des de l'escola veu complicat treballar aquest tema, ja que hi ha les filles dels pares que poden practicar la MGF i per tant, considera, igual que l'entrevistada 2, que la MGF s'ha d'abordar més a nivell de salut que no a nivell cultural. Tot i així, sí que proposa que, amb alumnat de secundària, crear unes relacions d'amistat entre alumnes on la interculturalitat es dona de forma natural, i parlar-ne'n obertament des de les diferents perspectives que tenen una (possible practicant) i l'altra (que no practica) sobre la pràctica.

Davant la pregunta de *com veurien l'opció d'introduir el treball comunitari a la taula de MGF*, en tots els casos han coincidit que s'hauria de disposar d'una persona referent o líder entre la comunitat i fer aquest treball a través d'ella.



L'entrevistada 1 ressaltava la importància que aquesta persona donés a conèixer, no només les conseqüències negatives de ser dona mutilada, sinó també els avantatges que tenen les dones de no estar-ho, per tal de transmetre el desig de no mutilar a les seves filles.

També han sortit propostes de fer un “format xerrada”, tot i que en aquest cas, hi ha diversitat d'opinions. L'entrevistada 1 considera important que aquestes siguin interactives on hi hagi un diàleg entre població i professionals que afavoreixi la participació i que el procés de canvi sigui fruit d'aquest espai. En canvi l'entrevistada 4, considera que muntar xerrades és una manera d'assenyalar a un grup concret de persones fent diferències segons els seus trets culturals. Només veu possible aquestes xerrades, si és el mateix col·lectiu en qüestió qui ho demani explícitament.

L'entrevistat 3 comenta que està totalment d'acord en què s'ha de fer treball amb la comunitat, utilitzant espais de trobada de dones i passar pel·lícules com Mooladée o la Flor del Desierto, o fer entrar entitats que ja treballen amb el tema i que tenen bons materials. Considera que s'ha de treballar també amb els líders de la comunitat que es posicionin i es comprometin en contra la pràctica i amb tot aquest treball buscar espais de difusió mediàtica com per exemple una tertúlia en una radio local on un líder comunitari es posi completament en contra de la pràctica.

Un altre aspecte que es va ressaltar, i tant l'entrevistada 2 com la 4 van indicar clarament, és el fet de crear vincle i confiança entre les famílies per poder així treballar obertament el tema de la prevenció sense esperar que hi hagi la previsió d'un viatge al país d'origen.

## **2. Anàlisi d'experiències de prevenció de la MGF mitjançant el treball comunitari**

---

Segons UNICEF (2005), els programes i les experiències amb més èxit són aquelles que tenen una naturalesa participativa i que normalment s'orienten a les comunitats per tal que elles mateixes defineixin els problemes i les pròpies

solucions. Partint d'aquest concepte, alguns exemples d'ONGs i entitats internacionals que el mateix informe d'UNICEF en fa una rellevància, són:

## 2.1. A nivell internacional

- Agència Alemanya de Cooperació Tècnica (GTZ): Ha aplicat els principis del diàleg i el debat per prevenir la MGF a Guinea. Crear espais apropiats i donar oportunitats de debat a les comunitats permet que les persones se sentin segures i confiades per compartir opinions. Permet que els membres de la pròpia comunitat siguin agents actius que controlin el seu propi desenvolupament.
- Centre d'Activitats d'Educació, Desenvolupament i Població (CEDPA): Fundada el 1975, és un reconeixement internacional sense afany de lucre per a la millora de la vida de les dones i nenes en els països en desenvolupament. El seu enfocament és el de treballar mà a mà amb les dones líders, socis locals i organitzacions nacionals i internacionals per donar a les dones les eines que necessiten per millora les seves vides, famílies i comunitats. En la seva implicació per la prevenció de la MGF ha estat utilitzant un 'Enfocament de desviació positiva' basat en la mobilització participativa de la comunitat, en el coneixement local i en desenvolupar solucions que ja existeixen però que encara no són suficientment elaborades per portar a terme. Identifica els membres de la comunitat que tampoc estan d'acord en la pràctica de la MGF i promouen que altres persones prenguin aquesta mateixa posició en contra.
- Comitè Interafricà sobre Pràctiques Tradicionals que afecten la Salut de les Dones i el Nens (IAC): Implementa programes d'educació, informació, formació, promoció i suport en els 28 països d'Àfrica on es practica la MGF des de l'any 1984. Tracten la MGF des d'un enfocament d'inclusió i de base comunitària, per aquest motiu, a part de donar capacitat i poder de decisió a les dones, inclouen els homes a les campanyes per evitar conflictes d'interessos i per no alterar l'harmonia social. L'èmfasi de la base comunitària, es localitza en la mobilització popular amb l'objectiu de produir

un canvi d'actitud sobre la pràctica de MGF. La campanya també arriba i dona suport als representants i líders religiosos de les comunitats.

- Organització Maendeleo Ya Wanawake (MYWO): Organització kenyana de dones que ha pres la iniciativa de celebrar cerimònies alternatives sense que a la nena se li practiqui la MGF. Ha desenvolupat un programa que comença amb activitats per augmentar la conscienciació a nivell comunitària amb l'objectiu de captar participants, introduir l'educació per la vida familiar en nenes i reproduceix un model de cerimònia tradicional que marca el pas a la vida adulta sense haver de passar per la mutilació.
- Organització dels Serveis Socials dels Evangèlics Coptos (CEOSS): Organització fundada al 1960 a Egipte i que té per objectiu el desenvolupament social i cultural, el benestar individual, la justícia social i l'harmonia entre les cultures. Les seves estratègies, són la de millorar l'estatus de les dones i identificar els patrons efectius entre els homes i les dones que siguin líders comunitaris. Les activitats a les aldees, tenen per objectiu el de reforçar les comunitats i els individus en tots els aspectes de la vida, incloent l'educació, la salut, la generació d'ingressos, l'agricultura i la protecció del medi ambient. En quan a les activitats específiques per a l'abandonament de la pràctica de la MGF, inclouen, l'establiment de comitès locals de dones, l'augment de la conscienciació del perjudicis que comporta la pràctica, proporcionar formació als membres de les comunitats, als professionals i treballadors sanitaris.
- Tostan: ONG Internacional especialitzada en educació no formal, ha desenvolupat un mètode que es base en la promoció dels drets humans mitjançant el programa Empoderament Comunitari que té una durada de 30 mesos. Aquest programa ofereix a les comunitats els coneixements i habilitats necessàries per liderar iniciatives que promoguin el canvi social de manera sostenible. Té un format de curs que abasta una àmplia gama d'informació pràctica, inclosa la salut, la higiene, a més de construir un diàleg al voltant dels dret humans i ajudar als participants a desenvolupar habilitats per resoldre

els propis problemes. Utilitza tècniques tradicionals de participació orals que són fonamentals per a l'intercanvi de coneixements.

## 2.2. A nivell Nacional

A nivell nacional, també trobem entitats que aposten per treballar amb la comunitat per radicar la mutilació genital femenina des dels països d'acollida. Alguns exemples<sup>14</sup> que ressalto són:

- Associació de Dones Immigrants Subsaharianes (ADIS) (Granollers): amb un doble objectiu: en primer lloc, desenvolupar un paper clau en l'àmbit social, per tal d'esdevenir un punt de trobada i de referència per a totes les dones africanes que s'hi vulguin apropar, sense distinció d'origen ni de provinença; i en segon lloc, fomentar i treballar en l'àmbit dels drets humans, així com lluitar contra les pràctiques tradicionals perjudicials contra la salut de les dones, com per exemple la MGF, per tal d'afavorir la seva salut i integritat. Treballen sota els valors de la participació i la cooperació en l'àmbit comunitari i els valors dels Drets Humans, llibertat i democràcia.
- Associació Jokkere Endam (Arbúcies): Fa sensibilització entre la població practicant de les conseqüències que comporta la MGF, ja que la llei la prohibeix, però consideren que la gent ha d'entendre els motius pels quals ha de deixar la pràctica. L'objectiu que els guia és la lluita contra a la pràctica mitjanant la prevenció i la conscienciació de la importància de l'abandonament per poder-la radicar totalment. Les línies de treball que utilitzen són reunions i trobades diverses amb les famílies per abordar diferents aspectes de la vida quotidiana que els afecta i un dels temes tracten és la mutilació.
- Associació Sociocultural de Dones 'Endavant (Salt): L'objectiu principal és el de millorar les condicions d'existència i d'integració de les dones i els seus fills d'origen immigrant; també per fomentar el català com a llengua d'integració i cohesió entre les dones africanes; sensibilitzar i formar les dones

---

<sup>14</sup> A l'Annex 3 s'hi troba un llistat de recursos tant nacionals com internacionals que de maneres diferents treballen per a la prevenció de la MGF.

i la societat en general sobre els temes de violència de gènere, mutilacions genitals femenines, salut, educació, etc. mitjançant la mediació, informació, acompanyament i la coordinació amb altres entitats del territori. Per altra banda, promoure i fomentar la cultura africana com a instrument de diàleg intercultural; com també els espais de convivència intercultural entre població autòctona i població nouvinguda; o potenciar la col·laboració i la cooperació internacional per al desenvolupament amb grups i associacions de dones dels països d'origen.

- Associació TIM TIMOL (Figueres): La seva funció principal és ajudar les persones a integrar-se a Catalunya. De la mateixa manera donar-los suport en el canvi cultural que han de realitzar. A més, s'organitzen tallers per al jovent d'origen senegalès per tal de que connectin amb el seu país d'origen. Es lluita per posar fi a la mutilació genital femenina.

### **3. Definició d'una proposta d'actuació utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció de la MGF**

---

Alguns dels elements importants a tenir en compte per a l'elaboració d'una proposta d'intervenció utilitzant el treball comunitari com a eina de prevenció, ja se n'ha fet esment al llarg dels dos apartats anteriors:

- Disposar d'una persona referent o líder entre la comunitat.
- Realitzar xerrades informatives.
- Crear vincle i confiança entre les famílies per poder així treballar obertament el tema de la prevenció sense esperar que hi hagi una previsió de viatge al país d'origen.
- Utilitzar el diàleg intercultural i el debat per a la reflexió.
- Promoure la participació de la comunitat.
- Fomentar espais de relació i convivència.

Les entrevistades 6 i 7, des de la seva experiència com a entitat social, han fet propostes i parlat d'aspectes clau en vers aquesta línia de treball.

Davant la pregunta de *com entens que ha de ser el treball comunitari per prevenir la MGF*, l'entrevistada 6 ha respost que s'ha de donar correctament la informació sobre la pràctica del què està bé i del que no, per tal que prenguin consciència i, a partir d'aquí, provocar el canvi de mentalitat. El que l'hi expliques a una dona, aquesta ho comenta a una altra, i així successivament. L'entrevistada 7 ha ressaltat la importància de treballar en grup i a peu de carrer. Considera que en el treball en grup, la persona no se sent assenyada i per tant, sovint es poden tractar temes més delicats ja que es fa una generalització i s'escolta més obertament. Un altre element que considera bàsic és que el grup no se senti diferent a la resta de persones, per tant és important, que si al davant hi tens un grup de dones, es parli del grup com a nosaltres, totes formem part del grup, perquè si volem actuar en segona o tercera persona, el posicionament com a membre d'aquest grup és aliè i per tant al tractar temes tant delicats com és la mutilació es pot produir un rebuig.

Si partim del què ens diu el marc teòric que el treball comunitari és un tipus d'intervenció social basat en enfortir les relacions personals per aconseguir una millora de les condicions de vida i de convivència, el que exposa l'entrevistada número 7 penso que és una informació rellevant a tenir en compte i clau per assegurar aquesta transformació social que estem buscant. Les relacions socials només les podem aconseguir si nosaltres formem part del grup.

Quan s'ha preguntat a les dues entitats quin perfil hauria de tenir la persona que portés a terme aquest treball comunitari han coincidit en què no hi ha un perfil determinat i l'essencial és que aquesta persona se senti propera al grup i sensibilitzada en el tema. Les dues entrevistades coincideixen, també, que seria bo poder disposar d'una persona formada que podria ser qualsevol tècnic de l'àmbit social i de l'administració i d'una persona que formés part de la comunitat i que pugés parlar en base de la seva experiència de dona pertanyent al grup. Així, es podria aconseguir un bon treball en equip i una empatia, del tot necessària.

Tant l'entrevistada 6 com la 7, consideren que no s'ha de treballar el tema de la MGF de forma directa, sinó a partir de la confiança i de la mateixa manera com es treballarien altres temes que també els puguin ser d'interès. Per exemple, l'entrevistada 6, a través d'un casalet d'estiu on treballen aspectes fonamentals del desenvolupament del nen, aprofiten i, de tant en tant, fan xerrades sobre salut o altres temes diversos, com és el de la mutilació genital, dels matrimonis forçats, de l'alimentació dels nens, etc... L'entrevistada 7, ho treballa a través dels cursos que realitza amb grups de dones aprofitant els dies que estan amb ella i que fan conversa, coneixement de l'entorn, etc. i a poc a poc, a mesura que el grup avança es treballen temes més delicats com seria el de la MGF, els matrimonis forçats, la poligàmia, etc... En definitiva, tant una com l'altra, tracten el tema de les mutilacions de manera paral·lela a altres temes que a les dones els incumbeixen.

La mateixa entrevistada 7, assenyala l'aspecte bàsic de la confiança, el de formar part també del grup i treballar el tema amb la màxima sensibilitat i proximitat possible. Diu que no cal ser dona mutilada, n'hi ha prou en treballar des del respecte en vers a elles i a poc a poc anar aconseguint el vincle necessari per poder ser un bon líder entre la comunitat. Afegeix la necessitat d'incloure, en aquest procés als homes, sense deixar de considerar la dona com l'element clau. Si la dona té clar què vol per la seva filla ho pot defensar perfectament i convèncer a l'home.

També, les dues entitats han considerat important instruir a les dones per ser capaces de dialogar en contra la mutilació per tal que elles també siguin agents transformadors per a les noves famílies que encara pensen en la pràctica.

En la pregunta de *quin paper ha de tenir l'administració davant la prevenció de les MGF*, les dues entitats han coincidit que l'administració s'equivoca si només participa en aplicar temes legals, ja que s'actua només com a represàlia i així no s'aconsegueix la prevenció. És important que l'administració col·labori i acompanyi a les entitats a fer aquest treball de prevenció amb els grups, ha de facilitar formació a les persones que hi treballem de forma voluntària ja que només partim de la nostra experiència i sovint ens falten qüestions tècniques per desenvolupar correctament la nostra feina. Per aquest motiu proposaven el fet de

crear una parella de treball constituïda per un/a tècnic/a de l'administració i un/a de les entitats com a mediadores interculturals.

Finalment la resposta a la qüestió realitzada de *quan consideres que vas fer el canvi ideològic sobre la concepció de la MGF*, en els dos casos ha estat fruit del contacte directe amb gent no mutilada, la informació i formació que han rebut sobre el tema i després d'haver fet un procés migratori. En els dos casos han estat noies que han anat a l'escola en el seu país d'origen i consideren clau la formació en aquest sentit. Elles, per la seva experiència, afirmen que és molt més difícil, en el país d'origen, provocar un canvi de mentalitat a una persona analfabeta provinent d'una zona rural i que l'explicació que donen a tots els fets els basen en creences espirituals; en canvi, una persona que ha anat a l'escola, que ha entrat en contacte amb altres ètnies no practicants i que viu a zones més urbanes, fàcilment es qüestiona el perquè d'aquesta pràctica i gràcies a aquesta relació i al contacte amb els altres li pot ser més fàcil el canvi de mentalitat.

Analitzada tota la informació aconseguida tant amb la recerca bibliogràfica com amb les entrevistes, la proposta d'intervenció que faig és la de tenir a disposició, en aquest cas, al Consell Comarcal del Baix Empordà, d'una medidora comunitària intercultural desenvolupant un programa de formació, promoció i de suport a la dona immigrada per tal que aquesta esdevingui autònoma i amb capacitat de prendre decisions. D'aquesta manera, el programa pot disposar de diferents projectes i pot tractar diversitat de temes tant amb dones marroquines, subsaharianes o de qualsevol origen, tot depenent del treball que es vulgui aconseguir.

Tenint en compte que la mutilació sol produir-se en un entorn on l'individu se supedita als designis, les necessitats i les decisions de la comunitat, és important treballar el tema de la mutilació mitjançant el grup i només deixar el treball de prevenció individual per aquells casos que es requereixi degut a la seva complexitat.

Així doncs, l'esquema de la proposta per treballar la prevenció de la MGF amb un grup de dones subsaharianes, seria la següent::



<b>TÍTOL DEL PROGRAMA</b>	Programa de formació, promoció i de suport a la dona immigrada
<b>JUSTIFICACIÓ DEL PROGRAMA</b>	<p>Davant l'onada migratòria dels últims anys i l'assentament d'aquesta immigració a la nostra comarca.</p> <p>El fet que molta d'aquesta immigració són dones analfabetes provinents de zones rurals i que tenen necessitat de crear vincles i xarxa per desenvolupar-se lliurement.</p> <p>Amb l'especial problemàtica detectada en les dones subsaharianes susceptibles a ser practicants de la MGF, pràctica que es considera il·legal a Catalunya.</p> <p>La necessitat que tenen les taules de prevenció de la MGF a fer una prevenció primària conscienciant a la població practicant dels riscos i de les conseqüències que comporta aquesta pràctica.</p>
<b>FINALITAT</b>	Dinamitzar un grup de dones per facilitar les relacions entre elles i poder treballar, així, diferents aspectes de la seva vida quotidiana que els hi afecta, per millorar les condicions de vida i de convivència del grup de dones en qüestió.
<b>OBJECTIUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un espai de relació entre elles potenciant la confiança, el vincle i la confidencialitat.</li> <li>- Facilitar eines per la reflexió i el debat sobre les problemàtiques en les que es troben.</li> <li>- Potenciar l'autonomia i la formació de les dones.</li> <li>- Oferir un espai de suport i de recolzament per a resoldre entre totes les dificultats en què es troben.</li> <li>- Promocionar la salut i el benestar de la dona.</li> <li>- Promoure la prevenció i la radicació de la MGF i de totes aquelles pràctiques tradicionals perjudicials que es puguin portar a terme.</li> </ul>
<b>METODOLOGIA</b>	<p>A partir d'un primer acostament a la comunitat diana es farà un estudi sociogràfic per conèixer les dinàmiques i relacions que hi ha entre la població. D'aquesta manera, s'identifica el grup que considerem clau, a participar del programa tot detectant tant persones que tinguin un cert lideratge com les que sempre es queden en segon terme. A partir d'aquesta anàlisi, que no té prevista una durada més d'un mes, s'inicia un seguit de sessions que es plantejaran en base a les necessitats detectades durant aquesta primera aproximació del grup. Per exemple, l'educació dels fills, conflictes veïnals, aspectes de salut, el tema de la MGF, matrimonis forçats, la poligàmia, relacions amb el marit, violència de gènere... tot el què el grup demani i es consideri necessari treballar.</p> <p>La dinamització del grup serà a partir de la mediadora comunitària intercultural ja que ha d'esdevenir una referent primordial pel grup. En aquest cas, la tècnica de polítiques migratòries del Consell Comarcal ha de facilitar la programació de les sessions i ser un suport per resoldre les dificultats de la mediadora.</p> <p>A part de dinamitzar els grups, la mediadora participarà de forma activa a la taula de prevenció per facilitar així el treball cooperatiu amb l'administració i la resta de professionals.</p>
<b>CALENDARI</b>	<p>De setembre a juny. Curs escolar</p> <p>El setembre es fa la diagnosi, l'octubre comença el curs, el maig acaba i el juny es fa l'avaluació del treball realitzat.</p> <p>Durant els mesos de juliol i agost, no hi ha el programa actiu, però sí que la mediadora continua en contacte amb la comunitat sobretot per donar suport a la preparació dels viatges de vacances al país d'origen.</p>
<b>AVALUACIÓ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau de maduresa en l'evolució del grup: com participaven a l'inici, com participen al finalitzar.</li> <li>- Acceptació per part del grup de la mediadora comunitària intercultural.</li> <li>- Número de famílies que, gràcies a passar pel programa, han deixat de banda la pràctica de la MGF.</li> </ul>

Finalment, per acabar i donar resposta a les tres preguntes plantejades inicialment que es consideren claus per definir correctament la proposta d'intervenció:

### **3.1. Com podem abordar el plantejament del treball comunitari per a la prevenció de la MGF des de l'administració comarcal?**

Penso que l'administració comarcal, tal i com han dit les entrevistades 6 i 7 ha de tenir una funció de col·laboració i de suport a les entitats que fan un treball comunitari per prevenir la MGF. En aquesta matèria, l'administració no es pot mantenir al marge ni ser només un òrgan aplicador de la llei seguint tots aquells casos de sospita que es pugui portar a terme la MGF, tal i com s'està fent actualment a través de les taules de prevenció.

Amb l'objectiu de fer l'administració més propera a la ciutadania s'han de fomentar processos participatius i facilitar que la població s'organitzi de forma autònoma per resoldre els seus propis problemes. Per així fer-ho, és essencial la implicació i la convicció dels representants polítics d'aquesta administració. Si aquests no aposten fermament al respecte, difícilment es podrà articular la ciutadania per tal que aquesta prengui força i sigui un bon potencial per a la resolució de conflictes i la transformació social.

El principal problema d'aquest tipus de treballs és que els resultats s'obtenen a llarg termini, per tant, malgrat hi hagi una qualitat i una eficiència tècnica, aquestes polítiques no es consideren eficaces i per tant, es desvia qualsevol finançament o recolzament a altres accions de resultats més immediats.

És per tot això que la proposta que he plantejat posiciona a l'administració en un paper de responsable organitzatiu del programa i així construir un vincle i un canal de confiança entre la població. Si l'administració és capaç d'aconseguir aquesta confiança, també podrà reorganitzar els serveis i optimitzar al màxim els recursos dirigits a l'atenció de les persones ja que, de ben segur, s'adequaran millor a les necessitats reals de la població del seu territori.

### **3.2. Quins agents socials es consideren clau per desenvolupar el treball comunitari?**

El primer agent clau per desenvolupar el treball comunitari és la ciutadania, o la comunitat en qüestió, aquests seran l'objecte de l'acció i també l'enzim que provocarà la transformació social, ja que ha de sorgir de la pròpia comunitat. Però quan es parla de ciutadania individual s'ha de tenir en compte que existeixen diferents tipus de ciutadania i que, per tant, cal estar atents a quin grup pertanyen:

- Ciutadania proactiva: solen ser persones que s'organitzen fàcilment per tirar endavant projectes que acostumen a ser d'interès públic, com per exemple, millorar la convivència intercultural, una ràdio de barri, una festa major, una escola de pares i mares, un banc del temps, etc... No acostumen a ser massa visibles perquè no són conflictives, però són essencials per poder desenvolupar un treball comunitari com el que es planteja.
- Ciutadania mobilitzada: la formen persones que defensen qualsevol moviment social, sigui feminista, pacifista o ecologista. Tractant-se d'un tema de mutilació genital femenina, els que formen part del moviment feminista poden ser de gran ajuda.
- Ciutadania afectada: és la ciutadania que més protagonisme tindrà. Sol ser un col·lectiu en situació de vulnerabilitat social i que per tant, per a les seves característiques, és difícil que puguin organitzar-se d'alguna manera.
- Ciutadania negativa: són aquells grups de persones que practiquen el feixisme, la xenofòbia, la intolerància, la violència... Aquestes manifestacions s'alimenten de la por i provoquen la incapacitat social d'encarar el futur amb esperança i voluntat de canvi.

Però per tal de mobilitzar la ciutadania al seu entorn, s'hi troben altres agents socials que facilitaran aquest canvi i aquesta millora de la convivència. Per una banda, hi trobem la ciutadania organitzada, que la constitueixen totes aquelles associacions que, en aquest cas, estan sensibilitzades en el tema de la MGF i que, d'entrada, ja tenen una xarxa creada dins la comunitat, estan properes a les

problemàtiques del territori i, per tant, poden ser un bon punt de partida per a l'organització comunitària.

Per altra banda, els professionals de l'administració que, en el cas de la proposta plantejada, es tracta de la tècnica de polítiques migratòries del Consell Comarcal que tindrà una funció organitzativa i, la mediadora comunitària intercultural que serà el nexa entre la ciutadania i l'administració. Finalment, hi trobem la resta de professionals que tenen una relació directa o indirecta amb el tema de la MGF i que per tant, formen part de la taula de prevenció local.

### **3.3. Quins principis s'han de tenir en compte a l'hora de portar a terme un treball d'aquestes característiques?**

Els principis que s'han de tenir en compte a l'hora de portar a terme un treball comunitari d'aquestes característiques ja s'han anat exposant al llarg del buidatge de les entrevistes. Però, per recordar-les, les cito a continuació:

- Establir una relació de confiança amb el grup amb el qual es vol treballar.
- Mostrar respecte per les persones amb qui vols iniciar un treball.
- No tenir dificultats de comunicació ni de comprensió per poder relacionar-se correctament. Per tant, cal tenir coneixement de l'idioma prioritari del grup amb el qual es vol treballar.
- Fomentar espais de relació amb altres dones que tinguin un origen similar però que no practiquen la MGF.
- Promoure el diàleg i la reflexió sobre les inquietuds que pugui tenir el grup.
- Tenir i mostrar una actitud oberta, transparent i pròxima a la problemàtica del grup.
- Comprendre i conèixer la realitat que es vol canviar.
- Oferir un suport d'ajuda i emocional a totes aquelles persones que ho necessitin, no sempre tothom es veu capaç a parlar davant del grup, per tant, s'ha d'estar atent en totes aquelles persones que no acaben de fer el pas en la participació i facilitar espais on es puguin sentir més còmodes.

- Demostrar una confidencialitat sobre aspectes que es treballin dins del grup, si no és així, es pot arribar a perdre tota la confiança que hem adquirit al llarg del temps.
- Fer una bona avaluació del procés de transformació que es porta a terme.
- Potenciar un treball en xarxa entre tots els professionals i organismes existents al territori.
- Donar responsabilitats als homes ja que també són membres de la família i s'han d'implicar en l'educació i en la salut de les seves filles.
- Informar correctament dels riscos i de les conseqüències que comporta la pràctica de la MGF així com de la situació legal existent a Catalunya.
- Formar en tots aquells aspectes que el grup tingui una mancança per poder garantir una igualtat de condicions.

## VII. CONCLUSIONS

En aquest apartat de conclusions pretenc extreure les diferents reflexions que m'he fet al llarg de tot el procés d'elaboració d'aquest treball. Per tant, de forma ordenada, en primer lloc avaluaré el procés que he seguit, els entrebancs que m'he trobat i els canvis que he hagut de fer sobre la marxa. En segon lloc, analitzaré les perspectives de futur que té la proposta d'intervenció plantejada. En tercer terme, altres possibles línies d'investigació que es podrien portar a terme fruit d'aquest treball. I finalment, el meu grau de satisfacció després d'haver acabat tot aquest procés.

### 1. Avaluació del procés d'elaboració del treball

---

El desenvolupament d'aquest treball ha partit d'un guió inicial on s'hi han plasmat tots els objectius i procediments a seguir de forma ordenada i coherent. Gràcies a haver partit d'aquest guió inicial he pogut avançar progressivament apartat per apartat, la qual cosa m'ha facilitat el no perdre el fil a mig procés i, per tant, no haver d'improvisar sobre la marxa.

Tal i com ja he explicat en la metodologia, la investigació ha constatat d'una recerca bibliogràfica, d'una anàlisi de dades i la realització d'entrevistes. La recerca bibliogràfica i l'anàlisi de dades no m'ha resultat complicada, però sí molt extensa, ja que existeix un important volum de documentació que parla de les MGF. En quan a les entrevistes, val a dir, que el plantejament inicial, per diverses raons, l'he hagut de modificar.

El plantejament inicial de les entrevistes era efectuar-les a tres col·lectius diferents: tècnics, entitats i persones a títol individual, però aquestes últimes, després de parlar-ho amb la tutora vaig comprendre que al tractar-se d'un tema tant delicat i complex com és la MGF, s'hauria d'haver fet un treball previ important d'aproximació i confiança dirigit a aquestes persones per poder aconseguir uns bons resultats. Així doncs, el resultat final ha estat fer-les a tècnics

i a entitats, i tenint en compte que les membres de les entitats són dones procedents de països practicants, els he fet una segona entrevista per esbrinar aquesta part més personal i d'aproximació. De fet, penso que aquestes entrevistes a persones a nivell individual, degut a la diversitat de països i ètnies que la practiquen i que cada una té les seves particularitats, potser es podria plantejar seguint una nova línia d'investigació a través d'entrevistes a persones representatives de cada ètnia, per descobrir les seves particularitats i motius i, així, conèixer més a fons la pràctica de la MGF en cada grup de població diferent.

Per altra banda, un cop realitzades les entrevistes als tècnics, m'he adonat que m'ha faltat una pregunta important sobre les dificultats que es troben els professionals a l'hora de treballar amb la prevenció, per poder tenir més propostes de millora. En quan a les entrevistes a les entitats, també penso que han quedat fluixes, ja que només he pogut entrevistar a dues de les tres plantejades a l'inici, i hagués estat interessant haver-ne pogut fer més, ja que han estat les entrevistes més enriquidores.

De tot el procés, valoro en positiu, la meua experiència com a membre de tres de les quatre taules que hi ha a la comarca ja que penso que m'ha facilitat bona part de la reflexió i a tenir clar, des d'un principi, l'estructura i els objectius d'aquest treball.

## **2. Perspectives de futur de la proposta d'intervenció**

---

Al moment que em vaig plantejar que aquest treball de pràcticum de pedagogia tractés de la prevenció de la MGF era estrictament per raons professionals, ja que després de quatre anys treballant com a tècnica de polítiques migratòries i dinamitzant taules locals de prevenció, em veia amb la necessitat de pensar alguna proposta d'intervenció que anés més enllà de la detecció i seguiment de possibles casos de risc de mutilació genital. Per aquest motiu, penso que al llarg de tot el procés d'elaboració he procurat tenir en ment aquest fet de realitat i, per tant, que la proposta d'actuació pogués ser al màxim factible possible per tal de poder-la portar a la pràctica.

Per poder ser així, abans, hi hauria d'haver un seguit de compromisos i convenciments que la proposta de treballar amb el col·lectiu directament sigui del tot necessari, ja que si no hi ha voluntat i credibilitat en un projecte com aquest difícilment es poden aconseguir bons resultats. Aquest convenciment ha de començar per a cada un dels membres que formen part de les taules de prevenció ja que seran els que, inicialment, marcaran les pautes a seguir del grup amb qui es treballi i en segon lloc els que recolliran els resultats obtinguts gràcies al treball que s'hi pugui fer.

Tenint en compte que la proposta consta de disposar, per part del Consell Comarcal, d'una medidora intercultural d'origen d'alguns dels països on hi ha prevalença de la pràctica, hi hauria d'haver, també, el compromís tècnic i polític per part d'aquesta administració, de voler tirar endavant un projecte d'aquestes característiques ja que té una previsió de durada de quasi un any (de setembre a juny) i per tant no podem deixar l'elecció de realitzar aquest tipus d'actuacions sota un concepte econòmic. Si s'inicia al setembre hem de ser capaços de comprometre'ns a portar-lo a terme fins al juny, ja que si al desembre es decideix prescindir d'aquest projecte per qüestions econòmiques s'haurà fet un malbaratament de recursos sense aconseguir res positiu, sinó tot el contrari, hauré utilitzat a la població i aquesta se sentirà enganyada i difícilment es podrà reprendre un treball d'aquestes característiques de nou.

La proposta en sí, penso que no té gran complexitat en la seva execució ja que a la comarca es troben algunes experiències similars com són els tallers d'autonomia de dones nouvingudes, tallers de coneixement de l'entorn, suport a dones pel seu procés d'alfabetització... per tant, la proposta ja parteix d'una experiència prèvia que li permet validar la seva implementació en el territori.

A mesura que avançava en el treball, també he fet la reflexió de la importància i de la gran necessitat que hi ha en fer un treball de prevenció des del país d'origen, segurament aquest és més important i podria aportar canvis més rellevants que no un treball de prevenció realitzat des de Catalunya, ja que, al cap i a la fi, les pràctiques es porten a terme als països de l'Àfrica i fins que no es consciencia dels riscos que comporta la MGF a la població que viu encara allà, difícilment podrem



radicar la pràctica. Tot i així, penso que una altra línia de prevenció que es podria portar a terme des de la pròpia administració és la de formar persones que tinguin un cert lideratge entre la comunitat per tal que puguin anar a fer campanyes d'informació i sensibilització als països d'origen, tot explicant els motius pels quals és important deixar de practicar la MGF ja que sovint, les persones que han viscut un procés migratori tenen més experiències en transmetre informació clau per ajudar a fer el canvi de mentalitat.

### **3. Altres línies d'investigació possibles**

---

Les pràctiques tradicionals perjudicials, com és la MGF, inclouen altres tipus de pràctiques que comporten un maltractament i una violació dels drets de la dona. Alguns exemples, són els matrimonis precoços o forçats, els tabús alimentaris i l'alimentació forçada, l'exclusió social per acusacions de bruixaria, certs ritus de viduïtat, planxat o aixafament de pits als néixer, la mort per la dot, l'infanticidi femení, els crims d'honor, l'entrega de dones o nenes per pagament de deutes, etc... Per tant, es podria encetar qualsevol altra investigació que anés en la línia d'aquestes pràctiques perjudicials.

El que, s'està trobant actualment a Catalunya, i que no hi ha llei que ho empari, de moment, és tot el tema dels matrimonis forçats i de la poligàmia. Cada vegada hi ha més nenes de 15, 16 o 17 anys que expressen que s'han de casar per obligació amb algú que ni tant sols coneixen; però que tampoc volen denunciar-ho ja que el respecte que tenen per a la família és molt gran i per tant no s'hi poden oposar.

També, des dels serveis socials, es detecten, cada vegada més problemes amb famílies poligàmiques, malgrat només tenir declarada una dona oficial a la llar, la resta de dones són reconegudes com a germanes o cosines. Les dinàmiques que es generen dins d'aquest nucli familiar sovint són molt contraproductives on es generen desigualtats que provoca una lluita de poder entre les diferents dones i entre els/les fills/es; conflictes que poden arribar a afectar el desenvolupament físic i psicològic dels més petits/es, els resultats escolars, la salut de les mares i fills/es, i les relacions socials tant intrafamiliars, com amb el seu entorn.

Per tant, tant els matrimonis forçats, com la poligàmia són dues noves línies d'investigació per poder començar a posar pautes d'intervenció i de treball que guiïn els professionals que diàriament s'hi enfronten amb els pocs recursos que de moment es tenen a disposició.

#### **4. Grau de satisfacció personal**

---

En general estic molt satisfeta amb el resultat obtingut d'aquest treball de pràcticum, tot i que, haig de dir, que un cop acabada la ronda d'entrevistes em trobava amb un sentiment de frustració per no haver aconseguit més informació per desenvolupar una bona proposta d'intervenció.

Penso que el treball que teniu a les mans, respon a cada un dels objectius plantejats inicialment i no ha sortit només una proposta d'intervenció, sinó que s'hi pot trobar un seguit de pautes i d'aspectes a tenir en compte per treballar el tema de les MGF.

Si el lector d'aquest treball és una persona que es troba amb una situació de neguit i de ganes de fer un canvi en la forma com s'està portant a terme la prevenció de les MGF, amb la seva lectura pot trobar una diversitat d'elements clau per agafar idees i aplicar-les segons la situació i el territori on es trobi. Per tant, malgrat voler aplicar una proposta concreta per la comarca del Baix Empordà, penso que l'anàlisi de dades que s'ha fet, permet extrapolar la informació per portar-la a terme en qualsevol indret de Catalunya.

## VIII. EL PAPER DEL/LA PEDAGOG/A

Per acabar amb la pràctica de la MGF, és important promoure processos formatius i educatius a les dones provinents dels països practicants, per tal que coneguin les conseqüències i els riscos que comporta per a la nena i la dona. Per tant, estem parlant que s'ha de desenvolupar un procés educatiu. Un procés que s'ha de basar en les relacions entre les persones, el coneixement mutu, hem de fomentar que aprenguin a cooperar entre elles, s'ajudin i juntes prenguin consciència i diguin prou.

Per tant, el pedagog o la pedagoga en una acció d'aquestes característiques, penso que hi té un paper molt important i que ha d'assumir diferents branques de les que pot desenvolupar aquest professional.

En primer lloc, pot portar a terme la fase del diagnòstic per detectar les necessitats socials, les relacions establertes en la comunitat que volem interactuar, analitzar possibles línies d'intervenció educativa, etc... Essent una fase molt important per poder portar a terme l'acció més adient i adequada al territori.

En segon lloc, el pedagog o la pedagoga també pot desenvolupar el seu paper en el disseny, la planificació i avaluació del procés educatiu, així com també, la direcció i la gestió dels diferents programes que es pretenguin portar a terme. La immigració i l'atenció a la dona, són àmbits on aquesta figura professional pot realitzar funcions importants.

Tenint en compte, que estem parlant que la figura del tècnic/a de polítiques migratòries és comarcal, aquest professional també pot desenvolupar accions de supervisió, orientació i assessorament a municipis on vulguin portar a terme accions d'aquestes característiques.

I finalment, trobem la branca formativa que pot fomentar la capacitació dels i les professionals en temes de prevenció de la MGF, així com també, ser l'orientador

o orientadora professional a l'hora de definir les competències bàsiques per poder ser el o la medidora comunitària intercultural.

Així doncs, penso que el pedagog o la pedagoga, té un pes molt important amb qualsevol tipus d'intervenció d'aquestes dimensions ja que tant el saber, el saber fer i el saber ser d'aquests, permeten tenir els coneixement necessaris, el domini de procediments i metodologies idònies i les actituds essencials per realitzar aquest tipus de tasca.

Fent un repàs de les assignatures de la llicenciatura que tenen una relació directa amb l'àmbit de les MGF, ressaltó que d'entrada no n'hi ha cap que directament hagi tractat el tema de les MGF. Si que tant l'assignatura d'*Àmbits d'intervenció de la pedagogia a la societat contemporània* com l'optativa d'*Interculturalitat i pedagogia* van esmentar la possibilitat que el pedagog o la pedagoga pogués treballar dins d'un Pla de Ciutadania i Immigració on es podria ubicar perfectament el programa que plantejo. Però de manera indirecta, el disseny, la planificació, l'avaluació, la diagnosi, l'assessorament, el suport, l'orientació, la formació... que s'ha de fer entorn al programa de prevenció de la MGF sí que s'ha anat treballant al llarg dels dos anys de llicenciatura.

A nivell de disseny, planificació i avaluació de projectes i que per tant, per l'elaboració de la proposta d'aquest treball m'han estat d'ajuda, per exemple, l'optativa de *Gestió Cultural* on varem haver de fer el disseny d'un projecte, *Pedagogia Social* portant a terme la planificació del i *Avaluació de programes, centres i professors* fent el procés d'anàlisi del projecte en qüestió.

També hi ha assignatures que els continguts treballats faciliten l'elaboració de diagnòstics, molt important a fer abans de tirar endavant la proposta plantejada. Algunes d'aquestes són *Investigació educativa*, essencial per aprendre a fer anàlisis de dades, recerca bibliogràfica, estadística..., *Pedagogia Social*, on abans de planificar el projecte varem haver de fer una anàlisi de necessitats i *Educació comparada* que mitjançant aquesta tècnica de comparació es pot fer una bona contextualització des de tots els nivells necessaris.

Per aquesta part, el pedagog o la pedagoga en aquest àmbit podria desenvolupar el paper de supervisió, orientació i assessorament. Penso que l'optativa d'*Assessorament de Centres* va ser la que més va profunditzar sobre aquest tema, i que agreeixo, ja que com a tècnica de polítiques migratòries sovint m'he trobat desenvolupant aquesta funció.

L'assignatura de *Formació i actualització de la funció pedagògica* penso que és fonamental si el que volem portar a terme com a pedagogs és un procés de formació ja que en l'assignatura es va treballar molt sobre el perfil competencial que ha de tenir un professional i si estem gestionant un projecte de prevenció de la MGF, segurament ens haurem de plantejar d'analitzar si la mediadora intercultural que decidim que faci aquesta funció comunitària té un bon perfil o no i si té alguna mancança oferir-li la formació pertinent. Per tant, és una de les assignatures que més necessària considero per a la formació d'un nou pedagog/a.

Probablement els continguts treballats en assignatures com *Disseny, desenvolupament i innovació del currículum, Història de l'Educació, Polítiques de l'educació* o *Economia de l'Educació* queden lluny del que s'ha anat treballant al llarg d'aquest treball, però afortunadament, en totes elles, hi va haver un treball molt important a nivell de anàlisi crític i de reflexió que sens dubte ens enriqueix a l'hora de fer diagnòstics i lectures de realitats socials i per tant encertar amb propostes d'actuació.

Algunes assignatures que he trobat a faltar al llarg de la carrera de pedagogia són totes aquelles que fan referència a la gestió econòmica i la sol·licitud de subvencions. Només a l'optativa *Serveis educatius en l'àmbit dels ens locals* s'hi va fer una aproximació aquest món on molts de nosaltres hi acabarem treballant, penso que seria interessant tractar-ho més a fons ja que tant si estàs a l'administració, com si treballes en una entitat privada, al llarg de la teva vida professional hauràs de fer gestió econòmica, i sol·licituds de subvencions per poder tirar endavant part dels projectes que es desenvolupin. Probablement una bona assignatura per treballar aquest tema és la de *Direcció i gestió d'Institucions Educatives i Socials*, però malauradament, va ser enfocada totalment a centres escolars, una gestió ben diferent de la que es porta a les organitzacions socials.

## XIX. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES<sup>15</sup>

### 1. Documents

---

- Ajuntament de Barcelona. (2009). *Guia operativa d'acció comunitària*. Barcelona: BarcelonaSocial. Disponible a:  
<http://w3.bcn.es/fitxers/observatorisocial/guiaoperativaaccicomunitria.518.761.pdf>
- Álvarez, M<sup>a</sup> C. (2001). *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. (1a ed.). Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural Bellaterra de la Universitat de Barcelona.
- Associació Catalana de Llevadores. (2006). *Mutilació genital femenina: prevenció i atenció. Guia per a professionals*. (1a ed.). Barcelona: Associació Catalana de Llevadores. Disponible a:  
[http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/mutilacions\\_extensa.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/mutilacions_extensa.pdf)
- Azaola, B. (2004, juny). Participación política i social de la mujer Egipcia. *Feminismo/s*, 3, 161-174. Disponible a:  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3240/1/Feminismos\\_3\\_11.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3240/1/Feminismos_3_11.pdf)
- Diputació de Barcelona. (2008). *El servei de mediació comunitària a la província de Barcelona. Bases teòriques i metodològiques. Anàlisi de casos*. Col·lecció Documents de Treball. Barcelona: Sèrie Benestar Social, 2. Disponible a:  
[http://www.desenvolupamentcomunitari.cat/web/publicacions/servei\\_mediacio.pdf](http://www.desenvolupamentcomunitari.cat/web/publicacions/servei_mediacio.pdf)
- Generalitat de Catalunya. (2007). *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. (2a ed.). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Violencia\\_i\\_maltractaments/pdf/Protocol\\_mutilacio\\_catala.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Violencia_i_maltractaments/pdf/Protocol_mutilacio_catala.pdf)

---

<sup>15</sup> Tots les adreces electròniques de la bibliografia han estat comprovats en data 12 de juny de 2012

- Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals i Perjudicials [GIPE-PTP]. (2010). *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Barcelona: GIPE-PTP. Disponible a: [http://www.mgf.uab.es/docs/Manual\\_profesionales\\_BR.pdf](http://www.mgf.uab.es/docs/Manual_profesionales_BR.pdf)
- Kaplan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, 4, 23-30. Disponible a: [http://www.mgf.uab.es/docs/articulo\\_MGF-FPFE\\_OK.pdf](http://www.mgf.uab.es/docs/articulo_MGF-FPFE_OK.pdf)
- Kaplan, A., i López, A. (2010). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Llevot, N. (2006). La figura del mediador intercultural en Catalunya: la visión del colectivo formador. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, Vol. 20, Núm. 2, 151-164. Disponible a: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/274/27411341010.pdf>
- Obra Social “La Caixa”. (2009). *La mediació intercultural en l'àmbit de la salut*. Barcelona: Fundació “La Caixa”.
- UNICEF. (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: La ablación o Mutilación Genital Femenina*. Siene (Itàlia): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Disponible a: <http://www.unicef-irc.org/publications/403>
- UNICEF. (2008). *Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2009*. Nova York: Fondo para la Naciones Unidas para la Infancia. Disponible a: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/report/report.php>

## 2. Pàgines Web

---

- Consell Comarcal del Baix Empordà. Recuperat el 06 de juny de 2012, des de <http://www.baixemporda.cat/>
- Cortés, F. (2007). *Apunts de treball social comunitari*. Recuperat el 21 de març de 2012, des de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6461/1/Apunts\\_de\\_Treball\\_Co\\_munitari.rtf.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6461/1/Apunts_de_Treball_Co_munitari.rtf.pdf)
- Grup interdisciplinari per a la prevenció i l'estudi de les pràctiques tradicionals perjudicials [GIPE/PTP]. Recuperat el 07 de març de 2012, des de <http://www.mgf.uab.es/>

- Institut d'Estadística de Catalunya [IDESCAT]. (2012). Recuperat el 05 de maig de 2012, des de <http://www.idescat.cat/>
- Institut Nacional d'Estadístiques [INE]. (2012). Recuperat el 05 de maig de 2012, des de <http://www.ine.es/>
- Lucha contra la Mutilación Genital Femenina. *Legislación*. Recuperat el 12 de maig de 2012, des de <http://www.luchamgf.org/legislacion.html>
- Organització de les Nacions Unides [ONU]. Recuperat al 16 de març de 2012, des de <http://www.un.org/es/>
- Organització Mundial de la Salut [OMS]. (2012). *Mutilación genital femenina*. Recuperat al 16 de març de 2012, des de [http://www.who.int/topics/female\\_genital\\_mutilation/es/](http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/)
- Suleiman, A. (1998). *Egipto: Corte superior restaura la prohibición del Ministro en contra de la mutilación genital femenina*. Recuperat al 21 d'abril de 2012, des de <http://www.equalitynow.org/es/category/country/egipto>
- UNICEF. (2011). *Protección infantil*. Recuperat al 16 de març de 2012, des de <http://www.unicef.es/infancia/proteccion-infantil>

### 3. Legislació

---

- Organització de les Nacions Unides [ONU]. (1948). *Declaració Universal dels Drets humans*. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/cooperaciocatalana/Continguts/04Normativa/05Legislacio\\_internacional/Recursos%20legislacio%20internacional/declaracio\\_dh\\_cat.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/cooperaciocatalana/Continguts/04Normativa/05Legislacio_internacional/Recursos%20legislacio%20internacional/declaracio_dh_cat.pdf)
- Constitució Espanyola, BOE núm. 311, pàg. 29313 (29-12-1978). Disponible a: <http://www.parlament.cat/activitat/constitucio.pdf>
- Organització de les Nacions Unides [ONU]. (1979). *Convenció sobre l'Eliminació de totes les formes de Discriminació contra la Dona*. Disponible a: <http://w3.bcn.es/fitxers/dretscivils/convfemcat1.183.pdf>
- Organització de les Nacions Unides [ONU]. (1989). *Convenció sobre els Drets dels Infants*. Disponible a:



[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/07Infanciaiadolescencia/Observatori%20drets%20infancia/destacats%20columna%20dreta/Convencio\\_drets\\_infancia.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/07Infanciaiadolescencia/Observatori%20drets%20infancia/destacats%20columna%20dreta/Convencio_drets_infancia.pdf)

- Llei 9/1994, de 19 de maig, de modificació de la Llei 5/1984, de 26 de març, reguladora del dret d'asil i de la condició de refugiat. BOE núm. 122 § 11608, pàg. 15796 (23-05-1994). Disponible a:  
<http://www.boe.es/boe/dias/1994/05/23/pdfs/A15796-15800.pdf>
- Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal, BOE núm. 281 § 25444, pàg. 33987 (24-11-1995). Disponible a:  
<http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, BOE núm. 10 § 544, pàg. 1139 (12-01-2000). Disponible a:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>
- Resolució 832/VI del Parlament de Catalunya, sobre l'adopció de mesures contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines. BOPC núm. 206, pàg. 34 (11-07-2001). Disponible a:  
<http://www.parlament.cat/activitat/bopc/06b206.pdf#search=%22resolució%20mutilació%20genital%22>
- Resolució 2001/2035 (INI) del Parlament Europeu sobre les mutilacions genitals femenines, DOUE núm. C77E § A5-0285/2001, pàg. 126 (28-03-2002). Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2002:077E:0126:0133:ES:PDF>
- Llei Orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, BOE núm. 234 § 18088, pàg. 35398 (30-09-2003). Disponible a:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>
- Llei Orgànica 3/2005, de 8 de juliol, de modificació de la Llei Orgànica 6/1985, de 1 de juliol, del Poder Judicial, per perseguir extraterritorialment la pràctica de la mutilació genital femenina, BOE núm. 163 § 11863, pàg. 24457 (09-07-2005). Disponible a:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

- Resolució 2004/2220(INI), del Parlament Europeu sobre la situació actual en la lluita contra la violència exercida contra les dones i futures accions, DOUE núm. C288E § P6\_TA(2006)0038, pàg. 66 (25-11-2006). Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:288E:0066:0072:ES:PDF>
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, DOGC núm. 5123, pàg. 34425 (02-05-2008). Disponible a [http://www20.gencat.cat/docs/icdones/temes/docs/llei\\_violencia.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/icdones/temes/docs/llei_violencia.pdf)
- Resolució 2008/2071(INI) del Parlament Europeu sobre la lluita contra la mutilació genital femenina practicada a la UE, DOUE núm C117E § P6\_TA (2009)0161, pàg. 52 (06-05-2010). Disponible a <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:117:0052:01:ES:HTML>
- Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, DOGC núm. 5641, pàg. 42475 (02-06-2010). Disponible a <http://www.gencat.cat/eadop/imatges/5641/10146047.pdf>

## **XX. ANNEXOS**

Relació d'annexos que es presenten a continuació:

- a. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina (Generalitat de Catalunya, 2007).
- b. Document de recollida de dades de les taules locals de prevenció de la MGF de la demarcació de Girona.
- c. Models d'entrevistes realitzades a la investigació.
- d. Adreces d'interès per a la prevenció de la mutilació genital femenina.

## ANNEX 1: Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina

---



## **Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina**

Comissió de Seguiment  
Integrada pels departaments  
d'Acció Social i Ciutadania, Educació, Salut,  
Interior i Relacions Institucionals i Participació

Barcelona, 2007

Generalitat de Catalunya  
Departament d'Acció Social i Ciutadania  
Secretaria per a la Immigració

© Generalitat de Catalunya  
Departament d'Acció Social i Ciutadania  
Secretaria per a la Immigració

Comissió de Seguiment integrada pels departaments  
d'Acció Social i Ciutadania, Educació, Salut,  
Interior i Relacions Institucionals i Participació

La revisió i ampliació d'aquesta segona edició  
ha anat a càrrec d'Ester Bessa, Enric Castella,  
Tona Lizana, Rosa Negre i Llorenç Olivé.

2a edició amplificada i corregida: desembre de 2007  
Tiratge: 15.000 exemplars  
Dipòsit legal: B - 56.261 - 2007  
Disseny i compaginació interior i coberta: 9-disseny  
Impressió i enquadernació: 9-disseny

## Índex

1. Introducció .....	5
2. La pràctica de la mutilació genital femenina ....	7
3. Motius d'atenció i possible risc .....	11
4. Indicadors de sospita .....	13
5. Conseqüències .....	15
6. Marc jurídic .....	17
7. Recomanacions generals .....	21
8. Intervenció .....	23
Professionals de la salut .....	23
Professionals dels serveis socials d'atenció primària ....	28
Professionals de centres docents .....	30
Professionals d'atenció als menors en risc .....	31
Professionals dels cossos de seguretat .....	32
Associacions que treballen per a la prevenció de les MGF	34
9. Telèfons d'interès / Informació .....	39

### ABREVIATURES

MGF:	mutilació genital femenina
OMS:	Organització Mundial de la Salut
CP:	Codi penal
IES:	Institut d'Estudis de la Salut
EAIA:	equips d'atenció a la infància i l'adolescència
EBASP:	equips bàsics d'atenció social primària
DGAIA:	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

## 1. Introducció

El juny de 2002 es presentà el Protocol de prevenció de les mutilacions genitals femenines. Era el resultat del treball interdisciplinari de la Comissió de Persones Expertes que havia rebut l'encàrrec del Parlament de Catalunya de dissenyar un pla d'acció contra la pràctica de les mutilacions rituals femenines a Catalunya. En la sessió del 20 de juny de 2001, el Parlament va aprovar la Resolució 832/VI, sobre l'adopció de mesures contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines, que la Comissió de Política Social havia estudiat en el text de la Proposició no de llei presentada per tots els grups parlamentaris.

Durant aquests anys de funcionament del Protocol hi ha hagut modificacions importants dels textos legals. D'una banda, s'ha tipificat com a delictes la mutilació genital en el Codi penal, i, de l'altra, hi ha hagut canvis en els criteris d'extraterritorialitat en l'execució d'aquest delictes, per la modificació de la Llei orgànica del poder judicial (LOPJ).

Aquests canvis legislatius, i l'aplicació real i eficient del Protocol després d'uns anys, han fet necessari que la Comissió de Seguiment ho revisés per millorar-ne el funcionament, adaptant els circuits a les noves realitats socials i jurídiques, i, sobretot, incorporant el paper de les comunitats i de les associacions com a eix clau per prevenir aquesta pràctica ancestral.

Per això, la Comissió de Seguiment, que és composta pels departaments d'Educació, d'Interior i Relacions Institucionals i Participació, de Salut i d'Acció Social i Ciutadania per mitjà de la Secretaria de Polítiques Familiars i Drets de Ciutadania, de la Secretaria d'Infància i Adolescència, de l'Institut Català de les Dones i de la Secretaria per a la Immigració, ha revisat el Protocol d'actuacions per a professionals dels diferents àmbits d'intervenció i n'ha resultat aquesta nova edició que ara teniu entre les mans.

Al Protocol s'han previst les accions que seguidament s'exposen per tal de prevenir aquesta pràctica, tot promovent la informació i la formació i el respecte als drets humans per a la prevenció com a línies d'actuació. La intervenció judicial, en tot cas, és l'últim recurs que s'ha utilitzat davant de la conducta que es vol evitar.

Amb l'objectiu de donar una resposta integral a les dones que pateixen qualsevol situació de violència masclista, aquest Protocol es complementarà i es coordinarà amb el Protocol marc i el circuit nacional per a una intervenció coordinada envers la violència masclista, actualment en fase d'elaboració, i s'hi concreten un conjunt de mesures i mecanismes de suport, coordinació i cooperació dins i entre les institucions públiques i altres agents implicats.

6

Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina



## 2. La pràctica de la mutilació genital femenina

---

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

La mutilació genital femenina es practica en vint-i-sis països africans i en alguns d'Àsia. Es desconeix el seu origen, però es considera que podria ser una pràctica mil·lenària sorgida a l'antic Egipte, prèvia al naixement i l'expansió de l'Islam, que es va difondre a través de la influència de la civilització egípcia. Tot i que algunes comunitats musulmanes, i d'alguna altra religió, la practiquen, es pot afirmar que no és un precepte islàmic, ni tampoc de cap de les religions principals.

A l'Àfrica subsahariana, l'ablació es practica a tota la franja del Sahel i va perdent força cap a la zona equatorial. A partir d'aquest punt ja no es practica, tret dels països de la zona dels Grans Llacs. La vinculació amb la tradició depèn més de la identitat ètnica que no del país al qual es pertany.

A les zones on tradicionalment es practica, la mutilació genital obeeix a una qüestió de coherència de grup encara que, depenent de l'ètnia a la qual es pertanyi, tingui implicacions diferents. Pot ser un requisit ineludible per poder casar-se, per assolir una determinada posició o simplement per ser acceptada dins la comunitat, ja que amb la intervenció es creu que la dona aconsegueix netedat i puresa.

La mutilació genital femenina és, doncs, una pràctica cultural que es realitza en el context d'una comunitat i d'un grup, que la justifica en creences errònies des de molts diversos àmbits:

7

- ▶ El costum i la tradició que determinen el rol de la dona dins la comunitat.
- ▶ El control de la sexualitat i el foment de la castedat. Es creu que mitiga el desig sexual, garanteix la fidelitat i incrementa el plaer sexual masculí.
- ▶ Les funcions reproductives. Hi ha la creença que les dones no mutilades no poden concebre o que millora i facilita el part. També es pensa que es pot arriscar la vida del nadó si aquest en el moment del part toca el clitoris.
- ▶ 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 bellesa 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.

La mutilació sol produir-se en un entorn on l'individu se subordina als desitjos, les necessitats i les decisions de la comunitat. Alguns dels països on es practica són emissors de persones vers altres països més desenvolupats econòmicament. En aquest marc, la persona que emigra és l'escollida per la família extensa com a responsable d'assolir els objectius de la migració i, per tant, els vincles es mantenen tant en l'àmbit material com en l'emocional. En relació amb la pràctica de la mutilació, la família que resta en el país d'origen sol exercir una forta pressió social sobre els emigrats, que arriba al seu punt àlgid en el moment en què aquests tornen a casa, ja sigui de manera definitiva o en període de vacances.

Aquest viatge que implica l'estada al país d'origen per vacances, o el viatge definitiu de retorn d'algun o alguns membres de la família que inclou nenes que no han estat mutilades, pot suposar un moment de risc real per a elles. Per això, és d'importància capital que l'estada de la família a Catalunya hagi permès fer un camí en l'àmbit que ens ocupa i que els pares de la nena hagin

abandonat la pràctica per propi convenciment, més enllà de la imposició legal, i d'aquesta manera vetllin per la integritat física de les filles de manera definitiva, aquí i allà, avui i en qualsevol moment, fins al punt d'enfrontar-se, arribat el cas, als desitjos de la comunitat.

A Catalunya hi ha moltes famílies que van arribar com a practicants i defensores de la tradició i que avui l'han abandonada, però també és una realitat que hi ha famílies que, per diferents raons, encara la defensen i que si no hi posem els mitjans oportuns, es fan les tasques de sensibilització pertinents, i es prenen les mesures oportunes en funció de la situació que se'ns planteja podem deixar desemparedades les possibles víctimes.

Hi ha diversos tipus de mutilació genital femenina reconegudes per l'OMS:

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

A Catalunya, la població de risc és originària bàsicament de regions on es practica el tipus I i el tipus II.





Taronja: MGF tipus I i II  
Groc: MGF tipus III

Senegal, Gàmbia, Guinea Bissau, República de Guinea, Sierra Leone, Libèria, Costa d'Ivori, Ghana, Burkina Faso, Togo, Benín, Nigèria, Mali, Mauritània, Níger, Txad, Camerun, República Centreafricana, Egipte, Sudan, Etiòpia, Kènia, Tanzània, Somàlia, Eritrea, Djibouti, Iemen, Oman.

### 3. Motius d'atenció i possible risc

- ▶ Pertànyer a una ètnia que practiqui la MGF: la majoria de noies i dones que han experimentat la mutilació genital són originàries, elles o els seus familiars, d'algun dels països africans on es practica.
- ▶ Pertànyer a una família en què la mare i/o les germanes més grans l'hagin patida.
- ▶ Pertànyer a un grup familiar practicant que té molt present el mite del retorn al país d'origen.
- ▶ Proximitat d'un viatge que pugui fer o unes vacances que pugui passar la menor al país d'origen.





#### 4. Indicadors de sospita

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

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



## 5. Conseqüències

La mutilació genital femenina és un acte de violència masculista que, sovint, genera complicacions físiques, psicològiques i sexuals en les dones i les nenes.

La gravetat de les conseqüències depèn de la tipologia o de les condicions en què s'ha realitzat la mutilació.

En la realitat de Catalunya tant ens podem trobar davant de víctimes amb conseqüències produïdes per una mutilació recent, com per conseqüències derivades d'una mutilació practicada fa molts anys.

Les conseqüències immediates de la pràctica de la mutilació poden ser: dolor sever, hemorràgia i, per tant, anèmia, infecció, ulceració de la regió genital, lesions del teixit adjacent i retenció d'orina, entre altres. L'hemorràgia i la infecció poden, fins i tot, causar la mort. No oblidem l'impacte psicològic que pot portar la víctima a situacions d'ansietat, depressió, terror, sentiments d'humiliació i trastorns sexuals.

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

### Àmbit físic:

- ▶ Transmissió d'infeccions com el VIH, l'hepatitis o el tètanus, per l'ús d'instruments no esterilitzats.
- ▶ Anèmies cròniques.
- ▶ Problemes genitourinaris: fistules genitourinàries, retenció, incontinència i/o infeccions urinàries, do-

lors menstruals, hematocolpos (retenció del contingut menstrual a la vagina), infeccions genitals, esterilitat.

- ▶ Complicacions obstètriques.

### Àmbit psicològic:

- ▶ Depressió, terror, por...
- ▶ 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.
- ▶ 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.
- ▶ Sentiments de culpa de mares mutilades que han acceptat o, fins i tot, promogut la pràctica de la mutilació a les seves filles.

### Àmbit sexual:

- ▶ Disminució de la sensibilitat sexual.
- ▶ Dolor en les relacions sexuals.
- ▶ Davallada de l'impuls sexual.
- ▶ Anorgàsmia.
- ▶ Por i rebuig.



## 6. Marc jurídic

La Convenció dels Drets de l'Infant de 20 de novembre de 1989 exposa que els estats que la subscriuen adoptaran totes les mesures eficaces i apropiades possibles per abolir les pràctiques tradicionals que siguin perjudicials per a la salut dels nens i les nenes.

La mutilació genital femenina és un delictes a Catalunya, com també ho és en molts països d'origen de les persones que la practiquen i on encara està estès aquest costum.

Es reconeix des d'aquí que per combatre la tradició és imprescindible el treball amb la comunitat a partir de la formació, la informació i la sensibilització tenint en compte no tan sols el marc legal que protegeix les víctimes, sinó, i sobretot, els perjudicis que aquesta provoca en la salut.

L'abordatge preventiu de les mutilacions genitals femenines ha de tenir en compte que la via judicial serà el darrer esglaió del procés i només s'utilitzarà en aquells casos en què les intervencions dels operadors implicats, reconeguts en aquest protocol, no hagin aconseguit les garanties necessàries.

Tal com ja s'ha apuntat, sempre serà molt millor que una família abandoni la pràctica per propi convenciment que per imposició legal, però quan arribi el moment en què una menor es trobi en situació de risc real, els drets d'aquesta i la seva integritat física prevaldran i es protegiran. Per aquesta raó, en l'àmbit proactiu, si el jutge ho estima pertinent, podrà adoptar les mesures cautelars necessàries per protegir la menor.

En cas que una menor hagi estat mutilada i, per tant, hi hagi una consumació d'una agressió constitutiva de delictes segons el nostre ordenament jurídic, cal procedir a efectuar la denúncia corresponent.

La Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i

integració social dels estrangers modifica l'article 149 del Codi penal i tipifica específicament aquesta pràctica.

### “Article 149:

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

En cada cas s'haurà de veure si la mutilació que ha sofert una menor s'ha practicat aquí o a l'estranger, qui l'ha facilitat i qui l'ha practicat, la nacionalitat dels autors materials i dels cooperadors necessaris. Però cal tenir present que amb la nova Llei orgànica 3/2005, de 8 de juliol, de modificació de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial (LOPJ) canvien els criteris de competència territorial dels jutges espanyols. Així es preveu perseguir també la pràctica de la mutilació genital femenina quan el delictes s'hagi produït a l'estranger, sempre que els responsables es trobin a l'Estat espanyol. D'aquesta manera s'intenta aturar la pràctica que es podria produir quan la família va de vacances al país d'origen.

El Projecte de *Llei dels drets de les dones per a l'eradicació de la violència masclista*, aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya el 17 de juliol de 2007, s'estableixen mesures per prevenir la mutilació genital femenina.

L'article 4, on s'estableixen les *Formes d'exercir la violència masclista i els àmbits de manifestació*, regula la mutilació genital femenina en l'àmbit social o comunitari.

### “Article 4:

3. d) Violència en l'àmbit social o comunitari. Comprèn, entre d'altres, les manifestacions següents:
  - d.4. Mutilació genital femenina o risc de patir-la. Inclou qualsevol procediment que impliqui una eliminació total o parcial

de les genitals femenines o en produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.”

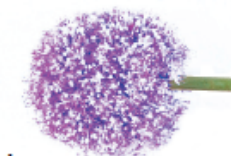
Posteriorment, a l'article 71, es recullen les mesures que ha d'adoptar el Govern en prevenció de la MGF.

### “Article 71

#### *Mutilacions genitals femenines*

El Govern de la Generalitat ha d'adoptar les mesures necessàries per a:

- a) Promoure la mediació comunitària en les famílies si existeix risc de mutilacions genitals. En aquests casos s'ha de procurar que en la negociació hi participin persones expertes, com també persones de les comunitats afectades per aquestes pràctiques, i assegurar l'actuació d'agents socials d'atenció primària.
- b) Garantir mesures específiques per a la prevenció i eradicació de les mutilacions genitals femenines, impulsant actuacions de promoció de les dones dels països on es realitzen aquestes pràctiques i formant els professionals que han d'intervenir-hi.
- c) Actuar en l'àmbit de la cooperació internacional per treballar des dels països d'origen per a l'eradicació d'aquestes pràctiques.
- d) Comptar amb mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per poder fer front a la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, així com mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de nenes i menors, i quan hi hagi risc per a la seva salut, les i els professionals han de poder comptar amb mecanismes que els possibilitin la realització de la intervenció quirúrgica.”



## 7. Recomanacions generals

---

- ▶ Procurar que els i les professionals implicats en aquest protocol tinguin els coneixements necessaris per tal que puguin tractar els casos de mutilació amb les eines i garanties de qualitat que calguin.
- ▶ Assegurar els canals que han de permetre garantir que qualsevol família practicant conegui les conseqüències físiques i psicològiques que impliquen les mutilacions i el marc legal que regeix a l'Estat espanyol. El treball de sensibilització i la formació tindran com a objectiu que, en els nuclis familiars practicants, tant el pare com la mare abandonin la pràctica per propi convenciment i protegeixin les seves descendents de manera conjunta.
- ▶ El treball de reflexió i sensibilització que es promogui amb els grups practicants incorporarà, sempre que sigui possible, agents actius de la pròpia comunitat.
- ▶ Subratllant que la MGF és una de les diferents formes que pren la violència masclista, caldrà promoure l'actuació de les dones africanes com a principals protagonistes en el procés d'eradicació de les MGF, ja que són les principals afectades. La reflexió i la sensibilització s'estendran a partir d'elles a tota la comunitat, amb especial interès per als homes que la formen, pel fet de ser ells, en moltes ocasions, els que disposen de l'autoritat que ha de permetre el canvi.
- ▶ En els casos de consumació s'actuarà segons el que estableixin les lleis, però, quan hi hagi més menors per protegir, siguin dins el nucli familiar directe o en el marc de la família extensa, no s'abandonarà el treball preventiu. En els casos de consumació es tindrà especial cura al suport psicològic que puguin necessitar les víctimes, de manera immediata o en altres etapes de la seva vida.

- ▶ L'abordatge de casos es farà atenent el que estableix aquest protocol. En els casos que es plantegi un possible risc iminent, es considerarà l'abordatge transversal com la millor estratègia d'èxit en la neutralització del risc.
- ▶ Caldrà que les i els professionals que disposin d'informació, tractin els casos amb confidencialitat i que portin el tema amb sensibilitat, especialment quan s'adrecin als mitjans de comunicació.

## 8. Intervenció

### Professionals de la salut

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	<p>Cursos de formació específica per a professionals de la salut en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).</p> <p><i>Guia per a professionals: mutilació genital femenina, prevenció i atenció (ICS).</i></p>
<b>Ciutadania</b>	<p>Informació i educació sanitària dins del marc de les activitats de salut comunitària que es desenvolupen en l'àmbit de l'atenció primària a iniciativa dels i les professionals de la salut.</p> <p>Elaboració i edició de material informatiu.</p> <p>Treball en xarxa amb:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Associacions que treballen per la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació sanitària.</li><li>- Participació de les persones de la pròpia comunitat com a agents actius, que afavoreixin dinàmiques de col·laboració.</li></ul>

<b>Famílies</b>	Informació i educació sanitària a les nenes i les seves famílies pels i les professionals d'atenció primària de salut (medicina general, pediatria, salut sexual i reproductiva).
-----------------	---

#### Situació de risc

<b>Nenes procedents de països amb pràctica habitual de MGF</b>	Descartar o diagnosticar la mutilació genital de la nena realitzant una exploració genital acurada en la visita pediàtrica.
<b>Nenes filles de mares mutilades</b>	Si aquesta nena ha estat mutilada i té germanes més petites, cal explorar-les, i si no han estat mutilades, cal posar-ho en coneixement dels serveis socials per fer prevenció activa.
<b>Germanes de nenes mutilades</b>	Si no està mutilada, detectar el nivell de risc a partir de l'entrevista clínica amb la nena i la seva família, considerant i avaluant entre d'altres: els costums del grup al qual pertanyen en el país d'origen, la pressió del context cultural, les actituds i les intencions a curt i llarg termini de la família immediata i extensa.
	Informació i educació sanitària a la nena i la seva família en relació amb les MGF a Catalunya, amb la participació d'associacions i membres de la mateixa comunitat que treballen per la prevenció de les MGF.

<b>Adolescents i dones mutilades</b>	Diagnòstic de la mutilació a partir de l'entrevista clínica i de l'exploració ginecològica.
<b>Embarassades mutilades</b>	Avaluació del grau d'afectació en l'àmbit físic, psicològic i sexual.
	Oferta de tractaments i suport personalitzat. Treball en xarxa amb altres professionals.
	Informació i educació sanitària amb la participació d'associacions i membres de la mateixa comunitat que treballen per a la prevenció de les MGF.
	En el cas que la dona estigui embarassada, avaluar el grau d'afectació genital i les seves seqüeles en consideració al moment del part. També cal prioritzar la informació i l'educació sanitària per prevenir la pràctica en el futur nadó si és nena.
	Guia per a professionals: mutilació genital femenina, prevenció i atenció (ICS).
<b>Nenes amb proximitat de vacances al país d'origen</b>	En relació amb la proximitat del viatge, cal que la nena sigui visitada a la consulta de pediatria abans que marxi per poder garantir la integritat genital i pactar la seva preservació al retorn.
<b>Comentaris a la nena o de les amigues</b>	Demandar el compromís per escrit del pare i de la mare conforme no es mutilarà la nena.
	Concertar i acordar una propera visita postviatge programada amb dia i hora a la consulta de pediatria per explorar la nena a la tornada.



<p>(segueix)  <b>Nenes amb proximitat de vacances al país d'origen</b></p>	<p>Informació i educació sanitària a la nena i la seva família abans del viatge de vacances, explicant les conseqüències físiques i psicològiques vinculades a la mutilació, i també les seves conseqüències legals.</p>
<p><b>Comentaris a la nena o de les amigues</b></p>	<p>Coordinació i treball en xarxa amb altres professionals dels serveis socials, de l'àmbit escolar i dels equips d'atenció a la infància i l'adolescència, i també amb les associacions del territori que treballen en la prevenció de la MGF per aconseguir la visita previavatge, optimitzar els esforços en les intervencions i facilitar la superació de les reticències de la família.</p> <p>Si la família no es mostra de manera clara en contra de la mutilació o/í no dóna garanties suficients que la integritat física de la nena estarà protegida en cas de viatge, el personal sanitari es posarà en contacte amb els serveis socials i amb l'EAIA per tal que hi intervinguin i, si aquests ho estimen pertinent, demanaran el suport de la policia en la gestió d'aquesta prevenció. Si tot i així no es percepés que el risc es neutralitza, el cas es passaria al jutjat i a la fiscalia. Si la sortida del país fos imminent i no hi hagués temps per passar-ho als altres estaments, es passaria directament al jutjat per tal que aquest valorés l'oportunitat de prendre les mesures cautelars pertinents.</p>

**Sospita de consumació**

<p><b>Previa intervenció professional</b></p>	<p>Exploració de la nena per confirmar el diagnòstic de mutilació.</p>
<p><b>No consumat</b></p>	<p>Seguir controls habituals. Oferir informació i educació sanitària en prevenció de MGF.</p>
<p><b>Consumat</b></p>	<p>Si la MGF ha estat realitzada, s'ha de fer una denúncia i un informe de lesions al jutjat corresponent.</p> <p>Si aquesta nena té germanes més petites, cal explorar-les, i si no han estat mutilades, cal posar-ho en coneixement dels serveis socials per fer prevenció activa.</p> <p>Coordinació i treball en xarxa amb els equips professionals dels serveis socials, de l'àmbit escolar, els equips d'atenció a la infància i l'adolescència, dels cosos de seguretat i també amb les associacions del territori que treballen en prevenció de la MGF.</p> <p>Cal garantir l'atenció de les seqüeles físiques i psíquiques que pugui presentar la nena.</p>

### Professionals dels serveis socials d'atenció primària

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	Formació a professionals dels equips bàsics d'atenció social primària (EBASP).
<b>Col·lectius</b>	Xerrades amb associacions d'immigrants de l'Àfrica sudsaahariana. Treball comunitari.
	Xerrades als centres de formació d'adults amb presència d'immigrants de l'Àfrica sudsaahariana.
	Edició de material informatiu. Incorporar les associacions que treballen per a la prevenció de les MGF en les actuacions d'informació i educació, per tal de realitzar activitats conjuntes implicant-hi els membres de la comunitat.
<b>Famílies</b>	Intervenció dels i les professionals de les EBASP amb suport puntual, si cal, dels EAIA.

#### Situació de risc

<b>Proximitat de vacances al país d'origen</b>	Intervenció dels professionals de les EBASP amb suport puntual, si cal, dels EAIA.  Coordinació amb les associacions de la zona que treballen per a la prevenció de les MGF, per tal d'optimitzar els esforços en les intervencions i facilitar la superació de les reticències de la família. En cas que no s'aconsegueixi la neutralització del risc es valorarà l'opunitat de demanar suport de la policia en la gestió d'aquesta prevenció. Si tot i així no es tingués la percepció de risc neutralitzat el cas es passaria al jutjat i a la fiscalia.
<b>Proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o de les amigues</b>	Si la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la farà al país d'origen, el o la professional ho comunicarà a fiscalia.

#### Sospita de consumació

<b>Consumat</b>	Si es té la certesa o la sospita raonable, el professional ho posarà en coneixement de la fiscalia.  Utilització de la xarxa de recursos d'atenció i recuperació de dones en situació de violència.
-----------------	---

### Professionals de centres docents

Per a la protecció adequada de la menor, des de l'escola cal tractar el tema amb la màxima prudència, discreció i obligada confidencialitat, evitant en tots els casos donar-ne publicitat, aspecte que tindria conseqüències directes sobre les alumnes en qüestió i la seva estigmatització.

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	Es facilitarà assessorament i orientació als i les professionals dels centres educatius sobre aquest tema quan es produeixin demandes en aquest sentit.
----------------------	---

#### Situació de risc

<b>Proximitat de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues</b>	Si hi ha sospita raonable de possible risc perquè la família es mostra obertament a favor de la MGF o que la nena comenta al seu tutor o tutora, o a les amigues, què li faran al país d'origen. La direcció del centre n'informarà a l'Equip Bàsic d'Atenció Social Primària (EBASP), a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) i a l'/la inspector/a del centre educatiu.
--	--

#### Sospita de consumació

<b>Consumat</b>	Si se'n té la certesa o la sospita fonamentada, la direcció del centre docent ho posarà en coneixement de la DGAIA, de la fiscalia o del jutjat de guàrdia i de l'/la inspector/a del centre educatiu.
-----------------	--

### Professionals d'atenció als menors en risc

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	Formació específica per a professionals que hagin d'abordar aquests casos sobre MGF.
<b>Famílies</b>	Suport puntual dels equips d'atenció a la infància i a l'adolescència (EAIA) en el treball dels EBASP.

#### Situació de risc

<b>Proximitat de les vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues</b>	Suport puntual dels EAIA en el treball dels EBASP. Si en la intervenció que s'està fent es detecta una situació de risc, o si es té constància que la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la faran al país d'origen, el personal ho comunicarà a fiscalia de menors.
--	---

#### Sospita de consumació

<b>Prèvia intervenció professional</b>	Si es té constància de la consumació, el o la professional que ho detecti ha de denunciar-ho a Fiscalia de Menors o al Jutjat competent.
<b>Consumat</b>	Si a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) arriba la notícia de possible MGF o de risc d'aquesta, es tramitarà la denúncia a la fiscalia o al jutjat competent amb petició d'adopció de mesures cautelars, segons informe de derivació de qui conegui el cas.

### Professionals dels cossos de seguretat

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	Aproximació a la tradició en el marc de la formació en multiculturalitat que rep la policia.
<b>Col·lectius</b>	Aprofitant les xerrades informatives que es fan en el territori al col·lectiu immigrant, en el cas que aquestes persones siguin membres de comunitats que practiquen la mutilació genital femenina, tractar el tema informant que a Catalunya és un delictes.
<b>Famílies</b>	En l'àmbit de policia de proximitat es tractarà el tema quan escaigui.

#### Situació de risc

<b>Proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues</b>	Treball en xarxa conjuntament amb els altres operadors implicats per esbrinar si hi ha situació de risc i neutralitzar-la si existeix. Si no s'aconsegueix, cal derivar el cas al jutjat i a la fiscalia per tal que es valori l'oportunitat d'adoptar mesures cautelars.
	Tramitació de les denúncies per la comunicació rebuda.

### Sospita de consumació

<b>Amb intervenció professional prèvia</b>	Tramitació de la denúncia al jutjat. Investigació que des del jutjat se li requereixi.
<b>Sense intervenció professional prèvia</b>	Tramitació de la denúncia al jutjat. Investigació que des del jutjat se li requereixi.

### Associacions que treballen per a la prevenció de les MGF

#### Informació/Formació

<b>Professionals</b>	Sensibilitzar els i les professionals sobre estratègies d'intervenció en els col·lectius d'immigrants, per tal d'optimitzar les actuacions de prevenció.
<b>Col·lectius</b>	<p>Potenciar les dones africanes, i en especial les seves associacions, com a principals protagonistes de les actuacions per a la prevenció de les MGF.</p> <p>Promoure la mobilització dels col·lectius de persones immigrades, per tal que s'impliquin en la lluita per eradicar les MGF.</p> <p>Detectar les persones de la comunitat que poden ser interlocutores dins la pròpia comunitat.</p> <p>Promoure programes de desenvolupament individual i col·lectiu a les comunitats, potenciant l'estat social, econòmic i educatiu de les dones, per tal de contribuir a la prevenció de les mutilacions genitals.</p> <p>Elaboració de material informatiu.</p>
<b>Famílies</b>	Instaurar un diàleg intergeneracional, entre tots els membres influents.

34

Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina

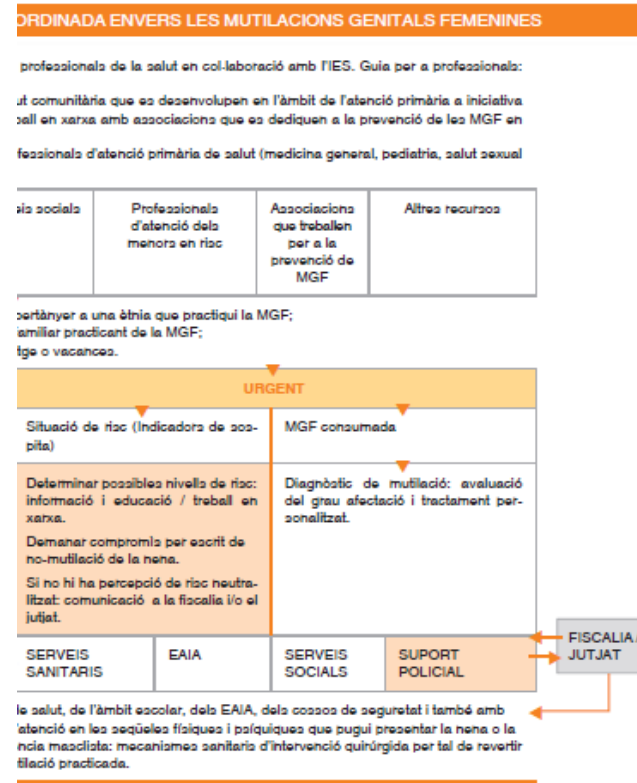
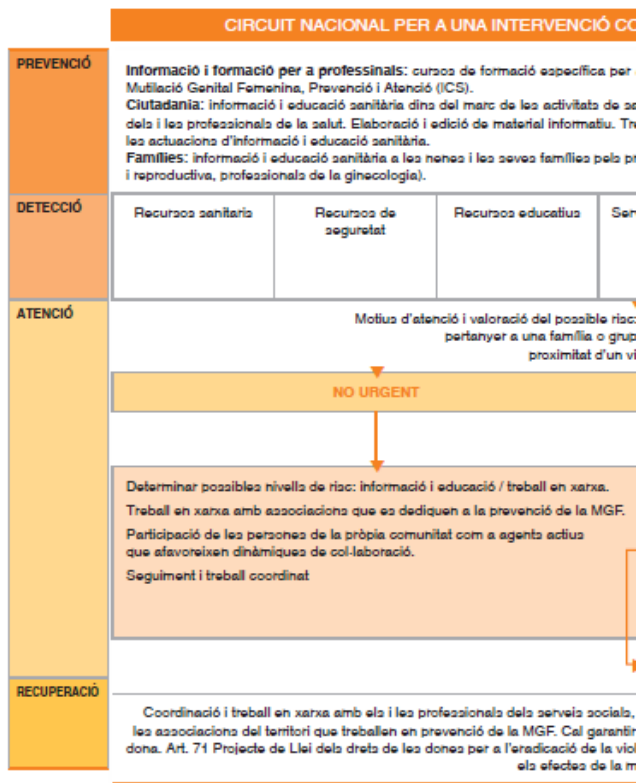
#### Situació de risc

<b>Proximitat de vacances al país d'origen</b>	<p>Difondre una guia de recursos de suport en el país d'origen per a les famílies que marxen de vacances.</p> <p>Realitzar activitats de caire informatiu i educatiu que serveixin per recordar la legislació, els drets de l'infant i les conseqüències de les MGF.</p> <p>Mantenir contactes amb l'EBASP de la zona i els equips de salut per tal de realitzar actuacions conjuntes o coordinades.</p>
<b>Proximitat imminent de vacances al país d'origen i/o comentaris de la nena o amigues</b>	<p>Fer costat i obrir la discussió amb la família.</p> <p>Si la família es mostra obertament a favor de la MGF o bé verbalitza que la faran al país d'origen es comunicarà a l'EBASP, per tal que es realitzin les actuacions pertinents.</p>

#### Sospita de consumació

<b>No intervenció professional prèvia</b>	<p>Actuar en la comunitat i informar-la de les conseqüències de la MGF.</p> <p>Posar en coneixement de l'EBASP la informació per tal que es puguin dur a terme mesures educatives i preventives envers les altres germanes o familiars propers i que l'EBASP pugui informar a pediatria per tal que la nena rebí un control mèdic adequat i si hi ha indicis de delictes es faci arribar la informació a l'estament judicial.</p> <p>Facilitar a la menor atenció psicològica.</p>
<b>Intervenció professional prèvia</b>	Donar suport a les actuacions establertes en el protocol.

35



## 9. Telèfons d'interès | Informació

Infància respon  
900 300 777

Línia d'atenció a les dones en situació de violència  
900 900 120

Sanitat respon  
902 111 444

Secretaria per a la Immigració  
932 701 230

### Associacions que treballen la prevenció:

Associació Equis-Mgf. Equip de Sensibilització sobre Mutilacions Genitals Femenines: a/e: [Equis\\_mgf@yahoo.es](mailto:Equis_mgf@yahoo.es)

Associació E-krea@. Intervenció comunitària per a la prevenció de mutilacions genitals femenines: [www.ekrea.org](http://www.ekrea.org) a/e: [ekrea@ekrea.org](mailto:ekrea@ekrea.org)

Associació Yamari-kafo: [yamarikafo@hotmail.com](mailto:yamarikafo@hotmail.com)

Associació de dones antiablació (Amam España)



39

## Bibliografia

AMNISTIA INTERNACIONAL (1998) *Mutilaciones Genitales Femeninas*. AI, Madrid.

DIRIE, W. *Niñas del desierto*. Maeva ediciones. 2005

DIRIE, W. *Amanecer en el desierto*. Maeva ediciones. 2004

DIRIE, W. *La flor del desierto*. Maeva ediciones. 2003

FACCHI, A. (1998) "Mutilaciones Genitales Femeninas y derecho positivo" a Javier de Lucas: *Derechos de las minorías en una sociedad multicultural*. Cuadernos de Derecho Judicial. Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial. Madrid.

GRASSIVARO, P. (1998) *Figlie d'Africa Mutilate: la pratica de l'essisione sessuale femminile*. L'Harmattan Italia, Torino.

INTER-AFRICAN COMMITTEE (2000) *Report on follow-up Symposium for Religious Leaders and Medical Personnel on FGM as a form of violence*. Banjul, The Gambia.

INTER-AFRICAN COMMITTEE (1998) *Report of the Symposium for Religious Leaders and Medical Personnel on FGM as a form of violence*. Banjul, The Gambia.

KAPLAN, A. (1998) *De Senegambia a Catalunya: Procesos de aculturación e integración social*. X Premio Rogell Duocastella. Fundació "la Caixa", Barcelona.

KOITA, K. *Mutilada*. MR ediciones. 2006

KOSO-TOMAS, O. (1987) *The circumcision of women. A strategy for eradication*. Zed Books, London.

LIGHTFOOT-KLEIN, H. (1989) *Prisoners of ritual: an odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. Haworth Press, New York.

RAMOS, I. i MANRESA, K. (1999) *El día que Kadi perdió parte de su vida*. Ed. Blume.

WALKER, A. (1992) *En posesión del secreto de la alegría*. Ed. Plaza y Janés, Barcelona.

WALKER, A. i PARMER, P. (1993) *Warrior Marks: FGM and the sexual binding of women*. Harcourt Brace & Co., London.

WHO (1997) *Female Genital Mutilation. A joint Report WHO/Unicef/UNFPA statement*. Technical Group, Ginebra.

40

Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina

## ANNEX 2: Document de recollida de dades de les taules de prevenció de la MGF de les comarques gironines

### DADES DE LES TAULES DE TREBALL DE LES COMARQUES GIRONINES L'ANY 2011

TAULA:

1. Total de nenes en risc (1)

núm.	Nacionalitat

núm.	Ètnies

2. Total de famílies en risc (2)

núm.	Nacionalitat

núm.	Ètnies

3. Actuacions de treball comunitàries:

	Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:
3.1. Xerrades				
3.2. Audiovisuals				
3.3. Altres				

4. Nombre total de famílies informades ..... vinculades a ..... nenes (3)

5. Nombre de famílies informades perquè hi havia previst un viatge ..... vinculades ..... nenes.

6. Total de casos treballats per taula (4) .....

7. Signatures de compromís vinculades a: Viatges ..... Naixements ..... Altres .....

8. Casos treballats per taula en relació a viatges .....

9. Nenes que viatgen i els pares no signen ..... Motiu: .....

10. Nenes que viatgen amb document de compromís signat .....

Nenes que tomen íntegres .....  
 Nenes que tomen mutilades .....  
 Nenes que no tomen ..... Motiu: .....  
 Nenes que tomen i no se'ls fa la revisió ..... Motiu: .....



11.	Nenes que viatgen i no havien signat el document de compromís	
	Nenes que tomen íntegres	.....
	Nenes que tomen mutilades	.....
	Nenes que no tomen	..... Motiu: .....
	Nenes que tomen i no sel's fa la revisió	..... Motiu: .....
12.	Casos derivats a l'estament judicial o policial	..... que corresponen a ..... famílies
	vinculades a .....	..... nenes.

(1) Es considera una nena en risc, les nenes de famílies provinents de països practicants ( amb DNI o permís de residència), d'ètnia practicant, que no estan mutilades i que ho podrien ser-ho en un futur. D'aquest grup s'han de treure aquells casos que malgrat ser filles de família de país practicant o ètnia practicant han abandonat la pràctica. En aquests casos la família haurà explicat de manera clara l'abandonament de la pràctica ( la signatura del document de compromís per si sol no seria suficient ja que hauria d'anar acompanyat d'una validació del professional que hi és present i que fa l'abordatge.)

(2) Considerar a les famílies sota els criteris del punt 1. Agrupar les famílies segons procedència (p.e 4 Senegal, 10 Gàmbia...)

(2) El requadre Ètnies ha de contenir informació complementària del requadre Nacionalitat, ha d'ampliar la informació, en cas que s'en disposi de les ètnies de les nenes/famílies.

(3) Cal especificar la suma total de famílies i la suma total de filles per cada família.

(4) Es considera un cas quan dins el bloc ampli de treball que realitza una taula s'identifica una nena concreta en situació de risc i es realitza algun tipus de gestió o abordatge amb aquella família, sigui a través del CAP, l'escola o qualsevol altre professional, independentment del resultat.

## **ANNEX 3: Adreces i material d'interès per complementar com fer una bona prevenció de la MGF<sup>16</sup>**

---

### **1) Àmbit internacional:**

- Agència Alemanya de Cooperació Tècnica (GTZ) - <http://gios.etsii.upm.es/index.php>
- Amanitare - <http://www.amanitare.com/>
- Amnistia Internacional (AI) - <http://www.amnesty.org/es>
- Centre d'Activitats de Desenvolupament i Població - <http://www.cedpa.org/>
- Centre Internacional per a la Salut Reproductiva (CIRH) - <http://www.icrh.org>
- Comitè Inter-Africà sobre les Pràctiques Tradicionals (IAC) - <http://www.iac-ciaf.net/>
- Dones Contra la Violència d'Europa (WAVE) – <http://www.wave-network.org>
- Dones vivint sota Lleis Musulmanes (WLUML) - <http://www.wluml.org/>
- Equality Now - <http://www.equalitynow.org/>
- Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA) - <http://www.unfpa.org>
- Medicus Mundi - <http://www.medicusmundi.es/>
- Metges del Món (MDM) - <http://www.medicosdelmundo.org/>
- Organització Maendeleo Ya Wanawake (MYWO) - <http://mywokenya.org>
- Organització Mundial de la Salut (OMS) - <http://www.who.int/es/>
- Organització de les Nacions Unides (ONU) - <http://www.un.org/es/>

---

<sup>16</sup> Totes les adreces d'internet s'han revisat el dia 28 de maig de 2012.

- Organització dels Serveis Socials dels Evangèlics Coptos (CEOSS) - <http://www.ceoss.org.eg/>
- Sini Sanuman - [http://www.stopexcision.net/about\\_fgm.htm](http://www.stopexcision.net/about_fgm.htm)
- Tostan - <http://www.tostan.org/>
- UNICEF - <http://www.unicef.es/>

## 2) Àmbit Nacional:

- Associació de Dones Immigrants Subsaharianes (ADIS) - <https://sites.google.com/site/adisgranollers381/>
- Associació Equis-Mgf - <http://equis-mgf.blogspot.com.es/>
- Associació E-kre@ - [www.ekrea.org](http://www.ekrea.org)
- Associació Sociocultural de Dones 'Endavant - [dones\\_endavant@hotmail.com](mailto:dones_endavant@hotmail.com)
- Associació TIM TIMOL – [associaciotimtimol@yahoo.es](mailto:associaciotimtimol@yahoo.es)
- Associació Yamari-kafo – [yamarikajo@hotmail.com](mailto:yamarikajo@hotmail.com)
- Grup Interdisciplinar per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials de la UAB (GIPE-PTP) - <http://www.mgf.uab.es/>

## 3) Material audiovisual:

- Documental Babel 'Acabar con la mutilación' (4-12-2011), disponible a <http://www.rtve.es/alacarta/videos/babel-en-tve/babel-tve-04-12-11/1265260/>
- Documental *Iniciación sin Mutilación*, realitzat per GIPE-PTP, disponible a [http://www.mgf.uab.es/?url=material\\_audiovisual\\_0x67](http://www.mgf.uab.es/?url=material_audiovisual_0x67)
- Entrevista a Adriana Kaplan a l'Àgora (5-6-2012), disponible a <http://www.tv3.cat/3alacarta/#/videos/4114251>

- Pel·lícula *Le Pari Bintou* (1994), realitzat per la Comissió per l'ablació de les mutilacions sexuals (CAMS).
- Pel·lícula *Moolaadé* (2005), de Ousmane Sembede.
- Pel·lícula *Flor del desierto* (2009), basada en la novel·la original de Waris Dirie i Cathleen Miller.

## **ANNEX 4: Model d'entrevista realitzada**

---

### **ENTREVISTA A:**

#### **Dades identificatives:**

1. Professió. *(MMEE, Pediatria, Assessora LIC, Serveis Socials, Directora escola, Tècnica en Polítiques Migratòries,...)*
2. Relació amb la MGF. *(Forma part activament de la taula d'anteció i prevenció,*
3. Temps que porta en relació amb la MGF.

#### **Avaluació del funcionament de la taula**

1. Quines funcions tenen les taules de prevenció de la MGF en general? *(em permetrà veure el grau de coneixement que té de les funcions reals que ha de tenir la taula segons el protocol d'actuació)*
2. Com a membre d'una de les taules de MGF de la comarca del Baix Empordà:
  - a. Quines funcions està desenvolupant exactament la taula en la que pertanyes? *(pregunta que em permetrà conèixer què fa i quins objectius persegueix i comparar-los amb els que estan establerts pel protocol)*
  - b. Com valoreu la seva utilitat i funcionalitat? *(vull conèixer si és positiu tenir en marxa un espai de coordinació d'aquestes característiques o si pel contrari no se'n obté res i perquè,)*
    - En cas de valoració negativa: Quines propostes de millora aplicaries des del teu lloc de treball? *(D'aquesta manera ens pot donar pistes de què es podria fer)*
  - c. Creus que mitjançant la taula de MGF es podria abordar altres línies de treball per la prevenció de la pràctica? Quines? *(em permetrà veure el seu grau de satisfacció del funcionament actual de la taula i si calen canvis o si té perspectives de futur)*

#### **Perspectiva del treball comunitari des de l'administració**

1. Com veuries l'opció d'introduir el treball comunitari a la taula de MGF? *(l'objectiu és conèixer l'opinió respecte el treball comunitari com a eina de prevenció)*
  - a. Si és que sí: quin plantejament faries d'entrada:
  - b. Si és que no: perquè:

## **ENTREVISTA B:**

### **Dades identificatives:**

1. Professió. *(Agent comunitari, coordinadora entitat social, medidora comunitària, voluntària,..)*
2. Relació amb la MGF. *(Forma part d'una associació que es dedica plenament a l'atenció i prevenció de la MGF)*
3. Temps que porta en relació amb la MGF.

### **Funcionament de l'entitat**

1. Quin és el vostre posicionament com a entitat envers a la MGF? *(Conèixer la ideologia que tenen i si les seves funcions s'acosten a les que estableix el protocol de prevenció)*
2. Quins objectius persegueix? *(Conèixer les línies de treball)*
3. Quines eines utilitzeu per aconseguir aquests objectius? *(Conèixer com treballen, quins recursos utilitzen i en quina posició es troba el treball comunitari)*

### **El treball comunitari com a eina**

1. Com entens que ha de ser el treball comunitari per prevenir la MGF? *(conèixer els principis i les bases que consideren prioritàries per tal que un treball comunitari funcioni)*
2. Quins elements consideres claus a l'hora de treballar la prevenció de la MGF a través del treball comunitari: *(Conèixer els elements a tenir en compte)*
  - a. Persones implicades, perfil que han de posseir
  - b. Coneixements previs a tenir respecta a la MGF
3. Coneixes cap mala pràctica respecte a la prevenció de la MGF? O que m'aconselles que no s'hauria de fer mai per treballar per la prevenció de la MGF? *(em permetrà argumentar el motiu pel qual decideixo la proposta d'intervenció en qüestió)*
4. Quins indicadors utilitzeu per avaluar tot aquest treball comunitari?

### **Reflexions que fa envers el treball comunitari**

1. Quin paper creus que ha de tenir l'administració davant la prevenció? Creus que el treball comunitari pot ser liderat per la pròpia administració?
  - a. Si és que sí: quin plantejament faries d'entrada:
  - b. Si és que no: perquè

**ENTREVISTA C:**

**Dades identificatives:**

1. Nacionalitat
2. Edat

**Posicionament de la persona envers a la MGF**

1. Què en penses de la MGF? *(Conèixer el seu posicionament envers la pràctica, si hi està d'acord, si no, si la defensa, perquè).*
2. Consideres la pràctica com un maltractament infantil? *(quina concepció en té)*
3. Quan consideres que vas fer el canvi ideològic sobre la MGF? Quin procés formatiu intern creus que vas fer. *(em permetrà saber quins són els aspectes claus a tocar per tal que la gent faci el canvi mental)*

**Prevenció**

1. Trobes important i necessari fer polítiques de prevenció d'aquesta pràctica des de Catalunya? *(Saber si troba necessari radicar la pràctica o no)*
  - a. Si és que sí: quin plantejament faries d'entrada:
  - b. Si és que no: perquè

*Aquest treball de pràcticum pretén, a partir de l'anàlisi de la pràctica que hi ha tant a nivell de comarca del Baix Empordà com a nivell d'experiències a més generals, fer una proposta d'actuació a l'hora de prevenir la mutilació genital femenina mitjançant el treball comunitari com a eina d'intervenció preventiva i generadora d'espais de relació, que permeti treballar amb i per a la comunitat fent-la, així, responsable i participativa del propi procés de canvi. Té la voluntat de ser un recurs útil i generadora de noves idees d'actuació*

Descriptors:

- Mutilació Genital Femenina (MGF)
- Treball comunitari
- Immigració
- Ablació
- Pràctiques Tradicionals Perjudicials
- Baix Empordà