

PROTOCOL DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LES DONES I
NINES SOBRE LA **MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA**
A LES ILLES BALEARS



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ



PROTOCOL DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LES DONES I NINES SOBRE LA **MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA** A LES ILLES BALEARS



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

Edició

Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública i Participació

Aquest Protocol ha estat elaborat pel Govern de les Illes Balears amb la participació de les direccions generals següents:

Direcció General de Salut Pública i Participació
Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears
Direcció General de Planificació i Serveis Socials
Direcció General de Menors i Família
Direcció General d'Innovació i Comunitat Educativa
Institut Balear de la Dona

Coordinadora del Protocol

Direcció General de Salut Pública i Participació

Autoria

Marian Garcia Baratas, Direcció General de Salut Pública i Participació
M. Carme Vidal Mangas, Direcció General de Salut Pública i Participació
Eugenia Carandell Jager, Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears
Aina Mascaro García, Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears
Susana Ortega Merino, Institut Balear de la Dona
M. del Carme Salvá Salleras, Institut Balear de la Dona
Carlos Villafáfila Gomila, Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears
Maria Jesús Vilchez Marín, Metges del Món
Margarita de los Reyes Prohens Salom, Servei d'Immigració de la Direcció General de Planificació i Serveis Socials
Caterina Sbert Pizá, Direcció General de Menors i Família

Revisió

Ajuntament de Palma, Àrea d'Igualtat, Joventut i Drets Cívics
Direcció General d'Innovació i Comunitat Educativa
Associacions d'Immigrants Africans
Càritas
Metges del Món
Creu Roja
Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC)
Associació Balear d'Infermeria Comunitària (ABIC)
Societat de Pediatria Balear (SOPEBA)
Associació de Pediatria d'Atenció Primària de les Illes Balears (APapIB)
Associació Balear de Comares
Consell Insular de Mallorca (IMAS)
Consell Insular de Menorca (Protecció de Menors)
Consell Insular d'Eivissa (Protecció de Menors)
Consell Insular de Formentera (Protecció de Menors)
Universitat de les Illes Balears
Direcció d'Atenció Primària de Mallorca
Direcció d'Atenció Primària de Menorca
Direcció d'Atenció Primària d'Eivissa
Direcció d'Atenció Primària de Formentera
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de Son Espases
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de Son Llàtzer
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de Manacor
Servei de Ginecologia i Obstetrícia d'Inca
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de Mateu Orfila
Servei de Ginecologia i Obstetrícia de Can Misses
Col·legi Professional de Diplomats en Treball Social
Fiscalia de Menors
Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears
Oficina de Defensa dels Drets del Menor

Correcció lingüística

Juana M. Munar Oliver

Il·lustració

Zon Art Urba

Imprès a:

Esment Impremta

DL: PM 1249-2017

ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ.....	9
2.	MARC JURÍDIC.....	11
3.	OBJECTIUS.....	14
4.	DEFINICIÓ I ABAST DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	15
5.	SITUACIÓ A LES ILLES BALEARS.....	22
6.	PREVENCIÓ I ACTUACIÓ	25
	6.1 FORMACIÓ.....	25
	6.2 COORDINACIÓ.....	25
	6.3 ALGORISME DE COORDINACIÓ	26
	6.4 PARTICIPACIÓ.....	27
7.	ACTUACIONS DAVANT LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	29
	7.1 CONSIDERACIONS.....	29
	7.2 DIFERENTS TIPUS D'INTERVENCIÓ	29
	7.2.1 DONES MAJORS D'EDAT. SOSPITA O CONFIRMACIÓ D'MGF PRACTICADA.....	29
	7.2.2 DONES MAJORS D'EDAT AMB DEPENDÈNCIA SOCIOECONÒMICA FAMILIAR AMB FACTORS DE RISC D'MGF	33
	7.2.3 NINES O MENORS D'EDAT AMB FACTORS DE RISC O RISC IMMINENT D'MGF	35
	7.2.4 NINES O MENORS D'EDAT AMB MGF PRACTICADA	39
8.	ACTUACIONS DAVANT LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.....	41
9.	ACTUACIONS DES DE L'ÀMBIT EDUCATIU.....	41
10.	SOBRE LES INTERVENCIIONS COMUNITÀRIES.....	41
11.	RECURSOS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROTOCOL.....	42
12.	AVALUACIÓ DEL PROTOCOL I DE LA IMPLEMENTACIÓ	42
13.	COMISSIÓ DE SEGUIMENT I AVALUACIÓ	43
14.	ANNEXOS.....	44
	1. MODEL FULL DE COMPROMÍS PREVENTIU DE NO MGF	44
	2. MODEL FULL DE COMPROMÍS DE VIATGE (PROTOCOL NACIONAL	46
	3. MODEL D'INFORME DE LESIONS (PROTOCOL NACIONAL).....	48
	4. CIRCUIT DE NOTIFICACIÓ DE MALTRACTAMENT INFANTIL I FULLS DE NOTIFICACIÓ (RUMI.....	50
	5. REGISTRE DE L'MGF EN LA HISTÒRIA CLÍNICA.....	51
	6. INTERVENCIÓ DE DESINFIBULACIÓ	52
15.	BIBLIOGRAFIA.....	55

PRÒLEG

La mutilació genital femenina és reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans de les dones i les nines. És una pràctica que atempta contra els drets a la salut, la seguretat, la integritat física, el dret a no ser sotmesa a tortures i tractes cruels, inhumans o degradants, i el dret a la vida en els casos en què aquest procediment acaba produint la mort.

El Govern de les Illes Balears, amb el seu compromís de fomentar la igualtat d'oportunitats entre dones i homes i lluitar contra les violències masclistes, ha elaborat aquest Protocol amb l'objectiu de contribuir a posar fi a aquesta pràctica nociva, una de les formes més greus d'exercir violència contra les dones, tenint en compte els factors culturals i socials que duen a practicar la mutilació genital femenina.

Tot i que la detecció d'una dona amb mutilació genital femenina o d'una nina en risc de patir-la es produeix habitualment en l'àmbit sanitari, el tractament d'aquesta problemàtica s'ha de plantejar des d'un punt de vista interdisciplinari, coordinat i en xarxa amb la participació de diferents professionals i de diferents àmbits, com ara serveis socials, mediació intercultural, educació social, justícia, organismes d'igualtat, policia i associacions civils.

Per això, el Protocol s'ha elaborat conjuntament amb la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, la Direcció General de Planificació i Serveis Socials, la Direcció General de Menors i Família, la Direcció General d'Innovació i Comunitat Educativa i l'Institut Balear de la Dona.

Aprofit per donar les gràcies a totes i a tots els professionals que han col·laborat en la redacció.

Maria Ramos Monserrat
Directora general de Salut Pública i Participació

1. INTRODUCCIÓ

Des de fa milers d'anys, milions de dones i nines africanes pateixen i accepten la pràctica de la mutilació genital femenina (MGF) com un procés de socialització que els atorga identitat ètnica i de gènere. És transmesa i practicada per mares i àvies a les seves filles i nétes en un entorn social entre religions, ritual, màgic, ancestral i hermètic. Està custodiada com un secret íntim i sagrat que ha perviscut durant segles.

L'MGF és considerada pels qui la practiquen com una mostra de respecte a la tradició i a la seva gent gran a més d'una exigència per a la integració i preservació de la cohesió social.

D'altra banda, l'MGF és una vulneració dels drets humans, una violència de gènere i un desemparament dels drets sexuals i reproductius de les dones i les nines que la pateixen, reconeguda per organismes internacionals, africans, europeus i espanyols.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), hi ha més de 125 milions de dones i nines actualment que han estat objecte de l'MGF als 29 països de l'Àfrica i l'Orient Mitjà, on es concentra aquesta pràctica.

Amb la nova agenda mundial per a 2030 "Transformar el nostre món: l'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible" i els objectius de desenvolupament sostenible (ODS), aprovats pels estats membres de les Nacions Unides el 25 de setembre de 2015, es fixen la manera com les dones es veuen afectades per cada un dels 17 ODS proposats i com les dones i les nines poden convertir-se en actors fonamentals per aconseguir-los, incloent-hi un objectiu independent per a la igualtat de gènere i l'apoderament de les dones i les nines (ODS 5).

Precisament, la finalitat de l'objectiu de desenvolupament sostenible 5 consisteix a eliminar les pràctiques perjudicials i nocives, com ara el matrimoni infantil, primerenc i forçat, així com la mutilació genital femenina (MGF). I és possible assolir-ho mitjançant reformes jurídiques i polítiques i mesures de protecció, la mobilització comunitària i el compromís dels líders religiosos i comunitaris, així com el de les persones afectades.

Cal assenyalar que l'agost de 2016 el **Parlament de la Unió Africana va avalar la prohibició de la mutilació genital femenina en tot el continent**. D'altra banda, diversos països africans han elaborat mesures legislatives pròpies per erradicar aquesta pràctica.

L'impuls per eliminar l'MGF és cada vegada més gran, tant en els països d'origen com en els països en què resideix la població en risc. Segons el darrer informe de la Unicef, el nombre de nines / d'adolescents africanes de famílies en què es practica la MGF ha disminuït. El canvi iniciat arrela i progressa.

En les darreres dècades, Espanya s'ha convertit en una destinació dels moviments migratoris. Aquesta població migrant ha implicat noves cultures, diferents formes de vida, realitats diverses, noves oportunitats i distints reptes.

L'MGF és una pràctica tradicional desconeguda en el nostre entorn fins fa poc, sobretot en l'abordatge integral. S'han produït dilemes professionals, l'estigmatització de les dones que la pateixen, rebuig de la cultura i els costums de la població africana i ha enfortit l'etnocentrisme.

D'acord amb el darrer informe de la Fundació Wassu-UAB de l'any 2015, a Espanya hi ha gairebé 17.000 nines menors de 15 anys, filles de famílies procedents de països africans en els quals es fa l'MGF.

A les Illes Balears hi ha devers 900 nines i joves menors de 19 anys les famílies de les quals provenen de països en què es practica la mutilació.

El 7 d'abril de 2016 el Parlament de les Illes Balears va instar per unanimitat el Govern de les Illes Balears a impulsar de manera consensuada amb els sectors implicats un protocol autonòmic d'actuació per a la prevenció de l'MGF.

Des del respecte a la diversitat cultural, però amb fermesa davant d'aquesta vulneració dels drets que pateixen les dones i les nines, la Direcció General de Salut Pública i Participació de les Illes Balears impulsa i coordina aquest protocol amb el sistema sanitari, educatiu i social, així com amb la col·laboració del teixit associatiu o d'altres que tenen relació amb aquesta problemàtica.

L'objectiu d'aquest Protocol autonòmic és sumar-se a la lluita de la població africana, dels organismes internacionals, europeus, nacionals i autonòmics per erradicar l'MGF a les Illes Balears i als països de procedència a través de la prevenció i l'actuació, proposant actuacions integrals des del coneixement i el respecte a la diversitat cultural.

Aquest Protocol s'engloba dins el Protocol d'actuació sanitària davant la violència masclista de les Illes Balears i està emparat per la Llei d'igualtat de dones i homes de les Illes Balears. Dins aquest context, amb les diferències i similituds que comporta aquest tipus de violència de gènere, es donarà suport a les dones amb MGF i a les seves famílies i se les acompanyarà en el procés de canvi, afavorint-ne l'apoderament per aconseguir que els drets sexuals i reproductius siguin una realitat.

2. MARC JURÍDIC

2.1 Marc internacional

La mutilació genital femenina està reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans de les nines i les dones, que reflecteix una desigualtat entre els sexes molt arrelada. Atès que la mutilació genital femenina gairebé sempre es practica en menors, constitueix també una violació dels drets de les nines.

En l'àmbit internacional, europeu i nacional són moltes les normes i resolucions que tracten sobre la violència contra la dona, els infants, i específicament en contra de la mutilació genital femenina, com una violació dels drets humans bàsics i, per tant, de compliment obligat i d'aplicació penal.

Dins el marc internacional cal destacar la labor que han fet l'ONU i altres organismes internacionals com l'OMS, UNICEF, CSW i la CEDAW. És necessari destacar la Convenció de l'ONU sobre els Drets de l'Infant (document vinculant) i l'Estratègia mundial per impedir que el personal sanitari practiqui mutilacions sexuals femenines, publicada per l'OMS en col·laboració amb la UNFPA, UNICEF i altres associats l'any 2010.

El maig de 2014 va tenir lloc la 67a Assemblea Mundial de la Salut, que va impulsar l'adopció de la Resolució A67/22, afrontar el problema mundial de la violència, en particular contra les dones i les nines, que aborda el paper del Sistema de Salut per fer front a aquesta qüestió. En el projecte de resolució es considera l'MGF com una de les formes de violència que s'ha d'estudiar des del punt de vista del sistema sanitari, aportant xifres, analitzant les causes d'aquesta pràctica i el context normatiu, i destacant així mateix la importància del desenvolupament de la base empírica i de l'acció transversal i multisectorial en aquest àmbit.

Així mateix, Espanya ha ratificat diversos convenis internacionals que condemnin la mutilació genital femenina (MGF), com ara la Declaració Universal dels Drets Humans (DUDH), la Convenció sobre l'Eliminació de totes les Formes de Discriminació contra la Dona (CEDAW), la Convenció contra la Tortura i altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants (CCT), la Convenció sobre els Drets de l'Infant (CDI), el Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals (CEDH) i la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea (2010/C 83/02). També ha signat, *ad referendum*, el Conveni sobre la Prevenció i Lluita contra la Violència contra les Dones i la Violència Domèstica del Consell d'Europa (CETS núm. 210).

2.2 Marc europeu

El Consell de la Unió Europea i el Parlament Europeu també han duit a terme iniciatives jurídiques contra l'MGF i han deixat clar que és una violació dels drets fonamentals i una forma de violència contra les dones no justificable per respecte a tradicions culturals o religioses.

Han estat diversos els documents i les resolucions en què s'insta els estats membres que elaborin legislació específica i adoptin mesures adequades per posar fi a la mutilació genital femenina, entre els quals es pot destacar l'any 2007 la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, l'article 3 de la qual proclama que tota persona té dret a la seva integritat física i psíquica.

A més, el Conveni d'Istanbul del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència envers la dona i la violència domèstica, de l'any 2011, suposa el primer instrument de caràcter vinculant a la regió europea. En l'article 38 obliga els estats membres signants a adoptar mesures legislatives o d'un altre tipus, necessàries per tipificar de delictes quan es cometin de manera intencionada:

- a) L'escissió, infibulació o qualsevol altra mutilació de la totalitat o part dels llavis majors, llavis menors o clitoris d'una dona.
- b) El fet d'obligar una dona a sotmetre's a qualsevol dels actes enumerats en l'apartat a o de proporcionar-li els mitjans per a aquesta finalitat.
- c) El fet d'incitar o obligar una nina a sotmetre's a qualsevol dels actes enumerats en l'apartat a o de proporcionar-li els mitjans per a aquesta finalitat.

Pel Tractat de Lisboa de la Unió Europea l'Àrea de Llibertat, Seguretat i Justícia passa a ser competent en la cooperació intergovernamental i l'article 82 estableix les bases per desenvolupar la Directiva sobre els drets de les víctimes, aprovada recentment.

L'assemblea parlamentària del Consell d'Europa va aprovar dos documents importants: un informe de 3 de maig que va demanar la prohibició de les MGF en considerar-les un tracte inhumà i degradant en el sentit de l'article 3 del Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals, i la Resolució 1247/2001, de 22 de maig, per la qual es va sol·licitar als estats membres que promulgassin una legislació específica que prohibeixi la mutilació genital, i que la declari una violació dels drets humans i de la integritat corporal de les víctimes.

2.3 Marc nacional

Seguint els criteris de la Unió Europea, la legislació espanyola va adoptar diverses mesures legals específiques relacionades amb la mutilació genital femenina:

1. La Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social de les persones estrangeres, va modificar l'article 149 del Codi penal. S'hi tipifica el delictes de mutilació genital o ablació.

Atès que la mutilació genital femenina és un delictes tipificat en el Codi penal, s'ha de tenir compte el que disposa l'article 262 de la Llei d'enjudiciament criminal:

Els que per raó dels seus càrrecs, professions o oficis tinguin notícia d'algun delictes públic estan obligats a denunciar-lo immediatament al Ministeri Fiscal, al tribunal competent, al jutge d'instrucció i, si no n'hi ha, al municipal o al funcionari de policia més pròxim al lloc si es tracta d'un delictes flagrant.

Així mateix, l'article 355 d'aquesta Llei esmenta de manera explícita l'obligació dels professionals de la medicina en aquest sentit:

Si el fet criminal que motiva la formació d'una causa qualsevol consisteix en lesions, el personal facultatiu que assisteix la persona ferida està obligat a informar del seu estat.

2. L'exposició de motius de la Llei orgànica 3/2005, de 8 de juliol, de modificació de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del poder judicial, per perseguir extraterritorialment la pràctica de la mutilació genital femenina, ho plasma de la manera següent:

La mutilació genital femenina constitueix un atemptat greu contra els drets humans, és un exercici de violència contra les dones que afecta directament la seva integritat com a persones. La mutilació dels òrgans genitals de les nines i les joves s'ha de considerar un tracte "inhumà i degradant" inclòs, al costat de la tortura, en les prohibicions de l'article 3 del Conveni Europeu de Drets Humans.

3. La Llei orgànica 1/2014, de 13 de març, de modificació de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del poder judicial, relativa a la justícia universal, estableix:

Igualment, és competent la jurisdicció espanyola per conèixer dels fets comesos per les persones espanyoles o estrangeres fora del territori nacional susceptibles de tipificar-se, segons la llei espanyola, com algun dels delictes següents quan es compleixin les condicions expressades:

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

1. el procediment es dirigeixi contra una persona espanyola
2. el procediment es dirigeixi contra una estrangera que resideix habitualment a Espanya

3. el delictes s'ha comès contra una víctima que, en el moment de la comissió dels fets, té nacionalitat espanyola o residència habitual a Espanya, sempre que la persona a qui s'imputa la comissió del fet delictiu, sigui a Espanya
4. La Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, introdueix com a principi rector de l'actuació administrativa la protecció dels menors contra qualsevol forma de violència, incloent-hi la produïda en el seu entorn familiar, de gènere, el tràfic d'éssers humans i la mutilació genital femenina, entre d'altres. D'acord amb això, els poders públics han d'exercir actuacions de sensibilització, de prevenció, d'assistència i de protecció enfront de qualsevol forma de maltractament infantil.

L'article 1 d'aquesta Llei modifica la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil. Concretament, la nova redacció que es fa de l'article 11.2, relatiu als principis rectors dels poders públics en relació amb els menors, estableix el següent:

i) La protecció contra tota forma de violència, inclosos el maltractament físic o psicològic, els càstigs físics humiliants i denigrants, el descuit o tracte negligent, l'explotació, la que es fa a través de les noves tecnologies, els abusos sexuals, la corrupció, la violència de gènere o en l'àmbit familiar, sanitari, social o educatiu, inclosos l'assetjament escolar, el tràfic d'éssers humans, la mutilació genital femenina i qualsevol altra forma d'abús.

L'any 2015 el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat va aprovar el Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la mutilació genital femenina, que té per objectiu fonamental constituir-se en una bàsica per a la sensibilització i formació de professionals en la lluita contra l'MGF i orientar actuacions homogènies en el conjunt del Sistema Nacional de Salut (SNS) que permetin millorar la salut de les dones i nines a les quals s'ha practicat, així com treballar en la prevenció i detecció del risc de practicar-la, quan pel seu context familiar estiguin en una situació de vulnerabilitat especial.

2.4 Marc autonòmic

A la nostra comunitat autònoma, el capítol I del títol V de la Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'igualtat de dones i homes, inclou la mutilació genital femenina com a forma de violència masclista.

Article 65

[...]

4. Als efectes d'aquesta Llei, es considera violència masclista:

[...]

g) Mutilació genital femenina: qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar una eliminació total o parcial dels genitals femenins o hi produeixi lesions, encara que existeixi consentiment exprés o tàcit de la dona o nina.

3. OBJECTIUS

Objectiu general

Prevenir i actuar a les Illes Balears contra la pràctica de l'MGF des dels àmbits sanitari, educatiu i social

Objectius específics

- Establir un marc de coordinació dels sistemes sanitari, educatiu i social per a la prevenció i l'actuació en l'MGF.
- Sensibilitzar, formar i capacitar els professionals del sistema social, sanitari i educatiu per a la prevenció, l'atenció i el seguiment de l'MGF.
- Dissenyar la metodologia d'intervenció per a la prevenció i l'actuació en els casos d'MGF o del risc de patir-la.
- Promoure espais de comunicació amb els agents socials implicats.
- Determinar mecanismes de seguiment i avaluació de les accions que preveu el Protocol.

Aquest Protocol s'adreça als professionals de diferents àmbits d'intervenció: sistema de serveis socials, sistema sanitari, sistema educatiu, associacions i ONG de les Illes Balears que treballen per a l'erradicació de l'MGF en les dones i nines.

“Una teoria sense pràctica és buida i de la mateixa manera una pràctica sense teoria és cega” Kwame Nkrumah (líder i filòsof africà)

4. DEFINICIÓ I ABAST DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

La mutilació genital femenina, segons la darrera classificació de l'OMS, comprèn tots els procediments consistents en l'ablació parcial o total dels òrgans genitals externs o qualsevol dany als genitals femenins, causats per raons culturals o d'altres i no amb finalitats terapèutiques.

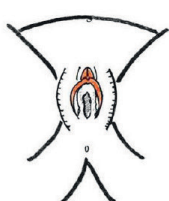
Tipus de mutilació genital femenina:

Es classifica en quatre tipus principals:

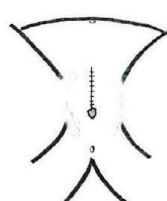
- **Tipus I o clitoridectomia:** resecció parcial o total del clítoris i/o del prepuci (plec de pell que envolta el clítoris).
 - Tipus I a: resecció del prepuci.
 - Tipus I b: resecció del clítoris i del prepuci.
- **Tipus II o escissió:** resecció dels llavis menors amb resecció parcial o total del clítoris o sense, i amb escissió dels llavis majors o sense.
 - Tipus II a: resecció dels llavis menors.
 - Tipus II b: resecció parcial o total del clítoris i dels llavis menors.
 - Tipus II c: resecció parcial o total del clítoris, dels llavis menors i dels llavis majors.
- **Tipus III o infibulació:** estrenyiment de l'obertura vaginal amb la creació d'un segell mitjançant el tall i la recol·locació dels llavis menors i/o majors, amb escissió del clítoris o sense.
 - Tipus III a: resecció i recol·locació dels llavis menors.
 - Tipus III b: resecció i recol·locació dels llavis majors.
- **Tipus IV:** ampli ventall de pràctiques variades i inclassificables. Tots els altres procediments lesius dels genitals externs amb finalitats no mèdiques, com ara la perforació, incisió, raspadura o cauterització de la zona genital. S'hi inclouen les cirurgies estètiques de rejuveniment vaginal, descoloració de genitals, reconstrucció d'himen i els pírcings, tot això acceptat i promogut en molts llocs del món.



Tipus I



Tipus II



Tipus III



Tipus IV

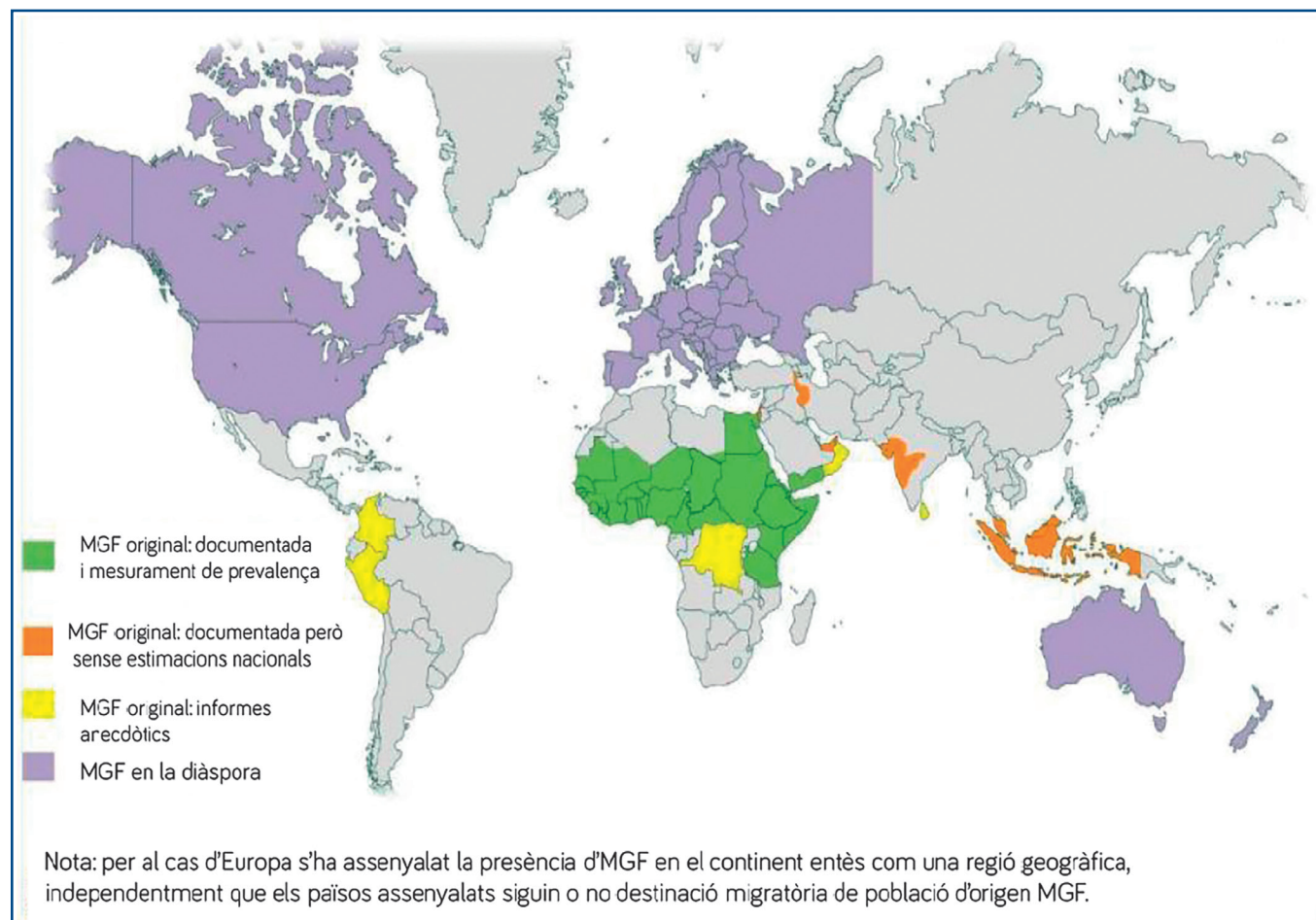
Els tipus I i II representen devers el 90 % dels casos i predominen als països de l'Àfrica subsahariana occidental.

La mutilació tipus III representa el 10 % dels casos i predomina a l'Àfrica oriental, principalment al Sudan, Somàlia, Eritrea i algunes zones d'Etiòpia. A Djibouti, Eritrea, el Níger, el Senegal i Somàlia afecta una de cada cinc nines i és coneguda com la circumcisió faraònica que consisteix en el tall i cosit dels genitals.

La tipus IV es practica en molts països del món en què les dones són consumidores de cirurgies estètiques. Es fa publicitat per aconseguir uns canons de bellesa propis d'al·lotes púbers. El 2015 el 5 % de les intervencions estètiques a Espanya varen ser de cirurgia íntima o ginecoestètica, i el consum augmenta. Aquest tipus d'MGF s'abordarà des d'altres espais.

4.3 Distribució geogràfica de la mutilació genital femenina

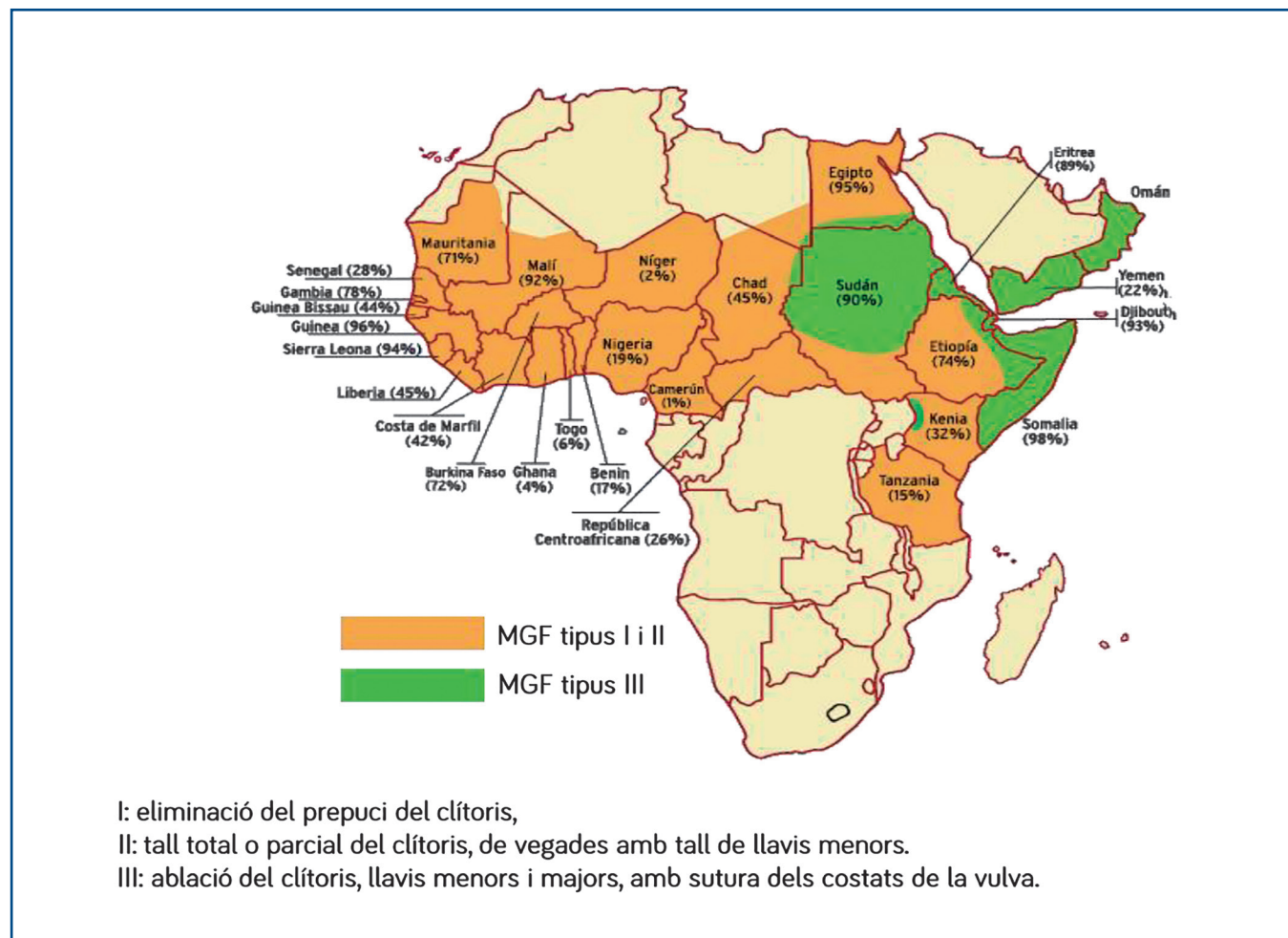
L'origen de l'MGF és incert encara que es considera que va començar al nord de l'Àfrica fa milers d'anys. Va molt més enllà de països i religions. És practicada per persones musulmanes, cristianes, tradicionalistes i múltiples ètnies sense cap vincle religiós.



Font: elaborat pel Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE-PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). *(Adaptació)*

En el mapa es representa l'extensió que abasta l'MGF en el món per la diàspora, a més dels països de l'Àfrica i l'Orient Mitjà on es practica ancestralment.

La prevalença i la incidència de l'MGF són més grans en el continent africà.



En tot cas, el tipus de mutilació, l'edat en què es fa i la manera com es practica varien d'un país a l'altre, d'una ètnia a l'altra, i fins i tot dins d'una mateixa ètnia d'una família a l'altra, i també canvia en funció de si s'efectua en una zona urbana o rural.

4.4 Prevalença per països segons l'ètnia i la zona geogràfica que duen a terme l'MGF

La taula següent especifica les ètnies i/o zones geogràfiques on es duen a terme els diferents tipus d'MGF. Aquesta informació ens permetrà poder identificar més bé les nines i dones en risc de patir l'MGF.

PREVALENCIA PER PAÏSOS SEGONS ÈTNIA I ZONA GEOGRÀFICA		
País	Prevalença estimada	Zona geogràfica / ètnia / religió
Benín	16,8 % (2001)	Principalment en el nord. Ètnies que la practiquen: bariba, peul (fulani), boko, baatonau, wama i nago.
Burkina Faso	72,5 % (2005)	La majoria dels grups religiosos i els ètnics.
República Centreafricana	1,4 % (2004)	En àrees del nord, est i sud-oest.
Txad	44,9 % (2004)	Elevada prevalença en les ètnies banda i mandinga.
Costa d'Ivori	41,7 % (2005)	Prevalença en grups animistes i musulmans: malinké, foula, bambara i dioula. També en alguns membres dels pobles Senuofo, Tagwana, Djimini, Lobi, Birifor, Koulango, Dan, Yacouba, Toura i Gouro.
República Democràtica del Congo	5 %	Grups ètnics del nord.
Djibouti	93,1 % (2006)	Les ètnies àfar i issa practiquen el tipus III, en canvi la iemenita fa el tipus II.
Egipte	95,8 % (2005)	Practicat per persones cristianes coptes i musulmanes de la majoria de grups ètnics.
Eritrea	88,7 % (2002)	Tots els grups ètnics i religiosos la practiquen.
Etiòpia	74,3 % (2005)	Tipus I: les ètnies amhara, tigrinya i musulmana jeberti de la regió Tigré. Tipus II: les ètnies gurage, algunes persones de la tigrinya, oromo i shankila. Tipus III: les ètnies àfar, somali i harare. Tipus IV: a Gojam. No practiquen la MGF les ètnies bengua de Wellga, azezo, dorze, bonke, shama i alguns grups a Godole, Konso i Gojam.
Gàmbia	78,3 % (2005)	Tipus II: mandinga, hausa, jola i sarahuli. Tipus III: fula i bambaras. No la practiquen: wolofs, akus, serenes i manjangos.
Ghana	3,8 % (2005)	Sobretot en zones del nord.
Guinea	95,8 % (2005)	Peul, malinké, soussou, guerrees, toma i nalou practiquen els tipus I, II o III.
Guinea Bissau	44,5 % (2005)	Fula, mandinga i peul.
Kenya	32,2 % (2003)	Practicada per 30 dels 40 grups ètnics de Kenya. No realitzen MGF l'ètnia luos de l'oest ni la luhya. Entre l'ètnia Kisii la prevalença és del 97 % i entre la massai, del 89 %.
Libèria	45 % (2007)	Mandé, gola i kisii No la fan les ètnies kru, grebo o krahn, les persones americolibèrianes ni les musulmanes mandinga.

Mali	91,6 % (2001)	La majoria dels grups practiquen alguna forma d'MGF. No és practicada per les poblacions Songhai, Tuaregs ni Moor. La prevalença és molt baixa al nord: Tombuctú i Gao (9,3 %).
Mauritània	71,3% (2001)	Pulaar, 93 %; sonike, 78 %; moors, 69 %, wolof, 12 %.
Níger	2,2 % (2006)	Més prevalent en les àrees de Tillaberi i Dorso, al llarg del riu Níger i entre les comunitats àrabs de la regió de Diffa.
Nigèria	19 % (2003)	Practicada per gairebé tots els grups ètnics i religions. La pràctica oscil·la entre un 90 % a Benue i Ondo i un 0-1 % a Yobe. No la fan l'ètnia fulani.
Senegal	28,2 % (2005)	No la fan les ètnies wolof ni la serere, ètnies majoritàries del país.
Sierra Leone	94 % (2005)	Tots els grups ètnics i religiosos, excepte l'ètnia krio.
Somàlia	97,9 % (2005)	La majoria de grups ètnics. En el 80 % de casos es fa el tipus III.
Sudan (nord)	90 % (2000)	87 % en zones urbanes; 91 % en zones rurals. Sobretot el tipus III.
Tanzània	17,9 % (1996)	Oscil·la entre 2,9 % a l'ètnia mtwara i el 81,4 % a la arusha.
Togo	5,8 % (2005)	Oscil·la entre un 12% entre l'ètnia gourma i un 85-98 % entre els cotocoli, tchamba, mossi, yanga i peul. Dos dels grups majoritaris (adja-exw i akposso-akepbou) no la practiquen.
Uganda	0,6 % (2006)	
Iemen	23 % (1997)	Sobretot a la costa.

Informació cedida per Metges del Món

4.5 Conseqüències per a la salut

Cal tenir en compte si la mutilació es du a terme en el medi urbà, on s'estén la pràctica medicalitzada, o en el medi rural, on les condicions d'asèpsia són absents i els instruments són precaris, amb la qual cosa les complicacions i conseqüències solen ser més greus.

A curt termini

- dolor intens, xoc
- hemorràgies, xoc hipovolèmic
- infeccions, septicèmia, tètanus
- lesió d'òrgans i estructures de la zona com ara la uretra, la vagina, el perineu i/o el recte
- fractures per immobilitat forçada

A mitjà termini

- anèmies severes
- infeccions genitourinàries recurrents, VIH o d'altres
- mala cicatrització

A llarg termini

- problemes ginecològics: hematocolpos, dismenorrea, retenció menstrual, infeccions vaginals recurrents
- problemes sexuals: disparèunia, falta de desig, anorgàsmia, vaginisme i d'altres
- problemes reproductius: infertilitat, més morbiditat fetal
- problemes obstètrics: fístules, més nombre de cesàries i episiotomia, d'altres

- problemes urinaris: incontinència i retenció d'orina, infeccions recurrents
- estrès posttraumàtic, por, depressió, terror nocturn, flashbacks del moment de la mutilació
- sentiment de culpa de mares mutilades

Per complicacions

- mort a curt, mitjà i llarg termini (xoc hipovolèmic, infecció VIH, complicacions obstètriques...).

Hi ha pocs estudis sobre els efectes psicològics de l'MGF però els testimonis de moltes dones i nines refereixen desaparèmia, falta de desig, anorgàsmia i ansietat davant les relacions sexuals.

4.6 Raons per les quals es practica la mutilació genital femenina

És molt important que els professionals sàpiguen les raons que sustenten la realització de l'MGF per desmuntar mites i creences errònies. Convé establir sempre una escolta activa i molt especialment quan es tracta de raons de respecte a la seva gent gran, als valors, a la tradició, a l'acceptació social o als costums lligats a la seva comunitat d'origen. Cal assenyalar que els drets a la vida, a la salut sexual i reproductiva de les dones i les al·lotes són universals i inalienables, i estan protegits.

Depenent de l'ètnia a la qual es pertany, té justificacions diferents. La inclusió social o pertinença al grup i que sigui imprescindible per concertar un matrimoni són raons compartides per tothom. En cada cas és necessari saber les raons individuals que transmet cada dona o família per poder-la abordar amb coneixement i enteniment.

Raons socials

- ritual de pas de nina a dona
- pertinença al grup
- respecte a la gent gran i a les tradicions
- rol de la dona dins la comunitat
- forma part de la bona educació per a les nines
- augment de la docilitat
- preparació per al matrimoni i la vida adulta
- no-exclusió de la comunitat

Raons religioses

- mandat religiós (no és un precepte islàmic)
- purificació
- circumcisió igual a la dels homes

Raons màgiques

- el dimoni és en el clitoris
- el clitoris danya l'home
- el clitoris pot créixer com un penis
- pot matar els nounats i les nounades en el part
- evita que trenquin coses a la casa

Raons higièniques i estètiques

- els genitals femenins són bruts
- estètica genital
- els genitals femenins són impurs

Raons sexuals

- assegurar la virginitat fins al matrimoni
- garantir la fidelitat
- incrementar la feminitat
- controlar el desig sexual
- més plaer per a l'home

Raons reproductives

- augmenta la fertilitat
- afavoreix la salut de les nounades i dels nounats
- evita la mort dels nounats i de les nounades
- afavoreix el part

i a una dona no li han fet l'MGF és rebutjada per la seva pròpia família i la comunitat. No pot participar en la vida social. No serà acceptada per casar-se i formar una família. Es considera que no respecta els designis, les necessitats i decisions de la seva comunitat, que renuncia als seus avantpassats. Se l'exclou del grup de pertinença i referència de la seva vida. La gent gran és la que té capacitat i potestat en la presa de decisions, i la família i la comunitat l'ha de respectar i obeir.

5. SITUACIÓ A LES ILLES BALEARS

L'arribada massiva de persones migrades de països llunyans comença a finals dels anys 90. Canvia l'estructura homogènia que teníem a les Illes Balears de persones residents espanyoles i europees. La diversitat de cultures, races, idiomes i religions han aflorat en la nostra comunitat. Apareixen nous reptes per a la promoció, la prevenció i l'atenció a la salut de les noves persones residents.

L'any 2014 l'ONG Metges del Món va elaborar un diagnòstic d'MGF a Mallorca, en el qual s'identifica la població susceptible de patir la mutilació o en risc de patir-la. Així mateix descriu la necessitat de coneixements en els i les professionals sanitaris, la disposició de la població africana afectada de tractar el tema i l'interès polític d'abordar-lo, a més de la necessitat d'elaborar un protocol autonòmic per prevenir l'MGF que puntualitzi l'enfocament integral i que defineixi les actuacions i els actors implicats.

5.1 Població subsahariana

Població d'homes i dones africans de països en què es practica l'MGF l'any 2015 a les Illes Balears.

Any 2015	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa i Formentera
Homes	6.197	5.659	208	330
Dones	2.804	2.608	76	120
Total	9.001	8.267	284	450
Percentatge	100 %	91,84 %	3,15 %	4,99 %

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Població de nines i joves africanes de països en què es practica l'MGF a les Illes Balears.

Any 2015	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa i Formentera
Nines <14 anys	798	757	15	26
Joves de 14 a 19 anys	101	96	3	2
Total	899	853	18	28

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Hi ha variabilitat entre les dades poblacionals de padró recollides per l'Institut d'Estadística de les Illes Balears i les dades del Servei de Salut. Per estar incloses en les dades del padró cal estar empadronades en els ajuntaments i renovar els tràmits. Per tenir targeta sanitària, les embarassades i les menors no necessiten estar empadronades i fins i tot poden estar d'alta sanitària en més d'una comunitat autònoma o centre de salut.

5.2 Població subsahariana per centre de salut i targeta sanitària

Per focalitzar les zones o barris amb més taxa de migració de països en què es practica l'MGF s'han utilitzat les zones bàsiques de salut prenent com a font d'informació la base de dades de targeta sanitària del Servei de Salut.

Taula de població subsahariana per targeta sanitària i centre de salut de totes les Illes Balears, disposats pel nombre de dones de major a menor. També indica el percentatge que representa la població d'origen subsaharià i indica la població de nines i joves menors de 19 anys, atès que la prevenció ha d'incidir especialment en aquesta població.

Total població subsahariana per centre de salut i targeta sanitària

Centre de salut	Població CS	Població subsahariana	% població subsahariana	Dones subsaharianes	Homes subsaharians	Tram dones <=14 anys	Tram dones 15-19 anys
total	1.073.904	11.298	1,05 %	3.732	7.566	1.064	108
SON GOTLEU	21.779	2.172	9,97 %	803	1.369	218	16
PERE GARAU	25.189	744	2,95 %	266	478	88	3
INCA	41.862	729	1,74 %	226	503	89	1
POLÍGON LLEVANT	19.062	498	2,61 %	187	311	53	7
CAMP REDÓ	28.535	335	1,17 %	132	203	36	6
PLATJA DE PALMA	19.746	674	3,41 %	127	547	34	8
ARQUITECTE BENNÀSSAR	31.141	349	1,12 %	122	227	32	6
RAFAL NOU	19.413	253	1,30 %	121	132	40	2
TRENCADORS	21.160	473	2,24 %	116	357	27	2
LLEVANT	19.730	291	1,47 %	109	182	32	5
ESCOLA GRADUADA	23.643	280	1,18 %	108	172	39	3
SON RUTLAN	13.944	261	1,87 %	103	158	28	4
MARINES	18.384	247	1,34 %	92	155	25	5
SON CLADERA	9.734	205	2,11 %	89	116	28	0
SON PISÀ	23.510	620	2,64 %	87	533	28	3
ESCORXADOR	30.269	218	0,72 %	87	131	24	4
SAFRÀ	18.528	219	1,18 %	75	144	24	1
SON SERRA	27.267	156	0,57 %	70	86	27	3
SANTANYÍ	12.059	137	1,14 %	59	78	17	2
CANAL SALAT	26.289	177	0,67 %	58	119	18	1
ES VIVER	22.045	186	0,84 %	52	134	14	7
TORRENT DE SANT MIQUEL	17.256	192	1,11 %	50	142	16	0
NA BURGESA	24.471	178	0,73 %	46	132	10	0
SERRA NORD	13.010	92	0,71 %	38	54	12	3
CAPDEPERA	11.485	134	1,17 %	37	97	7	1
SANT ANTONI DE PORTMANY	23.319	147	0,63%	36	111	8	1
DALT SANT JOAN	24.703	84	0,34 %	34	50	11	1
VALLDARGENT	15.802	125	0,79 %	32	93	8	0
POLLENÇA	16.090	73	0,45 %	29	44	7	1
PORTO CRISTO	10.262	69	0,67 %	28	41	8	2
SANTA EULÀRIA DES RIU	27.856	93	0,33 %	28	65	6	2

COLL D'EN RABASSA	20.813	89	0,43 %	25	64	5	1
SA TORRE	30.663	49	0,16 %	23	26	4	1
CASA DEL MAR	22.214	55	0,25 %	22	33	1	0
SANT JOSEP DE SA TALAIA	10.777	79	0,73 %	21	58	5	1
SANT AGUSTÍ	16.171	70	0,43 %	21	49	3	0
PONENT	10.560	33	0,31 %	15	18	4	0
SANTA CATALINA	18.353	41	0,22 %	14	27	3	1
PONT D'INCA	20.275	40	0,20 %	14	26	3	0
VERGE DEL TORO	16.104	43	0,27 %	14	29	1	0
SANTA PONÇA	22.566	51	0,23 %	12	39	7	1
FELANITX	17.805	25	0,14 %	12	13	3	0
SON FERRIOL	13.712	36	0,26 %	11	25	3	0
ES PLA	9.879	21	0,21 %	11	10	2	0
SES ROQUES LLISES	16.033	25	0,16 %	11	14	2	1
ES BANYER	11.969	42	0,35 %	11	31	1	0
NUREDDUNA	7.685	18	0,23 %	6	12	1	0
VILA	19.804	26	0,13 %	6	20	0	0
ES RAIGUER	18.997	17	0,09 %	6	11	0	0
FERRERIES	5.788	14	0,24 %	5	9	1	1
MIGJORN	18.386	15	0,08 %	5	10	0	0
EIXAMPLE	18.650	32	0,17 %	5	27	0	1
XALOC	13.995	15	0,11 %	5	10	0	0
FORMENTERA	9.262	16	0,17 %	3	13	1	0
SANT JORDI DE SES SALINES	9.909	12	0,12 %	3	9	0	0
ÀREA DE MALLORCA		12		3	9	0	0
SANTA MARIA DEL CAMÍ	15.109	4	0,03%	1	3	0	0
TRAMUNTANA	7.559	3	0,04%	0	3	0	0
MUNTANYA	13.323	4	0,03%	0	4	0	0
Total	1.073.904	11.298	1,05%	3.732	7.566	1.064	108

Font: Servei de Salut, octubre de 2016

6. PREVENCIÓ I ACTUACIÓ

La formació, la coordinació i la participació són els pilars que han de sustentar el Protocol de prevenció i actuació amb les dones i les nines amb risc d'MGF.

6.1 Formació

La formació de tots els professionals que participen en l'abordatge de l'MGF des de les diferents entitats és un requisit necessari i important per aconseguir els objectius de prevenció i atenció. La manca de coneixement d'una sola persona pot invalidar el que s'ha aconseguit. L'etnocentrisme sol envair les intervencions i pot ser la causa de la poca adherència de la població al programa.

Per tant, és necessària la formació abans de la implementació del Protocol.

La formació ha d'incloure els aspectes següents:

1. S'ha de basar en l'antropologia, la cultura, els costums, la comunicació i l'empatia. Si tractam l'MGF des de la nostra cultura serà difícil crear el clima de confiança i de cordialitat necessari per abordar-la conjuntament amb la població afectada.
2. Ha d'incloure informació sobre els drets humans, els drets sexuals i reproductius, les conferències i declaracions dels organismes internacionals que aborden l'MGF i la violència de gènere, així com el marc jurídic estatal i autonòmic.
3. Ha d'incorporar les repercussions que té per a la salut física, psicològica, emocional, sexual i reproductiva.
4. Ha de contenir informació sobre els recursos i els serveis disponibles per atendre les dones i nines que han patit una mutilació.
5. Ha d'introduir tècniques d'intervenció individual i comunitària.
6. Ha d'englobar les estratègies per a la prevenció de l'MGF.
7. S'ha de formar sobre la detecció, la notificació i l'actuació davant el maltractament infantil des de l'àmbit sanitari.

6.2 Coordinació

El treball en xarxa entre les diferents administracions, amb altres col·lectius professionals i organitzacions és essencial per a l'abordatge multidisciplinari i holístic en què la suma es multiplica en eficàcia. Els serveis de salut, d'educació, socials i d'immigració han de conèixer i manejar el Protocol, els circuits de derivació, els recursos i potenciar la comunicació amb la resta d'entitats.

La identificació d'una família, dona o nina que pateix la mutilació genital femenina o que té risc de patir-la es pot detectar des de diferents escenaris.

Sistema sanitari: sol ser la porta d'entrada i el primer contacte amb una dona que pateix l'MGF. Després d'iniciar una relació d'empatia i confiança amb la dona s'ha d'esbrinar si té filles o nines i en aquest cas s'ha de contactar amb pediatria, així com amb els centres educatius i serveis socials del centre de salut o del municipi.

Sistema educatiu: l'escolarització de les nines afavoreix la comunicació i la relació amb el professorat. Saber el país i l'ètnia d'origen permet identificar-ne un possible cas. El diàleg i la confiança amb la família i les alumnes ajudarà a saber si hi ha factors de risc o risc imminent. Si es detecta un risc, s'ha de comunicar al centre de salut de referència a través dels serveis d'orientació per assegurar que es duen a terme les actuacions oportunes.

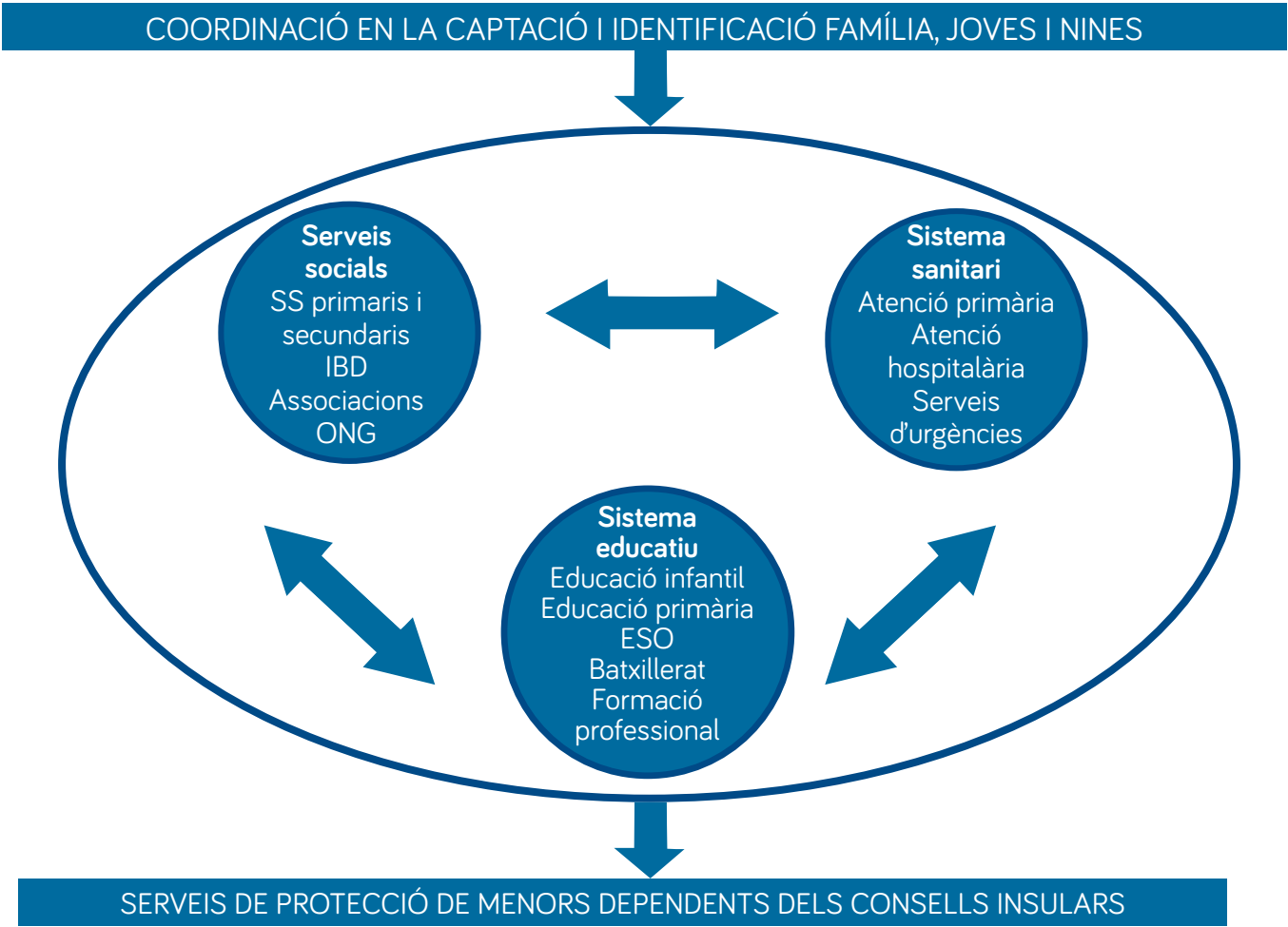
Serveis socials: les i els professionals dels serveis socials primaris o especialitzats també poden ser el primer contacte amb les dones o nines que pateixen l'MGF o tenen risc de patir-la. Saber el país, l'ètnia, la comunicació i la confiança aportaran la informació necessària. S'han de posar en contacte amb el centre de salut per informar el o la professional de medicina o pediatria per a la prevenció, la intervenció i el registre.

Serveis d'immigració: El Servei d'Immigració de la Direcció General de Planificació i Serveis Socials, els centres d'informació i orientació per a persones immigrants (OFIM) i l'Àrea d'Igualtat, Joventut i Drets Cívics de l'Ajuntament de Palma són serveis on es poden detectar casos, i així poder dur a terme un abordatge multidisciplinari.

El personal responsable de la mediació cultural és una figura molt important per establir la comunicació i la coordinació entre les diferents administracions.

Cal preveure la possibilitat que altres entitats també puguin detectar i notificar el risc o la pràctica d'MGF en menors, com ara els serveis d'immigració, ONG, etc. S'han de facilitar els canals de comunicació a través dels serveis socials. D'altra banda, s'ha de promocionar i difondre aquest Protocol en totes les associacions, organitzacions i entitats interessades en el tema, amb els telèfons o les adreces de contacte.

6.3 Algorisme de coordinació



Davant una MGF en nines menors o davant un risc imminent cal informar protecció de menors mitjançant el Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI)

Detectar significa reconèixer o identificar l'existència d'una possible situació de maltractament infantil. És una passa important per poder intervenir i proporcionar ajuda a la nina i a la seva família. Com més aviat es detecti la situació de risc o maltractament, més bons seran els resultats de la intervenció que posteriorment es dugui a terme.

Qualsevol persona, i especialment la que per raó de la seva professió o funció tengui notícia que hi ha una possible situació de maltractament, té l'obligació de prestar auxili immediat i comunicar-ho a l'autoritat o als agents més pròxims.

Davant la sospita o evidència que algun infant es troba en situació de maltractament s'ha de notificar el cas al Registre Unificat de Maltractament Infantil a les Illes Balears (RUMI). Una vegada emplenat el full de notificació, s'ha de remetre a l'entitat competent d'acord amb la urgència o la gravetat de la situació:

a) Maltractament lleu i/o moderat: si la situació no es considera urgent perquè hi ha indicadors físics, psicològics i/o socials de maltractament que es poden abordar en l'entorn sociofamiliar del menor, aquesta situació s'ha de notificar a través del RUMI (els serveis socials d'atenció primària el rebran de manera automàtica).

b) Maltractament greu o urgent: si el maltractament observat posa a la nina o adolescent en una situació que aconsella dur a terme accions protectores de manera immediata o bé fer un estudi urgent de la situació, s'ha de notificar a través del RUMI (els serveis de protecció de menors el rebran automàticament).

Per a la identificació i la detecció de possibles situacions de risc, així com per a la gradació en lleu, moderat o urgent, s'ha d'atendre el que estableix la Guia per a la detecció i notificació del maltractament infantil (pàg. 38-51).

El sistema de protecció de menors disposa del Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI) en el qual hi ha quatre tipus de fulls de notificació per a cada àmbit d'actuació:

- notificació des dels serveis socials
- notificació des de l'àmbit sanitari
- notificació des de l'àmbit educatiu
- notificació des de l'àmbit policial

6.4 Participació

La implicació i participació activa de les dones i els homes d'ètnies o països en què es practica l'MGF és imprescindible per a l'èxit de prevenir-la aquí i en les seves comunitats d'origen.

És convenient impulsar la participació de la comunitat subsahariana per dissenyar estratègies d'intervenció i traçar línies d'actuacions en la població. La implicació i la col·laboració de la població afectada en la revisió i el seguiment del Protocol són fonamentals per erradicar la pràctica de la mutilació genital femenina.

Cal promoure, identificar i captar dins les associacions subsaharianes que les persones que assumeixen el lideratge estiguin motivades i vulguin col·laborar en el desenvolupament del Protocol.

És necessari formar les persones que puguin liderar les actuacions comunitàries. Convé que les persones que liderin les intervencions en la comunitat africana tinguin coneixements dels drets humans, dels drets sexuals i reproductius, de les desigualtats de gènere, de la violació dels drets humans, de la violència de gènere i que coneguin les recomanacions, normes i lleis dels països africans i les organitzacions internacionals africanes que també lluiten per eliminar aquesta pràctica. S'ha d'informar del marc legal del nostre país.

Disposar d'una figura medidora africana facilitaria la intervenció comunitària per a la prevenció de l'MGF aquí i en els seus països d'origen.

7. ACTUACIONS DAVANT LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

Els serveis de salut i els serveis socials i els educatius, per les seves característiques de proximitat, accessibilitat i universalitat, constitueixen l'espai idoni per permetre la intervenció. Els professionals sanitaris d'atenció primària ocupen un lloc clau en la detecció, la intervenció i la prevenció de l'MGF.

Les actuacions dels diferents professionals s'han de dur a terme des de la individualització i amb una perspectiva integral, multidisciplinària i interdisciplinària, amb la finalitat d'afavorir una coordinació d'accions i garantir la continuïtat de les cures a la persona amb mutilació genital i a la família. Així mateix, s'han de tenir en compte altres professionals del sector sanitari implicats, com ara el personal d'admissió i cites.

7.1 Consideracions en l'abordatge de la dona amb sospita d'MGF

La dona africana amb risc de patir una mutilació genital que demanda atenció sanitària ha de ser tractada i atesa de manera integral sense focalitzar la intervenció en el fet de l'MGF. Són dones de vulnerabilitat especial amb necessitats àmplies. Potser la menor de les seves necessitats sentides és l'MGF. La lluita per erradicar l'MGF aquí i en els seus països d'origen passa per tenir el i la professional com una persona aliada de salut en el sentit més ampli. L'enfocament de l'abordatge ha de ser un procés d'individualització, i s'han de sospesar els factors econòmics, culturals, socials, de vida, etc. de cada dona i el seu entorn familiar. És important conèixer tots aquests factors per fer una aproximació a la seva realitat i actuar en conseqüència. Evitar l'etnocentrisme, l'asimetria de poder i els prejudicis culturals és necessari per guanyar-se la confiança i el respecte de les persones.

Així mateix, sol ser la dona que acudeix als serveis sanitaris la que decideix i escull el o la professional que li inspira confiança i empatia per compartir detalls de la seva vida.

Des de qualsevol consulta sanitària a la qual acudeixi una dona subsahariana amb MGF o amb risc de patir-ne, se l'ha de citar a una consulta programada per abordar el tema amb el temps necessari per començar a fer una aproximació a la seva realitat. Aquestes visites programades permetran explorar les necessitats sentides, la informació dels drets, la sensibilització en la vulneració dels drets, les opcions terapèutiques i l'existència de violència de gènere.

7.2 Diferents tipus d'intervenció

- Dones majors d'edat. Sospita o confirmació d'MGF practicada.
- Dones majors d'edat amb dependència socioeconòmica familiar amb factors de risc d'MGF.
- Nines o menors d'edat amb factors de risc o risc imminent d'MGF.
- Nines o menors d'edat amb MGF practicada.

7.2.1 Dona major d'edat. Sospita o confirmació d'MGF practicada

La dona africana sol acudir amb poca freqüència als serveis de salut. En general, utilitza les unitats d'atenció a la dona durant l'embaràs i planificació familiar. D'altra banda, acudeix als serveis d'urgències quan ho necessita o a la consulta de medicina de família en menor mesura. Des de qualsevol tipus de consulta i una vegada resolta la demanda, si estam davant una dona amb risc de patir una mutilació, se l'ha de derivar i/o citar a una consulta programada per elaborar un història completa amb un enfocament biopsicosocial. L'oferta ha de ser una primera cita programada a la qual poden seguir altres consultes depenent de si hi ha MGF o no, o risc d'MGF o altres problemes per tractar. S'ha de valorar en el primer contacte si és una oportunitat per iniciar l'abordatge de l'MGF. No obstant això, la proposta ha de ser derivar a una cita programada o bé esperar pròximes cites per afavorir l'espai de comunicació.

Consulta programada en Atenció Primària

Cada professional ha d'abordar principalment les àrees de la seva competència i aprofitar després la relació de confiança per derivar als altres recursos que siguin pertinents.

Informació que s'ha de recollir en les consultes programades:

- País i ètnia d'origen, recorregut de viatge fins a arribar al nostre país, adaptació al medi, nivell d'estudis, situació laboral seva i de la seva família, xarxes socials, coneixement de l'idioma.
- Antecedents familiars: nombre de germans i germanes, poligàmia en la família, problemes de salut, costum de "tall" en les dones de la família.
- Antecedents personals: nombre de fills i filles, si en el seu país hi ha poligàmia, demanar si el seu marit té altres dones, antecedents de salut, especificar els antecedents ginecològics obstètrics, incloent l'MGF (demanar si està tallada), l'estat psíquic i emocional.
- Si hi ha MGF, s'ha de recollir informació, si es pot, sobre quan, com, on i qui se la va practicar i la seva vivència del fet.
- Indagar el seu posicionament i el de la seva família respecte de l'MGF.

Activitats que s'han de dur a terme:

- S'han d'identificar i detallar els problemes detectats i oferir informació o derivar com sigui convenient.
- S'ha d'evitar fer comentaris despectius sobre els costums i la cultura africana o específicament de l'MGF.
- S'han de recollir els problemes de salut detectats i informar-ne.
- S'han de proposar possibles solucions o recursos per pal·liar els problemes de salut o socials detectats.
- Cal informar de la possibilitat de reconstrucció genital si ho necessita i/o la sol·licita. Si escau, derivar al servei de ginecologia.
- Si hi ha MGF, cal indicar que alguns problemes de salut poden estar relacionats amb la mutilació. S'han de proposar actuacions per pal·liar el dany.
- S'ha d'informar que hi ha moviments internacionals, nacionals i locals que vetllen pels drets de les nines a fi que s'abandoni la pràctica, que es considera una vulneració dels drets de les dones i les nines i, finalment, que en el nostre país té conseqüències legals greus si es practica l'MGF a una nina.
- S'han d'oferir el servei d'assistència psicològica de l'Institut Balear de la Dona o de les oficines d'atenció a víctimes del delictes.
- S'ha d'informar dels drets humans i dels drets sexuals i reproductius.
- S'ha de referir que la lluita per erradicar l'MGF és a l'Àfrica i aquí.
- Si té filles, cal informar-la que en aquest país la pràctica de l'MGF és un delictes i, per tant, té unes conseqüències legals. S'ha de contactar amb pediatria i oferir-li juntament amb el seu marit la firma del compromís de no MGF.
- S'han de proposar activitats comunitàries en el seu entorn.

- S'han de reprendre i ratificar els aspectes més significatius de la consulta.
- S'ha de proporcionar reforç positiu en cada consulta.
- S'han d'acordar pròximes consultes.
- Registre.

Exploració genital de la dona amb mutilació genital femenina

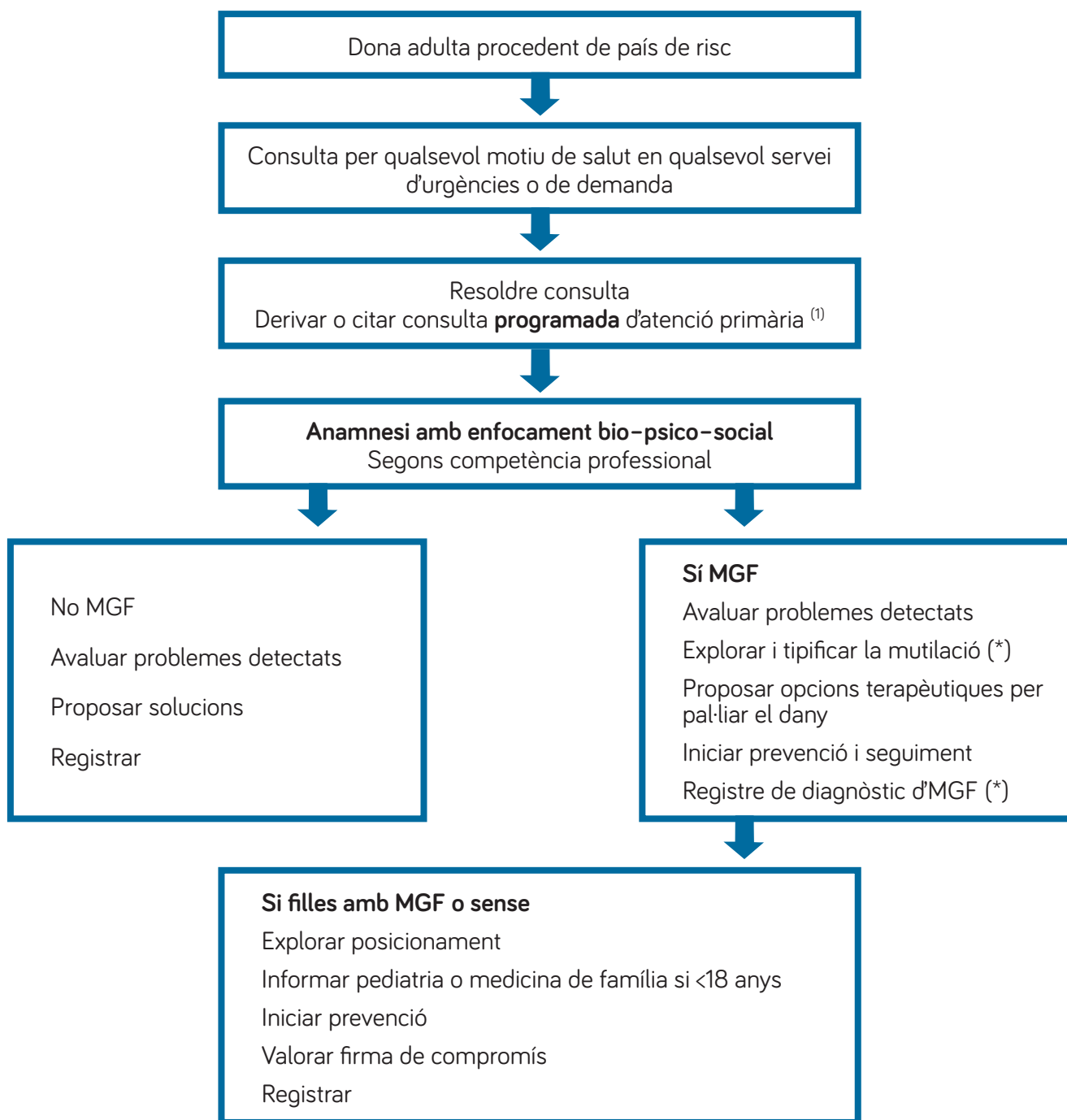
- En l'exploració genital de la dona amb mutilació cal posar molta cura i delicadesa. Les dones solen tenir temor i resistència a la manipulació dels seus genitals. S'ha de recordar que els genitals són la zona corporal més primària i que graven profundament a la memòria tots els danys que hagin rebut.
- Abans d'iniciar l'exploració i la revisió dels genitals cal demanar permís a la dona i informar-la de la utilitat del reconeixement.
- Cal cercar la mutilació tipus I i tipus II amb atenció perquè poden passar desapercebudes.
- Se l'ha d'escoltar activament; el respecte i la confidencialitat són imprescindibles per tenir la confiança necessària per abordar l'MGF.
- S'ha de recollir informació sobre la seva pròpia mutilació i el posicionament familiar i comunitari en el seu país d'origen i aquí.
- Se li ha d'explicar que determinats problemes de salut tenen relació amb la pràctica de l'MGF.
- Cal explorar les possibles seqüeles físiques, psicològiques i sexuals que li hagi pogut produir i informar-la dels serveis disponibles per pal·liar o solucionar els problemes detectats. La dona decidirà quins serveis vol utilitzar.

Dona embarassada amb mutilació genital femenina

- L'embaràs és una oportunitat per abordar la mutilació. Per a la dona africana l'embaràs és un prestigi i la salut dels seus fills i filles, primordial. És un moment molt receptiu per sensibilitzar i prevenir de l'MGF en cas d'estar gestant una nina.
- En la dona gestant amb MGF cal avaluar-ne i registrar-ne el tipus i si pot comprometre el part derivar-la al servei de ginecologia.
- És necessari que abans del part es diagnostiquin els riscos derivats de la mutilació. Cal avaluar l'estat de les cicatrius i les seqüeles, com ara rigidesa de la vagina, poca elasticitat del perineu, queloides, infeccions vaginals i/o urinàries recurrents, etc.
- Sempre cal informar-la de les activitats que s'han de dur a terme. Sol·licitar permís a la dona abans de l'exploració i explicar-li'n la utilitat.
- En cas de mutilació tipus III cal derivar-la al servei de ginecologia per a la valoració i actuació prèvia al part. Es recomana desfer la infibulació durant el segon trimestre d'embaràs, entre les 20 i 28 setmanes. Si no és possible, s'ha de resoldre la infibulació durant el part. La descripció de la tècnica de desinfibulació apareix en l'annex 6 (protocol nacional).
- Si la dona amb MGF no té controls gestacionals i l'hospital és el primer contacte amb l'embarassada, també cal registrar-ho i comunicar-ho a atenció primària a través de l'informe de l'alta i derivar-la a una consulta programada.
- Si l'embarassada està gestant una nina convé reforçar la prevenció i comunicar-ho al servei de pediatria d'atenció primària.

- El part o postpart no és el millor moment per abordar l'MGF; no obstant això, davant la possibilitat de perdre contacte amb la dona cal recollir tota la informació possible i dur a terme la prevenció, especialment si ha tengut una nina. En l'informe de l'alta de la mare s'ha d'especificar l'MGF. D'altra banda, en l'informe de l'alta de la nina i/o en la cartilla de salut de la nina ha de constar en els antecedents familiars l'MGF de la mare.

Detecció, atenció i registre de dones amb risc d'MGF



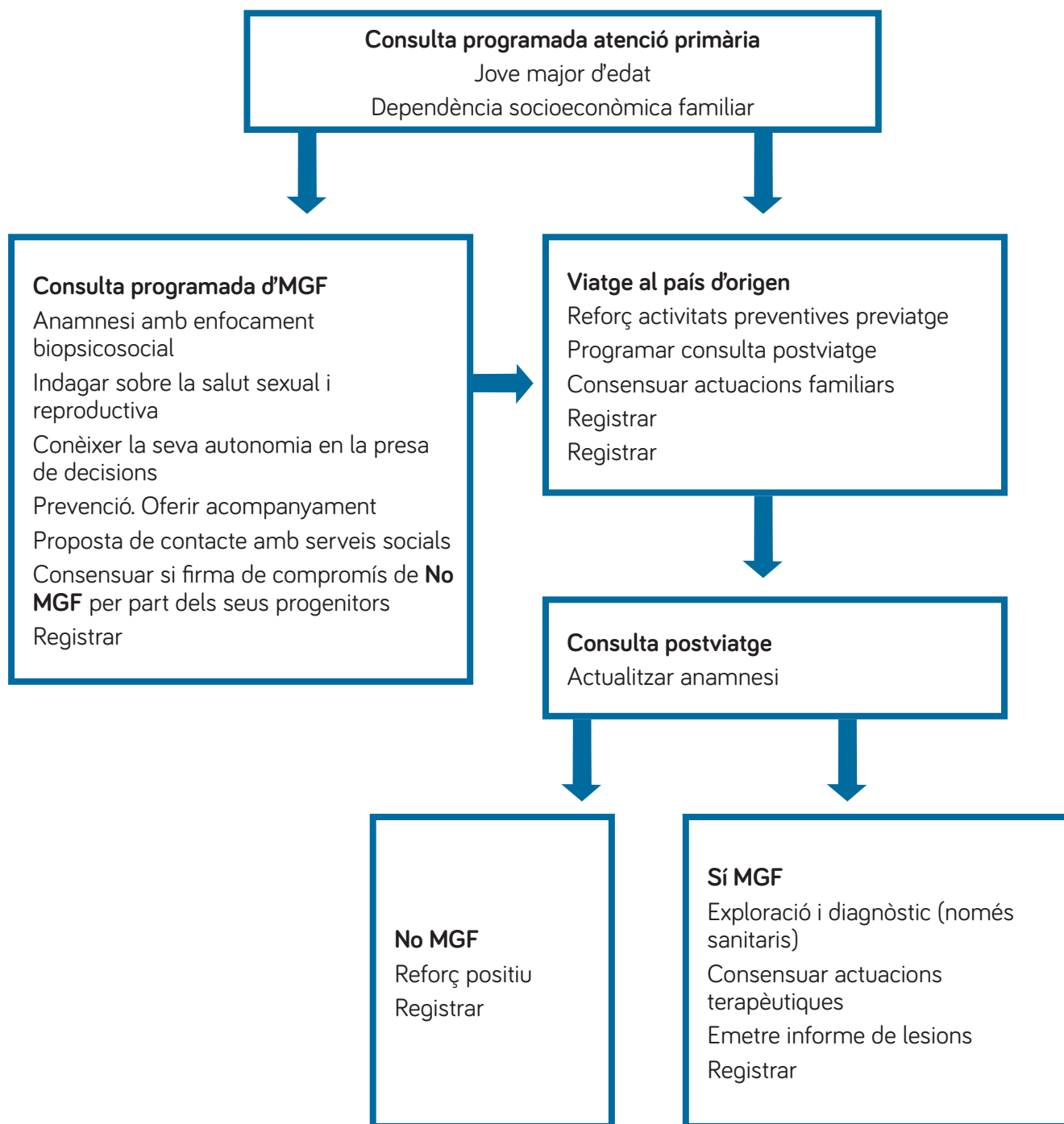
*Aquestes activitats només les pot dur a terme el personal sanitari.

⁽¹⁾ La consulta programada s'ha de fer a atenció primària. Cada centre de salut ha de disposar com i qui la du a terme. Pot atendre-la el o la professional de mediació cultural, treball social, infermeria, medicina o comare. Els serveis d'admissió i de cita prèvia necessiten informació i formació sobre aquest Protocol. El nombre de consultes programades seran les que acordin la dona i el/la professional.

7.2.2 . Dona major d'edat amb dependència socioeconòmica familiar amb factors de risc d'MGF

- Quan les nines es fan grans és possible que el risc d'MGF augmenti per reagrupament familiar en el país d'origen o per concertació pròxima del matrimoni.
- Les activitats que s'han de dur a terme són una acurada anamnesi i exploració, investigar el seu posicionament sobre l'MGF i el del seu entorn, abordar la salut sexual i reproductiva, indagar si té pressió familiar per acceptar l'MGF, saber quin és el seu nivell d'autonomia en la presa de decisions, oferir-li acompanyament i suport per abordar conflictes familiars si n'hi hagués, fer prevenció i sensibilització de l'MGF i donar resposta a totes les preguntes que pugui tenir. És molt important no fer judicis de valor respecte de la família, el país d'origen, els costums, la cultura, etc.
- Proposar la firma de compromís per part dels progenitors de no practicar l'MGF amb la finalitat de conscienciar la família. En ser major d'edat la jove té autonomia legal i social en el nostre país.
- Si hi ha un viatge imminent al país d'origen reforçar la prevenció i sensibilització. Oferir el suport i l'orientació dels serveis socials i/o associacions d'immigrants del seu país que estiguin sensibilitzades amb l'MGF.
- Activitats postviatge: fer una consulta programada. Actualitzar l'anamnesi. En cas de no presentar MGF, reforçar-la positivament. Si s'ha practicat una MGF, exploració, avaluar el dany, consensuar actuacions terapèutiques i fer l'informe de lesions. Registrar.

Dona major d'edat amb dependència socioeconòmica familiar amb factors de risc d'MGF



7.2.3 Nines o menors d'edat amb factors de risc d'MGF o risc imminent

- La població de nines amb factors de risc ha de ser un objectiu primordial en la prevenció de l'MGF. Les persones que treballen amb nines en l'àmbit de la salut, de l'educació i del benestar social tenen responsabilitats professionals i legals respecte de les nines amb factors de risc, amb risc imminent o amb la mutilació practicada.

Factors de risc de patir MGF

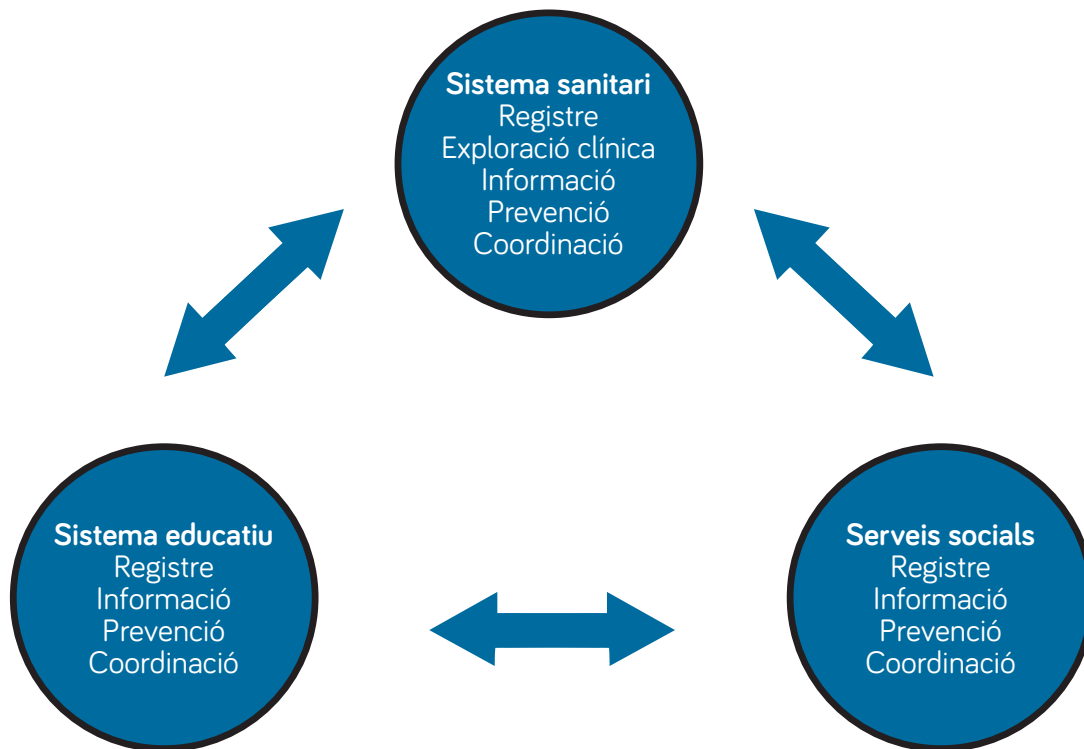
- Pertànyer a un país o ètnia que la practica.
- Tenir la mare, estar sota la tutela o cura d'una dona o ser família de dones amb MGF practicada.
- Tenir antecedents previs d'MGF en la família.
- Concertar un matrimoni amb un home en la família del qual es practica l' MGF.
- Proximitat d'un viatge al país d'origen.
- Posicionament del pare i/o de la mare a favor de l'MGF

- Tal com disposa la Convenció sobre els drets de l'infant, cal recordar que el nou sistema de protecció a la infància i l'adolescència recull els criteris que estableix l'Observació general núm. 14 del Comitè dels Drets de l'Infant de les Nacions Unides quan atorga a la persona menor d'edat que es consideri i es tengui en compte de manera primordial el seu interès superior en totes les mesures o decisions que l'afectin, tant en l'esfera pública com en la privada.
- Sempre que sigui possible, s'ha de fer la intervenció de prevenció des de l'etapa de gestació i criança (consulta programada d'MGF). Així mateix, cal dur a terme l'atenció i la coordinació amb tots els serveis sanitaris i socials. Des que les escolaritzin, també hi ha d'haver comunicació i coordinació amb els centres educatius.
- En tot moment, cal tenir informats les mares i els pares de les actuacions i recomanacions que s'han de seguir, incloent-hi les de comunicar a serveis socials i protecció de menors si la situació ho requereix.
- Indagar el posicionament de la mare i del pare de la família sobre l'MGF.
- Informar els pares i mares en les consultes programades sobre:
 - Les conseqüències per a la salut que poden derivar de l'MGF.
 - Les consideracions ètiques universalment admeses pels organismes internacionals, incloent-hi el Parlament africà.
 - Els recursos comunitaris per a la prevenció.
 - Les conseqüències legals i penals en el nostre país.
- S'ha de proposar la firma de compromís de no MGF en la consulta programada d'MGF (no lligada a la proximitat d'un viatge) com a prevenció i presa de consciència del pare i de la mare de protegir les seves filles de la pràctica de l'MGF. És molt útil en un viatge futur o imprevist o en altres circumstàncies difícils de preveure.

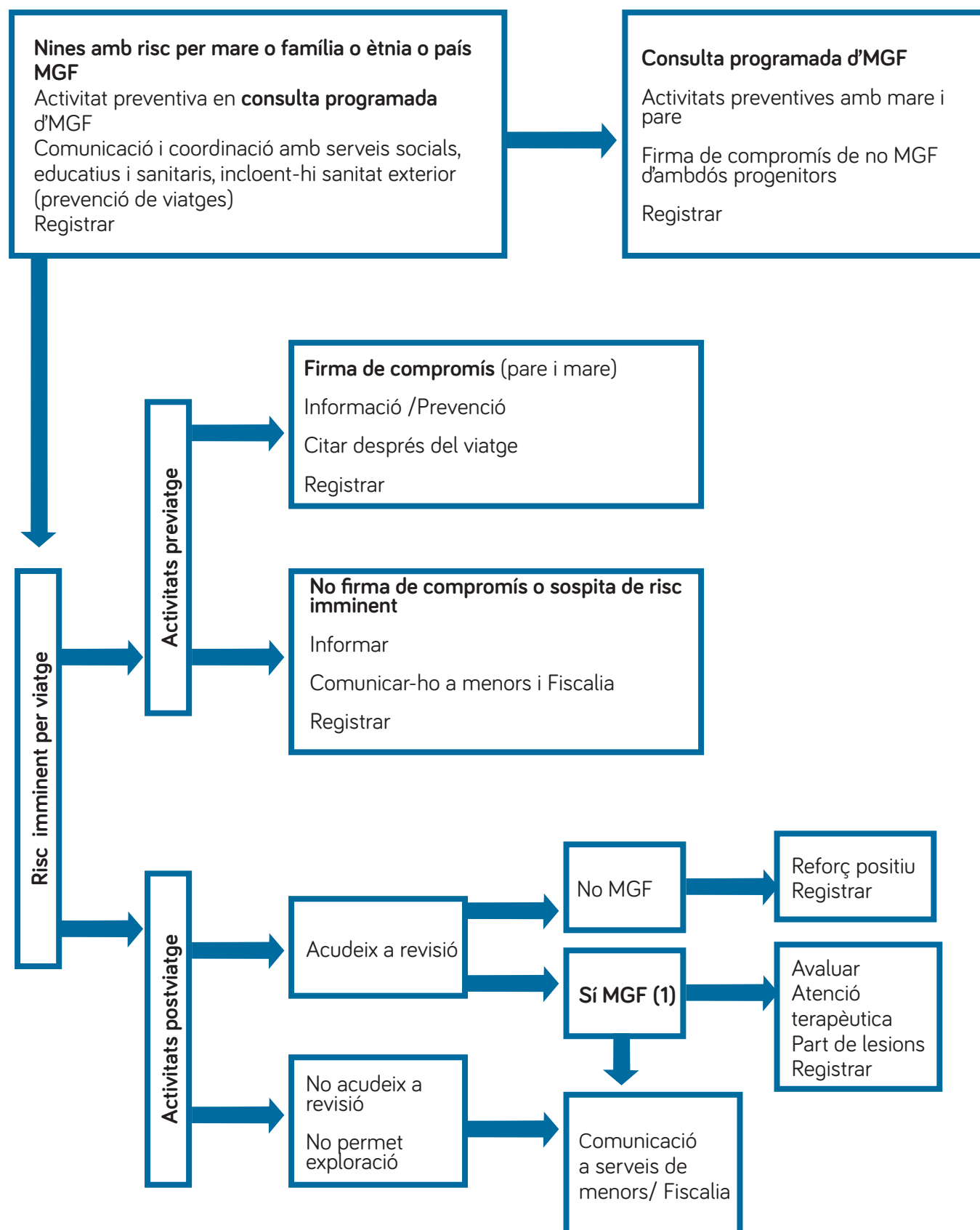
- Es considera risc imminent quan les nines viatgen al país d'origen. En cas que es tengui constància que una família amb factors de risc prepara un viatge al país d'origen, es recomana dur a terme una activitat específica previatge amb la finalitat de prevenir la pràctica de l'MGF. S'ha de citar la nina en el servei de pediatria d'atenció primària acompanyada d'ambdós progenitors. A més de fer-li una exploració física, s'han d'explicar les conseqüències físiques, psicològiques i legals en cas de practicar l'MGF a la menor. A més a més, s'ha de lliurar el compromís de viatge i assegurar-se que la mare i el pare el firmen.
- Sempre és preferible que la firma del compromís es faci fora del context d'un viatge, ja que s'eviten les presses o errors de darrera hora.
- En cas que es valori (detecti/identifiqui) que hi ha algun altre factor de risc afegit al viatge mateix, cal notificar-ho a protecció de menors.
- Altres factors de risc afegits poden ser els següents:
 - Saber el posicionament del pare i de la mare a favor de l'MGF.
 - No acudir un dels progenitors a firmar el compromís de viatge.
 - Tenir antecedents previs d'MGF en la família després de ser residents a Espanya.
 - Faltar a controls previs de la nina o les nines en el centre de salut.
 - No assistir reiteradament a les cites prèvies.
 - Tenir informació del centre escolar de temor i/o tristesa de la nina davant el viatge.
- El personal sanitari ho ha de notificar a protecció de menors i/o Fiscalia de Menors a través del RUMI, els quals posaran en marxa l'adopció de les mesures cautelars que considerin.
- També s'ha de tenir en compte que les nines canvien de pediatria a medicina de família a l'edat de 14 anys. Els i les professionals de medicina i infermeria d'Atenció Primària han d'abordar el tema amb la jove. Convé establir un clima de confiança i seguretat amb ella.
- El treball en xarxa és clau (sanitat, educació i serveis socials d'atenció primària o municipals).
- En tot cas, s'ha de programar una visita mèdica de la nina/jove menor d'edat en tornar del viatge.
- Assegurar-se que la mare i el pare han comprès la informació de prevenció i de conseqüències legals.
- La firma del compromís és una eina molt útil perquè la família d'origen no pressioni per practicar l'MGF.
- Contactar i coordinar amb sanitat exterior la possible captació de nines en risc o risc imminent.

Coordinació en la prevenció de nines o menors d'edat amb factors de risc

- Sexe femení i que la família sigui originària d'un país o ètnia en què és admesa la pràctica de l'MGF.
- Pertànyer a una família en la qual alguna dona hagi patit mutilació.



Prevenció en nines o menors d'edat amb factors de risc



7.2.4 Nina menor d'edat amb MGF practicada

Mutilació practicada abans de ser resident en el nostre país

L'MGF que s'hagi fet abans que les nines resideixin en el nostre país o comunitat no està penalitzada. No obstant això, el personal sanitari ha de fer l'informe de lesions corresponent.

La o el professional de pediatria o medicina de família ha de concertar una cita programada descrita anteriorment. Una vegada confirmada la pràctica de l'MGF, s'han de valorar les conseqüències en la salut i s'ha d'informar dels serveis disponibles per pal·liar-les. D'altra banda, s'ha d'elaborar l'informe de lesions (RUMI) per posar el fet en coneixement de protecció de menors. (Algorisme 1)

Mutilació practicada després de ser resident en el nostre país

L'MGF practicada a una nina constitueix un problema de salut pública amb repercussions jurídiques tant per a les persones adultes que la varen practicar com per a les persones que la varen permetre i també per al personal sanitari, que ha de denunciar el delicte amb l'informe de lesions corresponent (RUMI).

Quan hi ha indicadors de sospita que a una nina se li ha practicat una MGF, com són els símptomes i signes associats a les conseqüències d'aquesta pràctica (dificultat en seure, tristesa...), si hi ha incompliment reiterat de les consultes programades en pediatria o infermeria de pediatria o no acudeix a la consulta programada després del viatge al país d'origen, és necessari confirmar si l'MGF s'ha practicat o no. Aquesta confirmació només la pot fer el personal sanitari amb una exploració genital.

Si no acudeix a la cita després d'un viatge, cal coordinar-se primer amb el treballador o treballadora social perquè contacti amb la família. Si una vegada contactada la família no acudeixen a la consulta, cal informar-ne protecció de menors i/o Fiscalia. Si no s'aconsegueix contactar amb la família, també cal informar-ne protecció de menors.

Una vegada confirmada la pràctica de l'MGF, s'han de valorar les conseqüències en la salut i informar dels serveis disponibles per pal·liar-les. D'altra banda, s'ha d'elaborar l'informe de lesions per posar el fet en coneixement de protecció de menors i Fiscalia.

Sobre la firma del compromís de no MGF

- La firma del compromís és una eina molt útil perquè la família d'origen no pressioni la mare i/o el pare per fer l'MGF a la seva filla.
- Al marge dels possibles viatges, la firma d'un **compromís de no MGF** és una oportunitat perquè els progenitors prenguin consciència de la significació de la prevenció i el compromís.
- És necessari i imprescindible que la mare i el pare o tutors o persones que exerceixen la tutela o representació legal firmin el compromís de viatge pel qual es responsabilitzen de no deixar que es faci l'MGF a la nina o nines.
- Disposar de fulls de compromís de viatge en anglès i francès —que són idiomes oficials a l'Àfrica subsahariana— facilita l'enteniment i la comunicació.
- La falta de col·laboració o no acudir a la consulta el pare i la mare o la negativa a firmar el compromís per part d'algun dels progenitors són motius per contactar amb els serveis socials i per informar-ne protecció de menors i la Fiscalia (RUMI).
- Convé assegurar-se que la mare i el pare entenen i accepten el compromís de no MGF abans de firmar-lo.

- L'acceptació i la firma del compromís ha de ser voluntària i d'acord comú entre les parts implicades.
- La firma d'un compromís preventiu no ha de ser el primer objectiu per aconseguir dels progenitors.
- Es recomana que sigui el professional sanitari que habitualment atén la nina o jove el que presenti el compromís.
- S'han de fer dues còpies de l'escrit del compromís: una per a la família i l'altra s'ha d'arxivar amb la història clínica de la nina.
- Hi ha models de firma de compromís en els annexos 1 i 2.

8. ACTUACIONS DES DELS SERVEIS SOCIALS

Treball social i mediació cultural

- Coordinació i comunicació entre els diferents àmbits d'actuació: educació, sanitat, serveis socials i protecció de menors.
- Coordinació i comunicació amb els diferents àmbits de la sanitat: atenció primària i atenció hospitalària.
- Detecció, notificació i sol·licitud de consulta programada d'MGF.
- La figura mediatra. Poder comptar específicament amb una mediatra cultural subsahariana seria el professional idoni per a les intervencions comunitàries: acompanyar, donar suport, informar, formar i atendre les necessitats que puguin sol·licitar als líders africans en les intervencions comunitàries.
- Oferir el servei d'assistència psicològica de l'Institut Balear de la Dona o de les oficines d'atenció a víctimes del delictes.

9. ACTUACIONS DES DE L'ÀMBIT EDUCATIU

- Si algú del personal del centre educatiu (docent, auxiliar, tècnic, educador) detecta alguna nina amb risc d'MGF o en sospita, ha d'informar la tutora o tutor perquè el servei d'orientació del centre educatiu adopti les mesures oportunes.
- Coordinació i comunicació a través del treballador o treballadora social amb el centre sanitari de pertinença de la nina amb risc d'MGF.
- Si els consta informació d'un viatge imminent al país d'origen, és urgent el contacte amb personal de treball social o el centre de salut.

10. SOBRE LES INTERVENCIONS COMUNITÀRIES DE PREVENCIÓ

- Propiciar trobades i espais amb les associacions o grups comunitaris de persones africanes per visibilitzar el problema de l'MGF i sensibilitzar-ne.
- Potenciar dins els grups que els líders comunitaris i/o religiosos dissenyin, programin i dirigeixin les actuacions de sensibilització i prevenció.
- Impulsar activitats de formació en les dones subsaharianes (amb MGF o sense) en drets humans i drets de salut sexual i reproductiva.
- Incloure els homes en les activitats individuals i comunitàries perquè són clau per a la prevenció i l'erradicació de l'MGF.
- Potenciar la intervenció de mediadors i mediatres culturals per impulsar l'apoderament de la població africana, especialment en les dones que pateixen l'MGF.
- Programar i regularitzar les intervencions comunitàries des dels serveis socials i/o mediació cultural en la població subsahariana per informar dels drets sexuals i reproductius, els drets humans i la sensibilització de l'MGF.

11. RECURSOS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROTOCOL

És necessari dotar de pressupost el Protocol per poder-ne garantir la implementació, el seguiment i l'avaluació.

- Formació professional en sanitat, educació i treballadors socials.
- Material de difusió en paper i en línia.
- Desenvolupament d'una pàgina d'informació per a professionals.
- Creació d'una pàgina d'informació comunitària.
- Intervenció comunitària i formació de líders.
- Mediadora cultural subsahariana.

12. AVALUACIÓ DEL PROTOCOL I DE LA IMPLEMENTACIÓ

1) Cobertura del programa formatiu

Nombre de professionals amb formació acreditada en l'abordatge de l'MGF / total de professionals x 100.

Font: serveis de docència de les gerències. Dades desagregades per categoria professional: personal facultatiu, infermeria, treball social i admissió i sexe.

2) Detecció i registre d'MGF

Nombre de dones i nines amb registre de codis diagnòstics CIM-9 i CIM-10 d'MGF en e-siap (i/o CMBD) / nombre de dones i nines originàries dels països i regions de risc x 100.

Fonts: diagnòstics CIM-9 / CIM-10 en e-siap i CMBD des de l'1 de gener a 31 de desembre d'enguany.

Nombre de dones i nines originàries dels països i regions de risc segons consulta a TSI a 1 de gener d'enguany.

Resultats desagregats per franges d'edat: major d'edat i menors .

3) Intervenció comunitària i formació de líders

Nombre d'intervencions comunitàries en les associacions o col·lectius: almenys 3 a l'any.

Nombre de persones formades com a líders per a les intervencions en la seva comunitat o col·lectius: almenys 2 a l'any.

Font: registre dels serveis de treball social i mediació cultural.

13. COMISSIÓ DE SEGUIMENT I AVALUACIÓ

- El personal tècnic que en representació de les diferents direccions generals han participat en l'elaboració d'aquest Protocol han de conformar la comissió de seguiment i avaluació i han de vetllar-ne per la implementació, el desenvolupament i l'evolució.
- S'han de reunir com a mínim una vegada a l'any i recollir totes les incidències o dificultats o oportunitats dels diferents serveis que intervenen en la implementació del Protocol.
- S'ha de fer un registre i seguiment de tots els casos d'MGF en què hagi intervingut la Fiscalia.

ANNEXOS

Annex 1

Compromís preventiu de no mutilació genital femenina

Des del centre de salut

CERTIFIC que, fins al moment, en els exàmens de salut que s'han fet a la nina les dades de la qual es consignen a continuació no s'ha detectat alteració en la integritat dels seus genitals.

Llinatges i nom de la nina

NIF/passaport:

Data de naixement:

Lloc de naixement: Nacionalitat:

Dades del pare, mare i/o tutor-a o representant legal

Llinatges i nom: Data de naixement:

Relació amb la menor:

Llinatges i nom: Data de naixement:

Relació amb la menor:

Inform els familiars responsables de la nina sobre:

- Els riscos sociosanitaris que representa la mutilació genital femenina.
- El marc legal de la mutilació genital femenina a Espanya, on aquesta intervenció es considera un delictes de lesions d'acord amb l'article 149.2 del Codi penal, encara que s'hagi fet fora del territori nacional, en els termes que preveu la Llei orgànica del poder judicial, modificada per la Llei orgànica 1/2014, de 13 de març.
- La pràctica de la mutilació genital es castiga amb pena de presó de 6 a 12 anys per als pares, tutors o guardadors, i amb pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, guarda o acolliment de 4 a 10 anys (els pares no podrien exercir la pàtria potestat ni tenir amb ells la seva filla, per la qual cosa l'entitat pública de protecció de menors corresponent podria assumir-ne la tutela, amb la qual cosa la nina podria ser acollida per una família o ingressar en un centre de protecció de menors).

Per això, les persones responsables de la menor:

- Declaren que el professional sanitari responsable de la salut de la nina els ha informat sobre els diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina.
- Consideren que han entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.
- Es comprometen a tenir cura de la salut de la menor de qui són responsables i a evitar-ne la mutilació genital.

Perquè consti, llegesc i firm l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em qued una còpia.

[rúbrica pare/mare/tutor-a]

[rúbrica representant legal]

El sanitari /La sanitària que du la menor:

– Es compromet a donar suport a la nina, a fer-li les revisions periòdiques dins el programa del nina i a acompanyar-la en benefici de la seva salut.

..... d de

El pediatre/La pediatra El metge/La metgessa

Si fan comptes viatjar, recordau que és important contactar amb sanitat exterior per actualitzar les vacunes i amb el seu centre de salut per a la revisió i les indicacions.

Annex 2

Model de compromís de no MGF durant un viatge al país d'origen (protocol nacional)

Des del centre de salut

CERTIFIC que, fins al moment, en els exàmens de salut que s'han fet a la nina les dades de la qual es consignen a continuació no s'ha detectat cap alteració en la integritat dels seus genitals.

Nom i llinatges de la nina	Data de naixement	País al qual viatja

Per això, inform els familiars/responsables de la nina sobre les circumstàncies següents:

- Els riscos sociosanitaris que representa la mutilació genital femenina.
- El marc legal de la mutilació genital femenina a Espanya, on aquesta intervenció es considera un delictes de lesions d'acord amb l'article 149.2 del Codi penal, encara que s'hagi fet fora del territori nacional, en els termes que preveu la Llei orgànica del poder judicial, modificada per la Llei orgànica 1/2014, de 13 de març.
- La pràctica de la mutilació genital es castiga amb pena de presó de 6 a 12 anys per als pares, tutors o guardadors, i amb pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, guarda o acolliment de 4 a 10 anys (els pares no podrien exercir la pàtria potestat ni tenir amb ells la seva filla, per la qual cosa l'entitat pública de protecció de menors corresponent podria assumir-ne la tutela, amb la qual cosa la nina podria ser acollida per una família o ingressar en un centre de protecció de menors).
- El compromís que, en tornar del viatge, la nina acudeixi a la consulta pediàtrica/mèdica del seu centre de salut perquè li facin un examen de salut en el marc del programa de salut infantil.
- La importància d'adoptar totes les mesures preventives relatives al viatge que li han recomanat els professionals de la salut des dels serveis sanitaris.

Per tot això,

- Declar que el professional sanitari responsable de la salut de la nina m'ha informat sobre els diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina especificats abans.
- Consider que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.
- Em comprometo a tenir cura de la salut de la menor de la qual som responsable i a evitar-ne la mutilació genital, així com acudir a revisió en tornar del viatge.

Perquè consti, llegesc i firm l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em qued una còpia.

....., d de 20.....

[Rúbrica mare/pare/ tutor/a o responsable de la nina]

[rúbrica professional sanitari]

Annex 3

Informe de lesions (protocol nacional)

L'informe de lesions és un document sanitari mitjançant el qual es trasllada a l'autoritat judicial el que el professional ha pogut saber.

La finalitat és assabentar de la possible existència d'un delictes, però no és una denúncia. Correspon a l'autoritat judicial delimitar els aspectes penals.

En un informe de lesions per MGF les dades d'interès varien alguna cosa respecte de les dades mínimes bàsiques que s'emplenen en un informe de lesions per un altre tipus de violència contra les dones.

A continuació, es detallen els camps de dades bàsiques comunes que ha de contenir qualsevol model d'informe de lesions sobre MGF.

Dades de la persona que va fer la mutilació

Relació de parentiu/víncle amb la nina (àvia/tia/una altra persona de la comunitat del país d'origen/
desconeguda)

- Nom i llinatges:
- Adreça i/o telèfon:

Dades de la nina

- Nom i llinatges:
- DNI/NIE/Passaport:
- Data de naixement: Edat:
- País d'origen (país de naixement o nacionalitat, especifiqueu-lo):
- Ètnia:
- Estat civil:
- Adreça: Municipi: CP:
- Telèfon:

Dades de filiació de la mare

- Nom i llinatges:
- DNI/NIE/Passaport:
- Data de naixement: Edat:
- País d'origen (país de naixement o nacionalitat, especifiqueu-lo):
- Ètnia:
- Estat civil:
- Adreça: Municipi: CP:
- Telèfon:

Dades de filiació del pare

- Nom i llinatges:
- DNI/NIE/Passaport:
- Data de naixement: Edat:
- País d'origen (país de naixement o nacionalitat, especifiqueu-lo):
- Ètnia:

Altres dades relatives a la mare

- Si té practicada una MGF:
- Tipus (I, II, III):
- Si té més filles (nre. i edats):

Nom i llinatges	Edat

Dades del personal facultatiu responsable de l'assistència

- Centre sanitari:
- Dades del / de la professional que l'emet: nom, llinatges i CNP

Full de notificació de risc i maltractament infantil des de l'àmbit sanitari

Aquest full pot servir de model per a la notificació a l'entitat pública de protecció de menors en cas que es constati que la nina ha estat sotmesa a l'MGF (a més d'elaborar l'informe de lesions corresponent que es trameta al jutjat).

Aquest full de notificació també s'ha d'emplenar en el cas que a la tornada del viatge se sospiti el fet però el pare o la mare es neguin a deixar que la nina passi la revisió mèdica corresponent.

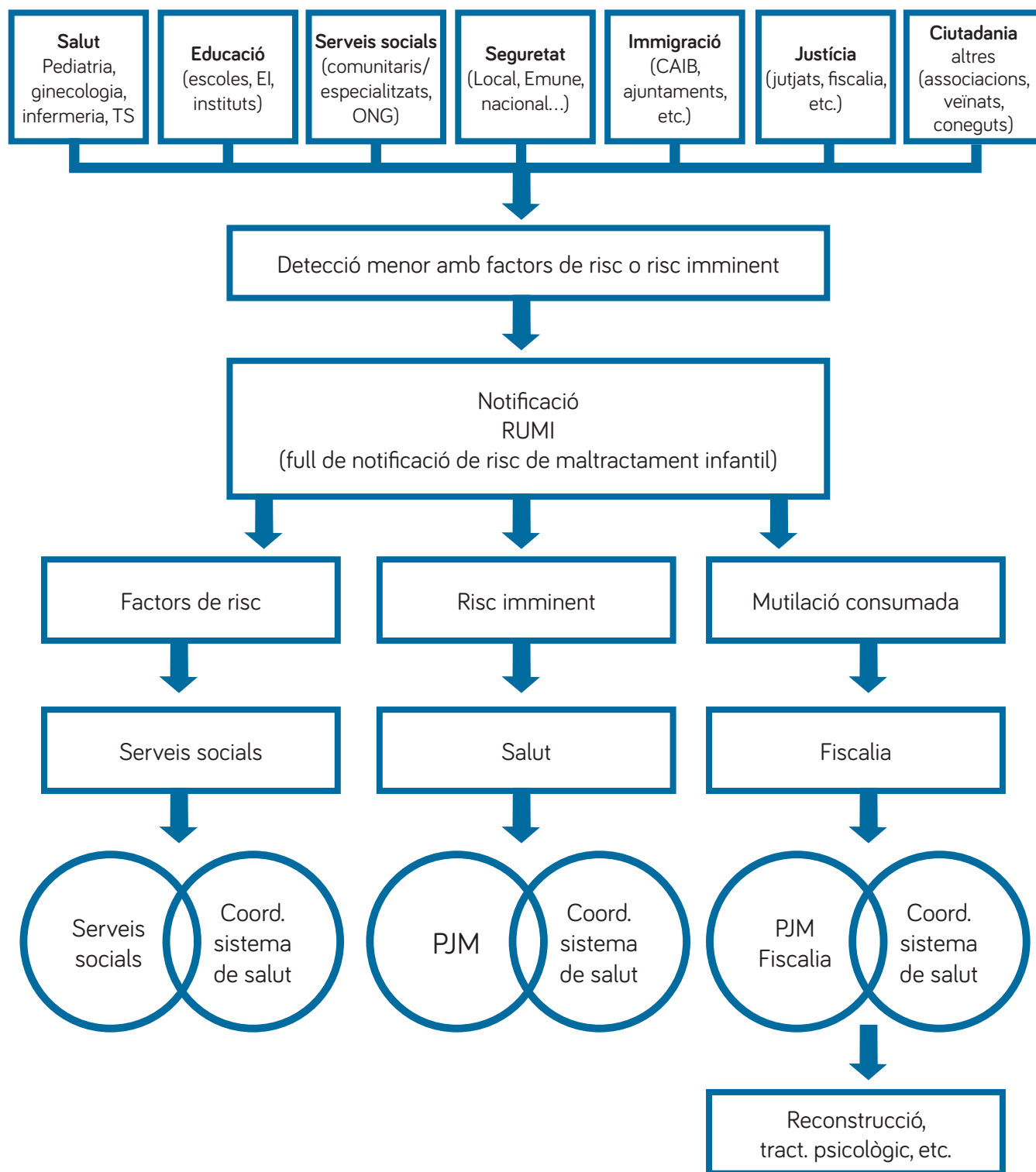
A continuació es facilita el model estandarditzat d'aquest full.

Precisament en l' apartat 16 s'inclouen la mutilació, l'ablació quirúrgica del clítoris, que, segons consta en el full, s'ha d'especificar en l'apartat "Altres símptomes o comentaris".

Contingut en el document: Maltractament infantil. Detecció, notificació i registre de casos de l'Observatori d'Infantesa. Grup de treball sobre maltractament infantil. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. [Consulta: maig 2014] [En línia] <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

Annex 4

Circuit de notificació de maltractament infantil



En l'adreça següent hi ha els fulls de notificació segons l'àmbit des d'on s'emplenen (serveis socials, sanitat o educació) RUMI

<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST1685ZI104865&id=104865>

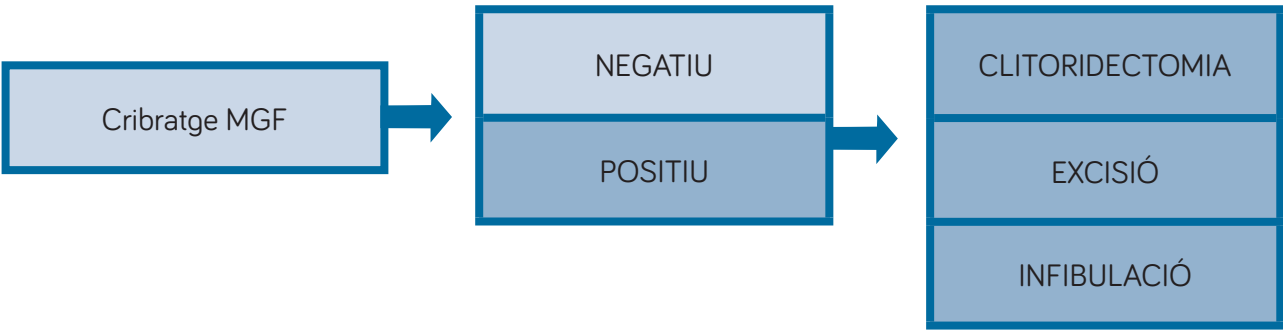
Annex 5

Registre a la història clínica

En el catàleg de diagnòstics de CIM-9 apareix com:

- mutilació genital femenina
- mutilació genital femenina I
- mutilació genital femenina II
- mutilació genital femenina III
- mutilació genital femenina IV

En el cas d'una dona embarassada apareix en el protocol de seguiment de l'embaràs com



Clitoridectomia equival a mutilació tipus I

Excisió equival a mutilació tipus II

Infibulació equival a mutilació tipus III

Annex 6

Tècnica de la desinfibulació (protocol nacional)

Abans de fer-la, cal tenir en compte tot el que s'ha indicat abans per a qualsevol tipus de cirurgia reparadora així com rebre la dona de manera càlida i recordar-li els beneficis derivats de la intervenció. La intervenció es pot fer amb anestèsia local però en molts casos, sobretot quan es fa abans de la gestació, la dona pot no tolerar-ho perquè li desencadena records dolorosos, per la qual cosa pot arribar a necessitar anestèsia general.

Si es fa la desinfibulació durant el part, l'anestèsia més convenient i segura per a la mare i el nadó és l'epidural.

Després de fer un rentat acurat dels genitals amb antisèptic (no s'han d'utilitzar antisèptics iodats en dones embarassades), s'ha d'explorar acuradament i suaument amb un dit sota la cicatriu per valorar-ne l'extensió i la zona en què s'ha d'infiltrar en cas d'utilitzar anestèsia local (figura 1).

S'ha d'infiltrar anestèsia local amb una agulla fina a 45 °, i injectar petites dosis sota la pell a ambdós costats de la cicatriu de la infibulació en forma de ventall (figura 2).

Posteriorment, s'ha d'infiltrar anestèsia en el teixit gruixut a ambdós costats de la cicatriu, en sentit longitudinal i utilitzant una agulla IM amb una inclinació de 45 °.

Per a la incisió, s'ha d'inserir el dit índex (o l'índex i el d'enmig) de la mà esquerra a través de l'introit vaginal en direcció al pubis. S'han d'emprar unes tisores per tallar al llarg de la línia mitjana, sobre la cicatriu, fins que la uretra sigui visible .

Gràfica: tècnica de la desinfibulació



Figura 1:
Explorar amb un dit
davall la cicatriu.

Figura 2:
Infiltrar anestèsia local a cada
costat de la cicatriu.

Figura 3:
Tallar al llarg de la
línia mitjana.

Font: Metges Mundi (Andalusia). Guia "Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención" 2009

S'ha d'extremar la cura en aquesta zona a causa de la hipersensibilitat del clítoris a estímuls.

No s'ha de tallar més enllà de l'exposició de la uretra perquè aquesta zona és molt hemorràgica.

Posteriorment, s'han de suturar ambdós costats de la infibulació de manera separada. S'han d'utilitzar sutures fines i atraumàtiques de tipus absorbible.

La cirurgia reparadora o la desinfibulació no s'ha fet abans del part

En aquesta situació la dona, a més de la incertesa usual que ocasiona el part, pot sentir augmentats els seus temors si pensa que els professionals de la salut no tenen els coneixements necessaris per atendre-la adequadament (cesàries innecessàries, etc.).

Se li han d'explicar detalladament la necessitat de la intervenció, la tècnica, així com les conseqüències positives que tindrà per al desenvolupament del part, la salut del nadó i la mateixa salut de la dona.

Després d'aquestes explicacions, se n'ha d'obtenir el consentiment informat. És molt important atendre adequadament les necessitats d'analgèsia durant el procés del part, així com limitar el nombre d'exploracions per no provocar dolor.

En la primera fase del part, el maneig ha de ser l'habitual. S'han de planificar acuradament, amb els professionals implicats, les passes i actuacions necessàries per fer la desinfibulació.

S'ha d'explicar que NO es farà la infibulació després del part.

La tècnica de la desinfibulació s'ha de fer com més aviat millor, una vegada detectat el problema, després de l'ingrés hospitalari de la gestant.

En el cas que ens trobem en la fase d'expulsiu, és recomanable fer la incisió durant una contracció.

En cas que la partera no tengui analgèsia epidural, s'ha de valorar la infiltració amb anestèsic local després de l'avaluació del teixit cicatricial. El bloqueig de púdics pot suplir posteriorment l'analgèsia.

Durant l'expulsiu, s'ha de fer l'episiotomia anterior.

L'episiotomia mitjana lateral s'ha de fer només quan sigui necessari.

En assistència al part a dones que hagin patit mutilacions genitals dels tipus I i II, s'ha de valorar l'elasticitat dels teixits i plantejar l'episiotomia mitjana lateral només en els casos necessaris, NO de manera sistemàtica.

Després del part, s'ha de suturar l'episiotomia anterior i deixar el clítoris (o les restes) cobert amb pell. S'han de suturar ambdós costats de la infibulació de manera separada, així com els possibles esquínços que s'hagin pogut produir durant l'expulsiu, amb sutures fines i atraumàtiques de tipus absorbible.

Així mateix, s'ha d'insistir en el suport emocional i psicològic a aquestes dones i cobrir-ne les necessitats analgèsiques.

Se sap que la morbiditat fetal —asfíxia perinatal i traumes obstètrics— augmenta en les dones sotmeses a MGF, per la qual cosa el control del benestar fetal ha de ser rigorós.

A més, en els casos en què l'expulsiu es perllongui a causa de les condicions específiques del perineu i/o per les intervencions necessàries, cal disposar dels mitjans necessaris perquè aquesta situació no afecti la salut del fetus.

15. BIBLIOGRAFIA

MINISTERI DE SANITAT, SERVEIS SOCIALS I IGUALTAT. Protocol comú per a l'actuació sanitària davant de la mutilació genital femenina (MGF), 2015.

MINISTERI DE SANITAT, SERVEIS SOCIALS I IGUALTAT. DELEGACIÓ DEL GOVERN PER A LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE. La mutilació genital femenina a Espanya, 2014.

GOVERN D'ARAGÓ. Protocol per a la prevenció i actuació davant de la mutilació genital femenina a Aragó, 2016.

GOVERN DE NAVARRA. Protocol per a la prevenció i actuació davant de la mutilació genital femenina a Navarra, 2013

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT D'ACCIÓ SOCIAL I CIUTADANIA. SECRETARIA PER A LA IMMIGRACIÓ. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina, 2007.

METGES DEL MÓN. Diagnòstic sobre mutilació genital femenina a Mallorca, 2014.

CONFEDERACIÓ NACIONAL DONES EN IGUALTAT. Manual de prevenció de la mutilació genital femenina. Bones pràctiques, 2014.

UNIÓ D'ASSOCIACIONS FAMILIARS (UNAF). Guia per a professionals. L'MGF a Espanya. Prevenció i intervenció, 2013.

KAPLAN, A.; LÓPEZ, A. Mapa de la mutilació genital femenina a Espanya 2012 Antropologia Aplicada 2. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 2013.

GOVERN DE LES ILLES BALEARS. DIRECCIÓ GENERAL DE FAMÍLIA, BENESTAR SOCIAL I ATENCIÓ A PERSONES EN SITUACIÓ ESPECIAL. Protocol marc interdisciplinari d'actuacions en casos de maltractament infantil a les Illes Balears, 2009.

Pàgines web:

FUNDACIÓ WASSU-UAB. <<http://www.mgf.uab.cat/esp/mgf.html>>

AMNISTIA INTERNACIONAL

<[https://www.es.amnesty.org/buscador/?q=MGF&tx_solr\[sort\]=relevance+desc](https://www.es.amnesty.org/buscador/?q=MGF&tx_solr[sort]=relevance+desc)>



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ