

Diagnòstic sobre Mutilació Genital Femenina a Mallorca

Setembre 2014



Diagnòstic sobre Mutilació Genital Femenina a Mallorca

1. INTRODUCCIÓ	3
1.1. El paper de Metges del Món	
1.2. Què és la Mutilació Genital Femenina (MGF)?	
1.2. Breu història de la MGF	
1.3 Com afecta a les nines i dones la pràctica de la MGF?	
1.4 A quins països es practica la MGF?	
2. OBJECTIUS DEL DIAGNÒSTIC	13
3. METODOLOGIA	13
3.1 Per a identificar zones amb major risc d'incidència	
3.2 Per a descriure els coneixements i actituds dels professionals	
3.3 Per a conèixer la percepció dels actors implicats	
4. RESULTATS	17
4.1 Per a identificar zones amb major risc d'incidència	
4.2 Per a descriure els coneixements i actituds dels professionals	
4.3 Per a conèixer la percepció dels actors implicats	
4.3.1. Professionals sociosanitaris (titulars de responsabilitats)	
4.3.2. Representants polítics (titulars d'obligacions)	
4.3.3. Persones migrades de zones on es practica la MGF (titulars de drets)	
5. DISCUSSIÓ DELS RESULTATS I CONCLUSIONS DEL DIAGNÒSTIC	29
6. AGRAÏMENTS	33

“Estar mutilada es llevar a una dona una cosa molt important que és part de la seva vida, de la seva sexualitat”

(Testimoni d'un home africà al Documental 'Bref')

1. INTRODUCCIÓ

L'augment dels fluxes migratoris ha fet que coneixerem fa poc més d'una dècada al nostre país i al nostre entorn immediat, les Illes Balears, la pràctica de la mutilació genital femenina (MGF). Aquesta pràctica forma part de les costums i cultures ancestrals d'algunes ètnies africanes, majoritàriament subsaharianes. La MGF constitueix una violència de gènere i una taxant violació dels drets humans de les dones. La tolerància i el respecte a la identitat cultural de les persones migrants té com a límit el respecte dels drets fonamentals. Des de la nostra comunitat hem de visibilitzar i lluitar contra la MGF per que afecta o pot afectar a cents de nines que viuen, estudien i treballen aquí, amb els mateixos drets de protecció que ens emparen tots i totes. A les illes, d'acord a l'últim diagnòstic d'Adriana Kaplan hi ha més de 900 nines en perill de ser mutilades.

Aquest diagnòstic pretén realitzar un estudi demogràfic per identificar el nombre de nines en perill de que se lis practiqui una MGF i per una altra banda, esbrinar el nivell de coneixement i abordatge que tenen els i les professionals de la salut i representants institucionals en relació a la MGF, així com obtenir la percepció que tenen les persones migrants dels països on es realitza aquesta pràctica.

El diagnòstic és indispensable per conèixer la magnitud del problema, així com els recursos humans del nostre entorn. D'aquest estudi es desprendrà la necessitat o no de realitzar protocols d'actuació per a prevenir i eradicar la MGF de les nostres illes.

1.1 El paper de Metges del Món

Des de Médicos del Mundo (MDM), en els últims anys, s'han desenvolupat diversos projectes en distintes zones del territori espanyol (principalment a Aragó, Catalunya i Navarra), dirigits a canviar la situació en què es troben les dones en risc de sofrir la mutilació genital femenina (MGF) que resideixen en el nostre país. La principal finalitat d'aquestes accions és la sensibilització i formació del col·lectiu diana, mantenint sempre el respecte per la seva identitat cultural.

En aquestes seus de MDM, des del 2007, s'organitzen tallers i grups de debat amb dones subsaharianes amb temàtiques diverses com són: la sexualitat, el gènere i l'apoderament de les dones, entre d'altres. Per una altra banda, es cerca sensibilitzar a professionals sociosanitaris, de l'Educació i la Justícia sobre la realitat d'una gran part de la població d'aquests països i s'han organitzat formacions i taules de feina amb coordinació interdisciplinària. També s'ha promogut la coordinació amb líders comunitaris i religiosos, així com amb associacions d'immigrants al nostre territori, ja que la figura del home no s'ha d'oblidar. Són figures de referència per a moltes d'aquestes dones i el seu posicionament front la MGF a vegades és decisiu.

En tot aquest recorregut no ens hem oblidat de la importància de conscienciar i sensibilitzar a la població general mitjançant xerrades informatives, projeccions de documentals com el "Bref", xerrades informatives a joves i exposicions com "Un viatge amb compromís: el valor de la prevenció a la lluita contra la MGF".

Amb aquest diagnòstic de Mallorca es pretén realitzar un estudi demogràfic per identificar el nombre de nines en risc de que se'ls practiqui la mutilació genital femenina i, per una altra banda, descriure el coneixement i abordatge que tenen els i les professionals de la salut i representants institucionals sobre la MGF, així com la percepció que tenen les persones immigrants dels països on es practica. El diagnòstic es indispensable per conèixer la magnitud del problema així com els recursos humans del nostre entorn. D'aquest informe es desprendrà la necessitat o no de realitzar protocols d'actuació per a prevenir i eradicar la MGF de la nostra illa.

1.2 Què és la Mutilació Genital Femenina?

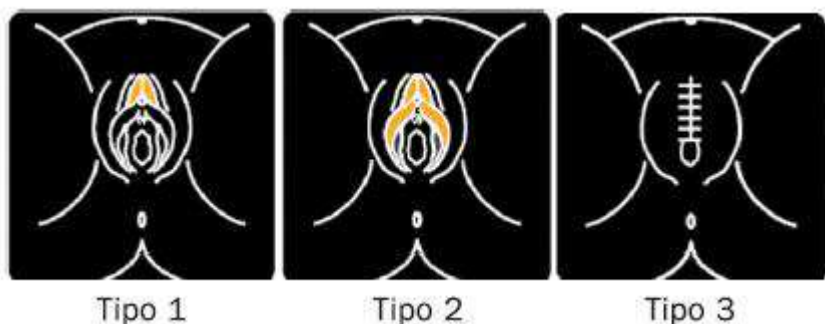
La mutilació genital femenina (MGF) és una antiga pràctica mil·lenària estesa entre diferents pobles i/o grups ètnics d'Àfrica i Àsia. Consisteix en l'amputació total o parcial dels òrgans genitals femenins externs, el que implica una violació dels drets humans de les dones i nines i suposa un greu perill per a la seva salut.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la MGF compren tots els procediments que, de forma intencional i per motius no mèdics, alteren o lesionen els òrgans genitals femenins.

Tipus de mutilacions genitals femenines

La OMS classifica la MGF en quatre tipus dependent de la seva severitat (veure imatge 1).

- Tipus I: Resecció parcial o total del clítoris i/o del prepuci (clitoridectomia).
- Tipus II: Resecció parcial o total del clítoris i els llavis menors amb o sense excisió dels llavis majors (excisió).
- Tipus III: Estrenyiment de l'obertura vaginal per a crear un segell mitjançant el cort i la reubicació dels llavis menors i majors amb o sense reseció del clítoris.
- Tipus IV: Tots els demàs procediments lesius dels genitals externs amb finalitats no mèdiques, com perforació, incisió, raspat o cauterització de la zona.



Imatge 1 – Tipus de MGF

Per què s'ha de dir mutilació genital femenina i no utilitzar altres termes?

Existeixen nombroses maneres a la literatura per referir-se a la pràctica que en aquest diagnòstic anomenen mutilació genital femenina: circumcisió, ablació, escissió, cirurgia,...

Entre les raons donades per a l'ús d'aquests termes està el respecte a les dones que la sofreixen, evitar estigmatitzacions i prejudicis culturals i impedir la apropiació indeguda o l'*occidentalització* terminològica. El rebuig que pot causar en aquelles societats i persones on es practica pot suposar un detriment per a la lluita i futura eradicació.

No obstant això, la utilització d'aquests termes s'ha vist desafiada conceptualment. Des de posicions emmarcades dins dels drets humans s'ha efectuat un canvi conceptual cap al terme **MGF** per tal de desmarcar-se clarament de la circumcisió masculina i emfatitzar una connotació més negativa que expressi amb major amplitud l'amenaça, el risc, el dolor i sofriment que s'infringeix a les dones i nines, a més de les greus conseqüències físiques i psicològiques a curt i llarg termini.

El terme **MGF** es va encunyar als anys 70 i començà a guanyar partidaris a partir de 1990 quan va ésser adoptat pel Comitè Inter-africà i referendat el 2005 com el més apropiat. La OMS recomanà al 1991 que Nacions Unides adoptés aquest terme i posteriorment, diverses organitzacions de Nacions Unides l'utilitzaren en diverses declaracions del 1996 i del 2008.

Encara que avui dia el terme MGF ha assolit un ampli consens a nivell internacional, algunes organitzacions s'han vist obligades a utilitzar l'expressió Mutilació Genital Femenina /Escissió degut a la creixent insatisfacció de la implicació negativa que arrossega la paraula mutilació al fer feina amb comunitats que la practiquen.

Quan es parla amb persones subsaharianes sobre la MGF entendran millor el concepte si es parla del "tall" que se'ls fa a les nines o de si les dones estan "tallades".

1.3 Breu història de la mutilació genital femenina

Però, quin va esser l'origen d'aquestes pràctiques?

Tot hi que hi existeixen varies teories sobre l'origen de la mutilació genital femenina, no es sap a ciència certa com o per què es va iniciar.

“No era una pràctica habitual a l'Antic Egipte. No s'han trobat evidències físiques en mòmies i tampoc figura registrada a obres d'art o papirs de l'època. Es probable que s'hagi originat a l'Àfrica subsahariana i que fos adaptada a l'Egipte més tard” (Salima Ikram, professora d'Egiptologia de la Universitat Nord-americana del Cairo). Històricament, la primera menció a la circumcisió masculina i femenina apareix en els escrits del geògraf grec Strabo, que va visitar Egipte al voltant de l'any 25AC.

Un papir grec datat l'any 163AC menciona l'operació que es realitzava a les nines en Memphis, Egipte, a l'edat en la qual rebien la seva dot, el que recolza l'idea de que la MGF s'originà com una forma d'iniciació per a les dones joves.

Vist com una deformitat i un motiu de vergonya, el clítoris generava irritació pel frec continu contra les robes, el que estimulava les ganes per les relacions sexuals.

Davant aquesta situació, els egipcis consideraven adequat extirpar-lo abans que les nines es fessin massa grans, “especialment quan estaven a punt de contraure matrimoni”, va escriure Aetios a la seva obra “Ginecologia i Obstetrícia del Segle VI DC”.

Segons la historiadora nord-americana Mary Knight, autora de l'article “Tall curatiu o mutilació ritual? Algunes conjetures sobre la pràctica de la circumcisió masculina i femenina en l'Egipte grecoromà”, les motivacions mèdiques probablement estaven barrejades amb raons rituals, morals i socials en favor de la continuació d'una pràctica que inicialment va ser estretament efectuada i els motius originals de la qual probablement foren oblidats fa molt de temps.

Molt temps després, concretament en el segle XIX, els ginecòlegs d'Anglaterra i dels Estats Units realitzaven clitoridectomies per tractar diferents símptomes psicològics, com per exemple "la masturbació i la nimfomania".

Només en els últims temps la mutilació genital femenina ha estat reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans de les dones i nines.

Suècia va esser el primer país d'occident en prohibir la mutilació genital femenina, seguit en 1985 pel Regne Unit. En els Estats Units es va il·legalitzar al 1997, el mateix any en què l'OMS va llançar una declaració conjunta amb UNICEF i l'UNFPA contra aquesta pràctica. Actualment, la MGF és considerada un crim a la gran majoria de països.

El titular de l'Organització de Cooperació Islàmica també va cridar a abolir la MGF.

"Aquesta pràctica és un ritual que ha sobreviscut a la llarg dels segles i que ha de ser detinguda. El Islam no li dona suport", va manifestar el secretari general Ekmeleddin Ihsanoglu a la quarta conferència de l'organització intergovernamental sobre el rol de la dona en els països en desenvolupament, celebrada en Yakarta, Indonèsia.



En la següent taula s'enquadren alguns dels mites i argumentacions utilitzats per mantenir aquesta pràctica (*Taula1*)

ALGUNES ARGUMENTACIONS / MITES PER A DEFENSAR LA MGF	
Contaminació de la llet materna	La MGF incrementa el plaer del marit
El prepuci és la part femenina de l'home i el clitoris la part masculina de la dona, han de ser eliminats per a mantenir l'equilibri	La MGF és una prescripció religiosa
En el prepuci i en el clitoris habita el "wanzo", un esperit que impedeix la fecunditat	Sempre ha estat així, és una tradició important
El clitoris és un òrgan maligne que pot danyar al bebè durant el part de diferents maneres (sordesa, discapacitat mental,...)	La MGF protegeix l'honor de la dona i de la família
El clitoris pot enverinar el penis de l'home	La MGF evita el VIH / SIDA
La MGF facilita l'embaràs i el part	La MGF evita que el clitoris creixi sense control
La MGF evita la bogeria de la dona	La MGF mostra la fortalesa i la bona condició de la jove que va a ser casada
La MGF evita que la dona adulta es torni en ninfòmana	La MGF disciplina a les dones i evita que estiguin descontrolades, rompen utensilis, siguin vagues.
La dona no mutilada perd la capacitat i instint per a criar nins i nines	Si els homes han de ser circumcidats, les dones també.

Taula 1 – Argumentacions i mites sobre la MGF

1.4 Com afecta a les nines i dones la pràctica de la mutilació genital femenina?

“La mutilació genital no només és una manipulació i tall de teixits corporals, és un dany tan profund, que envaeix tot. És un mal que arriba per quedar-se.” (UNICEF 2014 – Cumbre de la Niña: unidos contra la mutilación genital femenina)

Les conseqüències de la MGF per a la salut de las nines i dones depèn del tipus i condicions de la intervenció que lis han practicat.

Si es té en compte el tipus de MGF les conseqüències a curt, mig o llarg termini són:

- MGF tipus I i tipus II: afecta sobretot a la sexualitat femenina: la falta de desig sexual, dispaureunia, falta de lubricació, falta de excitació, vaginisme i anorgàsmia.
- MGF tipus III: infeccions urinàries i vaginals, alteracions menstruals, dificultats obstètriques, fístules, queloides que poden dur a la mort a més dels danys

mentenats al tipus I i II.

- Tot tipus de MGF és lesiva per a la dona, però les de tipus II i III són més violentes i agressives i, per tant, tenen pitjors conseqüències per a les dones.
- A més de tot el que s'ha exposat, està la por i/o pànic que poden tenir respecte als seus òrgans genitals, que pot acompanyar-les al llarg de tota la vida.

Degut a les condicions en les quals es realitza la MGF relacionades amb la falta d'esterilitat del material utilitzat, amb la persona que la realitza o amb el lloc on es fa, es poden produir infeccions, hemorràgies, dolor i disfuncions que podrien dur a la mort. A la següent taula es mostren les complicacions més habituals (*Taula 2*)

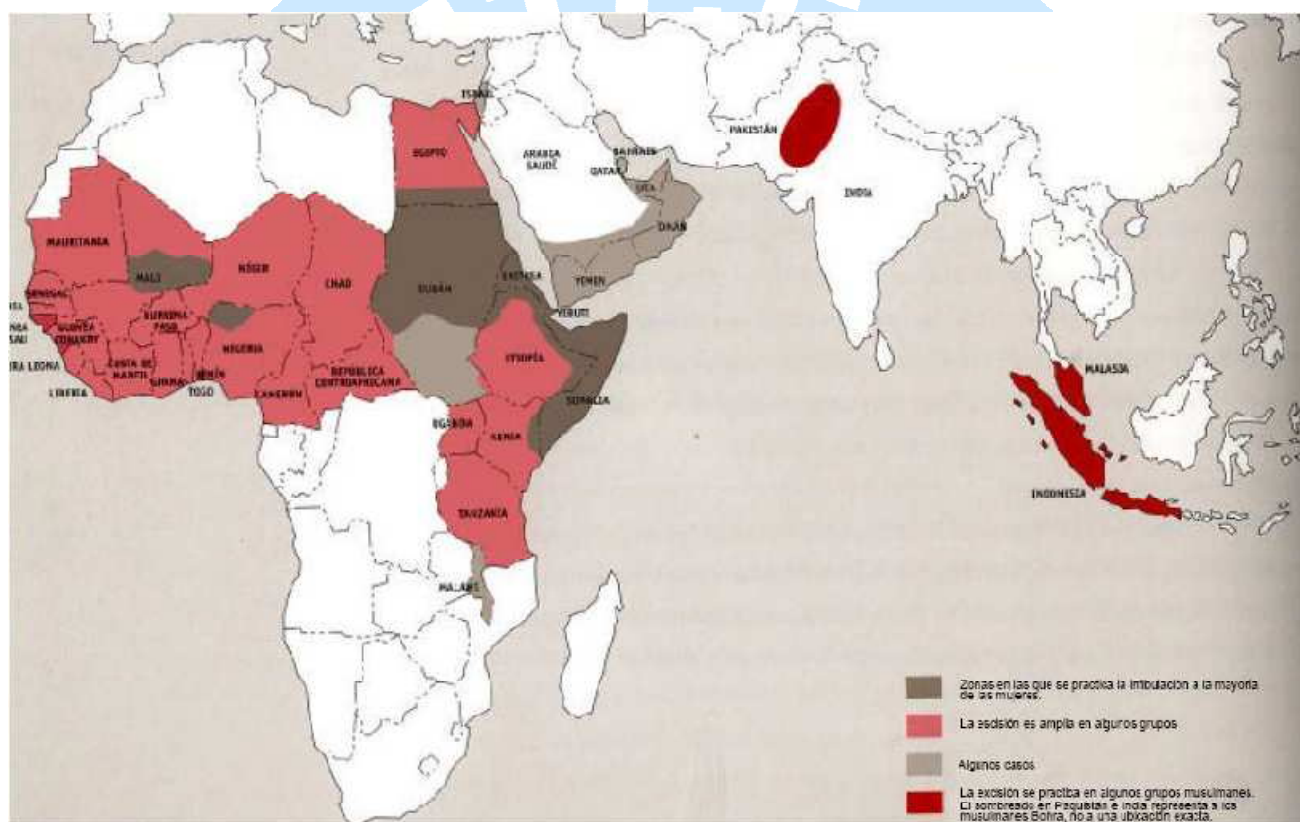
COMPLICACIONS ASSOCIADES A LA PRÀCTICA DE LA MGF	
Complicacions Agudes (amb risc vital)	Complicacions a Llarg Plaç
Hemorràgia	<u>Genitourinàries</u> : insuficiència renal, incontinència urinària, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis i inflamació pelvis
Dolor intens	
Infecció a la ferida	
Sèpsies / gangrena	<u>Sexuals</u> : estenosis introit vaginal, disparèunia, disminució apetit sexual, anorgàsmia, modificació de la sensibilitat sexual, vivències anòmales de la sexualitat
Xoc	
Retenció urinària	
Tètanus	<u>Reproductives</u> : infertilitat
Estrés Traumàtic	<u>Obstètriques</u> : dificultat al treball de part, esquinçaments de fístules, sofriment fetal
Complicacions subagudes	<u>Salut Mental</u> : sentiments de humiliació, vergonya, terrors nocturns, trastorns d'ansietat i depressió
Contagi hepatitis B i C	
Contagi VIH	
Infeccions urinàries de repetició	Cicatrització anòmala: queloides, cistes dermoides, neuromes
Retràs de creixement en nines amb un dèficit nutricional de base	
Abscessos, úlceres i escarificacions	
Retràs a la cicatrització	
Por, angustia, estrés	

Taula 2 – Complicacions associades a la pràctica de la MGF

1.5 En què països es realitza la mutilació genital femenina?

La MGF es realitza principalment en uns 28 països d'Àfrica subsahariana i alguns països d'orient mitjà com Egipte, Oman, Iemen i Emirats Àrabs. També hi ha països asiàtics com Indonèsia o zones musulmanes de Pakistan i la India (veure imatge 2).

S'ha de tenir en compte que la MGF la realitzen determinades ètnies africanes. Dins d'un mateix país hi ha ètnies que mai l'han practicat com els wolof, serer, ndiango,... i altres que sempre la practiquen com els sarahule, djola, mandinga, fulbé, soninke, bàmbara o els dogon.



Imatge 2 – Països als que es practica la MGF

L'ètnia Mandinga (present en diversos països d'Àfrica occidental: Gambia, Guinea, Senegal, Mali, Sierra Lleona, Libèria, etc.) o la ètnia Dogon (Mali) sí que practiquen la MGF, en canvi altres ètnies com els Serer (Senegal, Gambia) o els Wolof (presentes en Senegal, Gambia y Mauritània) no la practiquen.

A continuació es presenta la taula 3 amb la prevalença estimada de la pràctica de la Mutilació Genital Femenina a Àfrica obtinguda de dades que procedeixen d'enquestes nacionals i dades de la Organització Mundial de la Salut:

PREVALÈNÇA PER PAÏSOS SEGONS ÈTNIA I ZONA GEOGRÀFICA QUE REALITZEN LA MGF

PAÍS	PREVALÈNÇA ESTIMADA	ZONA GEOGRÀFICA / ÈTNIA / RELIGIÓ
Benín	16.8% (2001)	Majorment al 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
Chat	44.9% (2004)	Elevada prevalença en les ètnies Banda i Mandija
Costa de Marfil	41.7% (2005)	Prevalença en grups animistes i musulmans: Malinké, Foula, Bambara i Dioula. També en alguns membres dels Senuofo, Tagwana, Djimini, Lobi, Birifor, Koulango, Dan, Yacouba, Toura i Gouro
República Democràtica del Congo	5%	Grups ètnics del nord
Djibouti	93.1% (2006)	Afars e Issa realitzen el tipus III, en canvi que els Yemeni realitzen el tipus II
Egipte	95.8% (2005)	Practicat per cristians coptes i musulmans de la majoria de grups ètnics
Eritrea	88.7% (2002)	Tots els grups ètnics i religiosos la practiquen
Etiòpia	74.3% (2005)	Tipus I: Amharas, Tigrayans i musulmans Jeberti de Tigray. Tipus II: Gurages, alguns Tigrayans, Oromos i Shankilas. Tipus III: Afar, Somalísi i Harare. Tipus IV: En Gojam. No practiquen la MGF els Bengas de Wellga, els Azezo, els Dorze, els Bonke, els Shama i alguns grups en Godole, Konso i Gojam.
Gambia	78.3% (2005)	Tipus II: Mandingues, Hausas, Jolas i Sarahulis Tipus III: Fulas i Bàmbaras. No la practiquen: Wolofs, Akus, Serenes i Manjangos
Ghana	3.8% (2005)	Sobre tot 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)	Fulas, Mandinkas i Peuls.
Kenia	32.2% (2003)	Practicada per 30 dels 40 grups ètnics de Kènia. No realitzen MGF els Luos del oest ni a los Luhyas. Entre els Kisii la prevalència és del 97% i entre els Masai del 89%
Libèria	45% (2007)	Mande, Gola i Kisii. No realitzada per els Kru, Grebo o Krahn, per els Amèric-liberians ni pels musulmans Mandingos.
Mali	91.6% (2001)	La majoria dels grups practiquen alguna forma de MGF. No es practicada per les poblacions Songhai, Tuaregs, ni Moor. La prevalença és molt baixa en el 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 quasi tots els grups ètnics i religions. La pràctica oscil·la entre un 90% en Benue i Ondo i un 0-1% en Yobe. No es realitzada pels Fulanis.
Senegal	28.2% (2005)	No es realitzada pels Wolofs ni els Serere, les ètnia majoritàries del país.
Sierra Leone	94% (2005)	Tots els grups ètnics i religiosos, excepte els Krios.
Somàlia	97.9% (2005)	La majoria de grups ètnics. En el 80% de casos es realitza el tipus III
Sudan (Nord)	90% (2000)	87% a zones urbanes. 91% a zones rurals. Sobre tot el tipus III
Tanzania	17.9% (1996)	Oscil·la entre 2,9% als Mtwara i el 81,4% als Arusha
Togo	5.8% (2005)	Oscil·la entre un 12% entre els Gourma i un 85 – 98% entre els Cotocoli, Tchamba, Mossi, Yanga i Peul. Dos dels grups majoritaris (Adja-Exw i Akposso – Akepbou) no la practiquen.
Uganda	0.6% (2006)	
Yemen	23% (1997)	Sobre tot a la costa.

Taula 3 – Prevalença per països segons ètnia i zona geogràfica que realitzen la MGF

La MGF és una pràctica naturalitzada en alguns pobles, transmesa de generació en generació amb la creença profunda de ser bona per a la vida de les dones i els homes. En determinades ètnies, si una dona no es fa la MGF, no serà admesa ni rebuda per a casar-se. El matrimoni, la família i els fills són segurament els objectius primordials de les dones. La formació de la pròpia família és la fulla de ruta que realitzen la majoria de les dones i homes. La identitat de pertinença a un grup dóna orgull i raó de ser a les persones, especialment quan estan fora del seu entorn natural com les persones immigrants. En altres ocasions és un ritual de transició de nina a dona. Les dones senten com una obligació valuosa transmetre la MGF a les seves filles i a les filles de les seves filles. És per a elles una costum sagrada que no desitgen veure manipulada ni mal tractada per estranys.

Bibliografia:

- Informe diagnóstico de MGF de MdM Madrid
- Informe diagnóstico de MGF de MdM Euskadi.
- OMS Nota descriptiva N°241. Centro de prensa.
- La MGF en España. Prevención e intervención. UNAF

- Lorenzi, R. (2013) 'Análisis de MGF' publicado en Discoveri
- Kaplan, A. (2006): 'Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria' Universidad Autónoma de Cataluña.
- Kaplan, A. y López, A. (2013). 'Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012' Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, en prensa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008): 'Eliminating Female Genital Mutilation' Joint Statement
- UNICEF(2014): "Cumbre de la niña". Gran Bretaña
- Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad. (2014) "Manual de Prevención MGF"
- OMS (1998). "Female Genital Mutilation. An Overview". Ginebra
- Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues; Office of the Under Secretary for Global Affairs (2001). "Prevalence of the Practice of Female Genital Mutilation, laws prohibiting FGM and their enforcement: recommendations on how to best work to eliminate FGM. US Department of State
- OMS (2008). "Eliminating Female genital Mutilation. An Integracy Statement.". OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
- Medicus Mundi Andaluacía (2008). "Mutilación genital femenina – más que un problema de salud". Granada



2 OBJECTIUS DEL DIAGNÒSTIC:

- 1) Identificar les zones bàsiques de salut de Mallorca que tenen més risc de incidència de mutilació genital femenina.
- 2) Descriure els coneixements, el interès i les actituds dels professionals d'atenció primària de Mallorca respecte a la mutilació genital femenina.
- 3) Explorar la percepció que tenen al voltant de la mutilació genital femenina professionals, persones immigrants i responsables polítics.

3 MÈTODES:

3.1 Per a identificar zones amb major risc d'incidència (objectiu 1):

Variables i fonts d'informació:

Realitzar un seguiment estadístic de la població immigrant resulta complicat, donada la seva mobilitat i, particularment, quan es troben en situació irregular. Segons la font i la variable sempre hi ha alguna variabilitat. Per exemple, al 2013 hi havia segons el padró, 27.824 persones a Mallorca nascudes a l'Àfrica, mentre que a la base de targeta sanitària hi havia 30.145. Considerant això, i tenint en compte que per detectar zones d'actuació de l'àmbit sanitari es millor utilitzar la zonificació del mateix sistema sanitari (zones bàsiques de salut), per aquest estudi s'utilitzarà com a font d'informació la base de dades de targeta sanitària de l'IBSalut.

Es van sol·licitar les dades de població subsahariana per grups d'edat i sexe amb targeta sanitària individual del IBSalut per zona bàsica de salut (ZBS), població oficial a ú de gener del 2013. Per a contrastar la validesa de les dades després de l'aplicació del Real Decret 16/2012 que recollia l'exclusió sanitària de les persones immigrades en situació irregular, es van comparar amb les dades de targeta sanitària per a 2012 (abans de l'aplicació del decret).

Es va realitzar un anàlisi per ZBS, identificant aquells centres que tenien més de 10 dones subsaharianes menors de 14 anys com a zones on potencialment podria haver més risc d'incidència de mutilació genital femenina.

3.2 Per a descriure els coneixements i actituds dels professionals (objectiu 2):

Disseny: Estudi transversal descriptiu.

Àmbit: Atenció primària de Mallorca.

Població: Professionals d'atenció primària que tenen més possibilitats d'intervenir en la prevenció de la mutilació genital femenina. Es varen considerar els següents rols: ginecòleg/a, pediatra, comare, infermer/a de pediatria i ginecologia, treballador/a social i mediador/a intercultural. El qüestionari es va enviar a tots aquests professionals.

Recollida d'informació: La recollida d'informació es va fer mitjançant un qüestionari anònim autoadministrat distribuït on-line per correu electrònic, i sostingut mitjançant una eina de Google per facilitar l'anonimat. El qüestionari empleat és el mateix que ja s'ha empleat en estudis similars realitzats per Metges del Món a Aragó, Catalunya i Madrid, perquè les dades siguin comparables. Totes les preguntes són de resposta tancada.

Variables:

Les preguntes es poden trobar a l'annex. Les variables són les següents:

Coneixements sobre la MGF:

- Definició
- Fonts d'informació
- Països on es practica
- Raons de pràctica

Necessitats formatives en MGF:

- Interès en el tema
- Necessitat de formació específica en el tema
- Necessitats de protocols/guies d'actuació

Actituds davant la MGF:

- Actuacions davant un cas de MGF (Ignorar, educar, denunciar, derivar).

Experiència en MGF:

- Experiència en formació en MGF
- Detecció de casos de MGF

Edat, Sexe, Especialitat, zona bàsica de salut.

Pla d'anàlisi:

Es realitzà un anàlisi descriptiu de totes les variables. També es va explorar la relació del gènere, l'edat i l'especialitat envers al coneixement, el interès i les actituds respecte a la MGF, mitjançant la prova del ji quadrat.

Limitacions:

La principal limitació de l'estudi és la taxa de resposta. Els Qüestionaris on-line solen tenir taxes de resposta molt variables, entre el 30 y el 70%. A banda tenen l'avantatge que són fàcils i eficients en la seva aplicació. Són particularment aconsellats quan es tracta de qüestionaris breus, que necessitin de l'anonimat, que es puguin respondre de manera autocomplementat, com és el cas.

3.3 Per a conèixer la percepció dels actors implicats (objectiu 3)

Disseny: Estudi descriptiu utilitzant metodologia qualitativa. Es varen realitzar entrevistes semi-estructurades als següents agents implicats en la MGF:

- Professionals: Pediatra i medidora intercultural.
- Responsables polítics: Representants del Institut Balear de la Dona i de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears.
- Persones immigrades: Dones i homes de països on es practica la MGF. S'entrevistaren una dona de Mali i una de Nigèria, un home de Mali i un altre de Burkina Faso.

Selecció de participants: Els participants varen ser seleccionats intencionalment, baix criteris de factibilitat i de rellevància de l'agent en el tema estudiat. Cap era un expert destacat en la matèria, sinó que coneixien de la MGF per la seva pràctica cultural o professional.

Recollida de informació: Les entrevistes tractaven sobre la percepció, la experiència i els discurs dels agents implicats envers la MGF. Cada entrevista s'adaptà a les persones entrevistades. Les entrevistadores reberen una formació breu en tècniques d'entrevista. Les entrevistes varen ser gravades amb una gravadora digital i posteriorment es va realitzar una transcripció literal.

Anàlisi: Es va realitzar un anàlisi de contingut dels texts de les entrevistes, recollint les categories emergents.

Limitacions: Amb aquesta proposta metodològica no es pretén saturar els discursos de cada un dels agents implicats en la MGF, donat que sobrepassa les intencions d'aquest diagnòstic. Més bé la idea és la de recollir testimonis de cada un dels agents que puguin servir per fer visibles discursos i contradiccions.

4 RESULTATS:

4.1. Per a identificar zones amb major risc d'incidència (objectiu 1)

El nombre de persones amb targeta sanitària nascuda a països de l'Àfrica subsahariana al 2012 era de 9.620 i al 2013 de 9103, lo que indica que 507 persones d'origen subsaharià (5,4%) varen perdre la targeta sanitària per l'aplicació del Reial Decret Llei 16/2012, entre altres causes (defunció, mobilitat, etc..). En canvi, el nombre de nines menors de 14 anys d'origen subsaharià amb targeta sanitària era de 365 al 2012 i 369 al 2013. Per tant, el RD16/2012, que regulava entre altres aspectes l'exclusió sanitària a les persones immigrants en situació irregular, no va tenir un impacte amb la població diana d'aquest estudi que són les persones menors d'edat i a qui la llei no ha deixat sense assistència. Això es deu a que el Reial Decret recollia algunes excepcions a l'exclusió sanitària, entre elles la d'atendre als menors d'edat independentment de la situació de regularització d'estància dels seus progenitors. Per tant, les dades del 2013 són vàlides per a l'objectiu previst.

A la Taula 3 es presenten les dades de població per zona bàsica de salut, indicant el % que representa la població d'origen subsaharià, el nombre de dones d'aquest origen de qualsevol edat i menors de 14 anys. Donat que la prevenció de la mutilació genital femenina s'hauria de realitzar en dones menors de 14 anys, es destaquen les zones que tenen més població d'aquest origen i edat. Destaca Son Gotleu (85), seguit de Pere Garau (31) i Camp Redó (25).

Zona Bàsica de Salut	Població total	% Població subsahariana	Dones subsaharianes	Dones menors 14 anys subsaharianes
SON GOTLEU	21.337	9,18	612	85
PERE GARAU	24.377	2,58	195	31
CAMP REDÓ	27.718	1,31	128	25
INCA	40.574	1,62	153	16
ES TRENCADORS (Arenal/Llucmajor)	20.149	2,27	92	15
RAFAL NOU	18.508	1,18	94	15
SON PISÀ	23.279	2,79	88	14
ARAGÓ	13.822	1,91	103	14
ARQUITECTE BENNÀSAR	31.160	1,24	132	14
EMILI DARDER	18.650	2,14	124	13
TORRENT DE SANT MIQUEL (Sa Pobla)	16.637	0,88	41	13
PLATJA DE PALMA	18.534	3,32	112	11
SON CLADERA	9.630	1,94	77	11
LLEVANT (Son Servera)	19.338	1,10	79	9
ESCOLA GRADUADA	22.060	1,13	73	8
NA BURGUESA (Palma Nova)	23.140	0,74	63	8
SON SERRA	26.029	0,53	56	8
ALCÚDIA	17.547	0,89	44	7
S'ESCORXADOR	28.965	0,85	87	6
MARINES (Muro)	17.958	1,15	68	4
SERRA NORD (Sòller)	12.433	0,60	24	4
CALVIÀ	20.889	0,26	23	4
SANTANYÍ	11.422	0,78	40	3
PONENT (Casa del Mar)	20.973	0,50	42	3
PORTO CRISTO	11.047	0,42	19	3
SES ROQUES LLISES (Vilafranca)	15.705	0,17	10	3
VALL D'ARGENT	15.449	0,72	30	2
SANTA CATALINA	18.190	0,36	22	2
ANDRATX	9.914	0,26	13	2
FELANITX	17.654	0,19	14	2
NUREDDUNA (Artà)	7.392	0,16	3	2
ES PLA (Sineu)	9.488	0,16	5	2
MANACOR	30.286	0,15	13	2
MIGJORN (Llucmajor)	17.430	0,08	4	2
CAPDEPERA	10.812	0,77	21	1
SANT AGUSTÍ	14.989	0,62	35	1
COLL D'EN RABASSA	20.385	0,47	29	1
ES RAIGUER (Binissalem)	18.059	0,23	8	1
TRAMUNTANA (Esporles)	7.076	0,20	7	1
MUNTANYA (Pòrtol/Sa Cabaneta)	12.312	0,08	3	1
POLLENÇA	15.432	0,27	15	0
PONT D'INCA	19.414	0,23	8	0
SON FERRIOL	13.108	0,21	7	0
XALOC (Campos)	13.413	0,12	3	0
SANTA MARIA DE CAMÍ	14.389	0,11	8	0
	817.073	1,16	2827	369

Taula 3: Dones menors de 14 anys subsaharianes per zona bàsica de salut.

4.2. Per a descriure els coneixements i actituds dels/es professionals (objectiu 2)

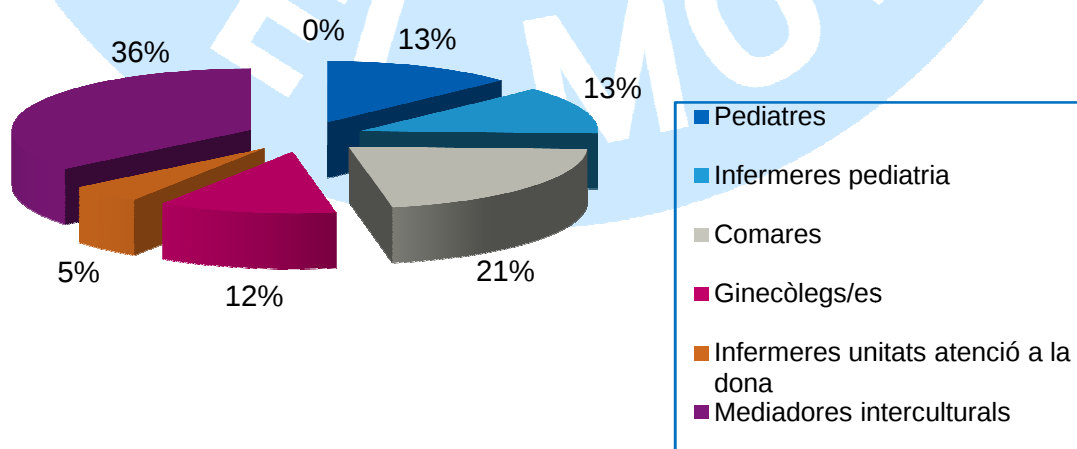
Participació i mostra

D'una població diana de 279 professionals que per la seva activitat tenen més possibilitats de detectar casos, han respost al qüestionari 111 (taxa resposta 36%). La participació per col·lectius es troben a la taula 4 i la seva representació es mostra a la gràfica 1.

ACTIVITAT PROFESSIONAL	PARTICIPANTS	Taxa de Participació
	N	
Pediatres	32	29%
Infermeres pediatria	22	28%
Comares	21	48%
Ginecòlegs/es	12	27%
Infermeres unitats atenció a la dona	3	11%
Mediadores interculturals	4	80%
Altres	17	-
TOTAL	111	36%

Taula 4: Taxa de participació dels col·lectius entrevistats

La mitjana d'edat de les persones que han contestat el qüestionari és de 46 anys (rang 24-64 anys) i el 80% són dones. Un 41% treballen a un centre de salut amb més d'un 1% de població immigrant subsahariana.



Gràfica 1: Representació de les categories professionals a la mostra

Coneixements MGF

Totes les persones entrevistades han afirmat saber què és la mutilació genital femenina. Una de cada tres pensa que és una escissió de clítoris, i la resta inclou a la definició l'escissió de llavis majors i menors. El 32% dels professionals entrevistats han atès algun pacient amb MGF. Un 9% desconeixen si es segueix practicant o no. L'opinió sobre els països que la segueixen practicant queda recollida a la taula 5. Del llistat de països que consten al qüestionari, n'hi ha 2 on no es practica la MGF, Marroc i l'Índia, i ambdós han tingut un 10% de respostes incorrectes. Sols un 6% afirmen que la MGF també es realitza a Espanya.

PAÏSOS	% que pensen que practiquen MGF
Nigèria	76%
Senegal	71%
Somàlia	71%
Gàmbia	64%
Kenya	62%
Uganda	61%
Mali	56%
Camerun	55%
Mauritània	39%
Egipte	26%
Marroc	12%
India	10%
Espanya	6%

Taula 5. Països que practiquen MGF segons les persones entrevistades.

Sobre l'edat a la que es practica la MGF, el 24% pensa que és entre 0 i 3 anys, el 21% entre 4 i 8 anys, el 15% entre 9 i 12 anys i un 40% pensen que es practica a qualsevol edat. El 95% de les persones entrevistades creuen que la MGF està relacionada amb la cultura i la tradició; el 63% amb la religió i el 34% amb la higiene. El 31% no coneixen la legislació sobre el tema.

La principal font d'informació sobre MGF per als professionals consultats són els mitjans de comunicació (61%), seguida de les campanyes de les ONG (37%), la bibliografia científica (30%), l'experiència a la consulta (26%) i la formació específica (25%).

Actituds davant la MGF

Un 12% afirmen no saber com intervindrien davant un cas de MGF. Un 2% no intervindrien per respecte a la seva cultura. El 68% realitzarien un part de lesions. El 39% realitzarien un abordatge directe del problema. El 37% oferirien informació sobre les conseqüències per a la salut.

El 84% afirmen tenir interès en aquest tema i en una pregunta oberta sobre el perquè d'aquest interès s'han identificat 4 temes principals:

- a) Professionalitat: és un coneixement necessari per la seva pràctica.
- b) Necessitat pràctica: atenen a molta població subsahariana i veuen casos de MGF.
- c) Principis: Es tracta d'una qüestió de drets humans que es vol ajudar a eradicar.
- d) Desconeixement: Afirmen no saber com abordar aquest tema.

Sobre la importància del tema, més enllà de l'interès que els causava, un 73% afirmen que és molt important, un 25% important i un 2% poc important.

Gènere del professional i MGF

Hi ha diferències en algunes respostes en funció del sexe de la persona entrevistada:

- Els homes tendeixen més a afirmar que els països del qüestionari s'hi practica la MGF (a tots excepte a l'Índia, que és igual per homes i dones).
- Els homes han tingut menys casos de pacients amb MGF (19% respecte al 35% de les dones).
- Els homes veuen menys que les dones la relació de la higiene amb la pràctica de la MGF (18% respecte al 35% de les dones).
- Els homes són menys proclius a informar sobre les conseqüències en la salut en els abordatges de MGF (23% respecte al 41% de les dones).
- Els homes han obtingut més informació del mitjans de comunicació (77% respecte al 57% de les dones) i de les ONG (50% respecte al 34% de les dones) i menys de formació específica (5% respecte al 31% de les dones).
- Les dones concedeixen més importància a l'abordatge de la MGF per part d'atenció primària (76% respecte al 59% del homes).

Per interpretar aquests resultats s'ha de considerar que la participació a l'estudi ha estat voluntària i que algunes professions estan més feminitzades que altres. Així, no hi ha infermers ni comares que siguin homes entre les persones entrevistades, i en canvi, el 37% dels pediatres i el 40% dels ginecòlegs han estat homes, considerant aquests sols representen el 20% de la mostra.

4.3. Per a conèixer la percepció dels actors principals (objectiu 3)

En general, sembla que el tema de la MGF causa molt malestar a les dones quan emigren a un país diferent i descobreixen que no totes les dones estan mutilades. En els professionals es detecta que aquest tema causa un gran desconcert i que, en general, hi ha una desorganització en les actuacions que pot provocar incoherències, iniquitats i resultats no desitjats. Entre les responsables d'administracions relacionades com la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears i el Institut Balear de la Dona, es detecta un interès en el tema, però una descoordinació en termes de línies d'actuació.

4.3.1 Professionals

Pediatra:

- Recull la impressió que als països que practiquen la MGF aquesta no es viu com un problema, que seria l'equivalent a quan a Europa es fan forats a les orelles dels nounats. En canvi aquí, la MGF, produeix espant.
- Hi ha dificultats en la detecció de la MGF:
 - o En la pell negra resulta més difícil fer exploracions dermatològiques. A les vulves infantils es complica valorar la MGF tipus I especialment, altres mutilacions més severes són més evidents. Aquesta dificultat l'han confirmat altres pediatres i mediadores africanes expertes en mutilació genital femenina.
 - o Les exploracions genitals en infants també resulten complicades de per si.
 - o A més, la tècnica de la MGF ha millorat molt, per la qual cosa les cicatrius de les intervencions son quasi imperceptibles.
- Hi ha dificultats per abordar el tema, sobretot quan més grans són les nines.
- Sensació de que hi ha poca formació en aquest tema, no se sap què fer.

- Hi ha interès entre els pediatres sobre aquest tema, perquè tot i que no hi ha molts de casos, **els casos detectats creen molt desconcert.**

Mediadora intercultural:

- Discurs d'abordatge des del respecte, aprofitant la proximitat per a fer prevenció.
- Adverteix de la desorganització en el tractament, que porta a improvisació de circuits d'acord a normes internes canviants o criteris personals.
- El tracte des del sistema sanitari pot causar rebuig per a futures intervencions. Per exemple: una actitud de denuncia als pares o de judici de les seves pràctiques, pot fer inviable futures actuacions de prevenció sobre altres filles. D'aquesta manera, adverteix que els parts de lesions sistemàtiques són contraproductius i que es necessari fer un anàlisi detallat de cada cas abans de prendre aquestes decisions.
- No hi ha cap registre informatitzat dels casos, perquè les mediadores interculturals d'atenció primària de salut, que treballen aquest tema i detecten casos, no tenen accés a la història clínica per lo que fan un registre manual.
- És un tema que causa inseguretat als professionals sanitaris quan s'ho troben, perquè no saben com actuar.
- A Mallorca, els principals orígens coneguts d'on arriben casos són, sobretot Mali, Senegal i Nigèria, tot i que sembla que de Nigèria ja no hi arriben com abans, i que al majoria dels senegalesos a l'illa son de l'ètnia wolof que no practiquen la MGF.
- Els homes nigerians arriben ara amb el discurs de "jo ja ho sé", perquè sembla que als seus països d'origen s'han fet actuacions als darrers anys sobre aquest tema.
- La majoria de MGF en nines que viuen al nostre país es donen quan fan viatges per a visitar el seu país d'origen, i moltes vegades es practica sense el consentiment de la seva família més propera. Per exemple, viatja amb els seus pares, i una padrina aprofita per realitzar-li la MGF sense demanar permís als pares.
- Considera imprescindible realitzar formació específica i breu dirigida a professionals concrets que es poden trobar amb MGF: especialistes en medicina i infermeria pediàtrica, ginecologia i mediació intercultural.
- Considera necessària la elaboració d'un protocol d'actuació clar que reculli la prevenció, la detecció i la intervenció coordinada davant els casos detectats.
- Realitza algunes propostes de circuit d'actuació:

- o Utilitzar les visites del programa del nin sa als 2 o 3 mesos (abans les mares poden estar atabalades amb el nounat), per a fer prevenció, centrada en dones dels països on es practica la MGF.
- o La intervenció s'ha de basar en la prevenció i en aportar informació al pare i a la mare. Aquesta s'ha de donar evitant fer judicis culturals, sense practicar amenaces, però explicant les repercussions d'aquestes pràctiques, tant a nivell de salut de les dones, com les conseqüències legals per als pares.
- o Realitzar un seguiment de les famílies.
- o Als moment previs als viatges als països d'origen, fer un reforç de la intervenció i aportar més informació.
- o Coordinar tota la actuació amb serveis socials si és necessari.
- o El part de lesions ha de ser un recurs a utilitzar per als professionals, però no s'ha d'utilitzar mai de manera sistemàtica.
- o En general, explorar més els genitals de les nines. Als nins se'ls explora més, per lo que hi ha un biaix de gènere en l'exploració.

4.3.2. Als representats polítics

Esther Mato:

Responsable de salut sexual i reproductiva a la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears.

- Demostra interès en aglutinar esforços dels recursos existents per a fer una actuació conjunta i coordinada, recolzada en un protocol d'actuació sociosanitària.
- Desconeix l'existència de protocols sobre aquest tema en altres Comunitats Autònomes.
- Discurs en la línia de donar informació, centrada en la prevenció, respectant la cultura.

Isabel Llinás:

Responsable del Institut Balear de la Dona.

- No és un tema que estigui molt treballat per la seva entitat, però demostra interès.
- Afirmar que el Institut Balear de la Dona, junt amb la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears, haurien de liderar aquest tema.
- Discurs en la línia punitiva, informar sobre les conseqüències legals de practicar la MGF a Espanya.

4.3.3. Persones titulars de drets

Dones i homes entrevistats coincideixen que hi ha una manca d'educació sexual als seus països d'origen. Parlar de sexe es considera un tabú, sobre tot a les zones rurals. No és un tema cortès ni tan sols entre dones familiars.

“Al vivir en el pueblo es todo muy cerrado. La gente no habla con facilidad de esos temas. En la ciudad es distinto y se habla algo más de estos temas”
(HOME MALI)

“Sabes, de eso... nos da vergüenza hablar del sexo. Como que no es respeto entre hermanas” (DONA MALI).

En aquests països hi ha dificultats per a parlar d'igual a igual entre homes i dones. Els homes són una figura de poder i decisió i les dones tenen un rol submís. En països com Mali, sembla que això es dóna més entre les parelles musulmanes.

“Tenemos que respetar porque la mujer africana tiene idea de que si tú respetas bien a tu marido, todo lo que él dice, tu hijo va a salir bien, ¿sabes? Tenemos esta idea entonces hay que respetar todo lo que dice él” (DONA MALI).

La mutilació genital femenina es anomenada popularment “el tall”. És una pràctica que s'associa a la religió, tot i que hi ha moltes religions diferents en alguns d'aquests països. Algunes persones entrevistades diuen que té més relació amb la costum que amb la religió. És un mecanisme de control sexual de les dones, que assegura la seva submissió als homes..

“Porque yo pregunto por qué cortan a mujeres y dice que es para que mujeres puedan aguantar: hombre estar 6 meses trabajando fuera y ella puede aguantar. Si no, las chicas sienten y si no está el marido ellas están buscan chico para hacer cosas. Es una cultura, cosa antigua. Mi madre está de acuerdo” (DONA NIGÈRIA).

Segons la justificació tradicional, passar per la MGF és un ritus de pas que purifica les dones i les fa aptes per al matrimoni i, per tant, per a complir el seu rol assignat a la comunitat.

“Los mayores de 50-60 años, creen que es normal, que las mujeres que no lo tiene hecho no está bien, no está limpia. Si no han pasado por la tradición, no están bien para casarse” (HOME BURKINA FASO).

L'edat d'inici de la MGF sembla que ha canviat. Abans s'aplicava a l'adolescència, just abans del matrimoni, però ara es veu que es fa abans. En qualsevol cas, pot variar molt.

“Ahora se hace a niñas, de entre 1 a 5 años. Antes era a adolescentes, de entre 14-17 años. Todo cambió por la multa del gobierno, porque hay gente que los puede denunciar” (HOME BURKINA FASO).

Pel que expliquen les persones entrevistades, la mutilació genital fa desaparèixer el desig sexual.

“Sí, antes de 13 años el padre de mis hijos me violó. Yo entonces tenía ganas de hacer sexo pero cuando cortar, cortar ganas. Ahora ya no tengo ganas” (DONA NIGÈRIA).

Aquesta falta de desig sexual genera problemes greus de salut sexual d'aquestes dones, que tenen repercussions en les relacions de parella.

“Cuando ellos están con nosotras, no sentimos nada, hombres sienten más que nosotras,... como yo, no siente nada, ellos sí y no les gusta, por eso a veces trae problemas porque ellos quieren y ellas no y dicen “yo cansada” porque mujer no tiene ganas, más como hombre forzar, como padre de mi hijo forzarme en cama y hace sexo, me pega, y yo no sentí nada, me duele... trae muchos problemas” (DONA NIGÈRIA).

Aquest problema sembla agreujar-se quan aquestes dones immigren a Europa, donat que coneixen dones d'aquí i poden contraposar discursos i sentiments.

“...porque mi marido me dice que si tú empiezas a acostarte con una mujer blanca nunca vas a volver con tu mujer, con tu chica de África” (DONA MALI).

“Cambié de idea al venir aquí, porque las mujeres de mi pueblo y las de España no son iguales. Las mujeres en España tienen mas ganas de relaciones. Las que han sido cortada tiene menos deseo” (HOME BURKINA FASO).

Entre les persones entrevistades hi ha un discurs de canvi de mentalitat respecte a la MGF. El procés d'immigració a països amb contextos culturals diferents on no es practica la MGF, juntament amb altres canvis, els han fet repensar el que abans no era qüestionable. Cap dels entrevistats faria la MGF a les seves filles, tot i que saben que quan vagin de visita al seu país d'origen la família els pressionarà i que fins i tot potser ho intentin fer sense el seu consentiment. Això els causa por i malestar perquè saben que a Europa aquesta pràctica està perseguida i tenen por de les possibles conseqüències (expulsió del país, presó..).

“Yo estoy llamando a mi madre... si tú quieres que yo vuelva aquí, a Europa, si tocas a la niña no puedo volver... Mi marido ni siquiera él tampoco no quiere... Él me dice que no va a cortar a ella porque él sabe que aquí, hay control. Si hacemos... va a ser un problema...en la cárcel “ (DONA MALI).

Aquest procés de canvi de mentalitat s'està donant també als seus països d'origen, sobre tot a les zones urbanes i en les generacions més joves.

“Hablamos mucho entre los hombres y a nadie de mi generación le gusta. Con los mayores ya no se puede hablar”. (HOME BURKINA FASO).

“En los últimos años, en las ciudades, las campañas de sensibilización han funcionado muy bien y cree que son “muy necesarias”. En los pueblos la mentalidad es distinta y la práctica es más habitual todavía” (HOME MALI).

Entre les mesures per a prevenir la MGF, les persones entrevistades destaquen la sensibilització de les famílies que provenen dels països on es practica. Es menciona varies vegades la necessitat de sensibilitzar als homes, tot i que apunten que són les dones les que perpetuen aquesta tradició.

“Primero haciendo campañas de sensibilización, como con los problemas de parto, para que la gente entienda la problemas que puede haber años después. También hay que sensibilizar a los hombres. Aunque la mayor parte de los problemas son con las mujeres: Las madres son las que perpetúan esta situación para no entrar en la vergüenza” (HOME BURKINA FASO).



5. CONCLUSIONS / DISCUSSIÓ:

Després de realitzar l'estudi i l'anàlisi de les dades obtingudes mitjançant el qüestionari i les entrevistes personal als/les professionals sanitaris/es i persones provinents de països subsaharians podem arribar a les següents conclusions:

Conclusions relacionades amb l'objectiu 1:

La MGF a Mallorca és una realitat. Hi ha dones mutilades i existeixen aproximadament 369 nines menors de 14 anys en risc de sofrir la pràctica de la MGF.

S'han aconseguit identificar algunes zones prioritàries per fer intervencions preventives en mutilació genital femenina, es a dir, zones on hi ha més de 10 menors de 14 anys procedents de països on es practica la MGF. La gran majoria d'aquestes zones son de Palma, excepte Inca, Lluçmajor i Sa Pobla. Les tres zones bàsiques de salut més prioritzades, Son Goteu, Pere Garau i Camp Redó, concentren el 38,2% de les menor de 14 anys procedents de països on es practica la MGF de Mallorca.

Al Mapa de la mutilació genital femenina 2012, elaborat per el grup de la doctora Kaplan, es calculaven que hi havia a les illes balears 937 menors de 14 anys procedents de països on es practica la MGF. Això contrasta amb les dades extretes d'aquest diagnòstic, on el nombre es gairebé la meitat. Aquest ball de dades, per una altre banda comú en les investigacions sobre persones immigrades tal i com ja s'ha explicat, s'entén quan es considera que tant la unitat d'anàlisi com les fonts son diferents en ambdós estudis. Per al mapa es consultaven dades d'empadronament de les Illes Balears, mentre que al diagnòstic es va optar per les dades de targeta sanitària de Mallorca, donat que la zonificació sanitària era l'àmbit d'actuació que semblava més adequat per a la planificació d'intervencions preventives sobre els professionals i les famílies. Tot i aquestes divergències en les dades concretes, ambdós estudis coincideixen en la màxima concentració d'aquesta població a Palma, seguida de Inca i Lluçmajor. El Mapa identifica que els cinc orígens més comuns, on encara es practica la MGF, entre les persones residents a les Illes Balears son Nigèria, Senegal, Mali, Guinea i Ghana, concentrant els dos primers el 75% d'aquesta població.

Conclusions relacionades amb l'objectiu 2:

En estudis amb qüestionaris autoemplenats distribuïts on-line sempre hi ha un biaix de voluntariat, és a dir, que responen més aquelles persones interessades en el tema que es tracta. En aquest cas, la taxa de resposta (36%) ha estat dins el que s'espera d'un estudi d'aquest tipus entre professionals sanitaris, que sol ser entre el 30-50%. Han contestat més les dones i els professionals que treballen a ZBS de les destacades com a prioritàries d'intervenció a l'objectiu anterior. Això sembla voler dir que aquelles persones que atenen a immigrants subsaharians i/o són dones, demostren més interès per aquest tema, les primeres perquè té una utilitat pràctica per la seva feina, i les segones per una certa sensibilitat de gènere.

Els coneixements generals sobre MGF de les persones entrevistades semblen amples, però en canvi es detecten alguns desconeixements en els coneixements específics. Per exemple, 3 de cada 10 afirmen no conèixer la legislació vigent sobre aquest tema. Això probablement es deu a que la majoria no tenen formació específica sobre MGF, lo qual vol dir que la principal font d'informació que tenen són els mitjans de comunicació, que sovint fan un seguiment del tema molt general i sensacionalista, que a vegades criminalitza les persones que ho practiquen. Probablement seria necessària una formació específica d'aquests professionals, sobretot si tenim en compte que la població diana per aquest objectiu eren aquells que per la seva professió estaven en millors condicions per detectar i intervenir en MGF.

És un realitat que gairebé totes les persones entrevistades consideren important o molt important, i més del 80% consideren que és del seu interès. Els motius assenyalats d'aquest interès són: per professionalitat; és un coneixement que han de tenir per atendre millor a la població; per necessitat pràctica, és un coneixement que necessiten tenir per que atenen població d'orígens on es practica la MGF; per principis, és una qüestió de drets humans que s'ha de eradicar i volen contribuir amb la seva pràctica; o per desconeixement, és un tema del que no saben res o saben poc i que desperta curiositat o inseguretats.

Les actituds i coneixements sobre aquest tema que tenen els professionals varien en funció del gènere. Per exemple les dones li concedeixen més importància a l'abordatge de la MGF

des d'atenció primària, han rebut més formació específica, s'han trobat en més casos (lo qual probablement indica un biaix de gènere en la detecció), i són més proclius a informar sobre salut en les intervencions de MGF. Aquest aspecte hauria de ser considerat a l'hora de plantejar formació i intervencions per o des dels professionals sanitaris.

Conclusions relacionades amb l'objectiu 3:

Les persones del col·lectiu sanitari entrevistades, detecten unes necessitats de formació en aquest tema. Aquestes necessitats formatives s'adrecen tant a la detecció de la MGF com al seu abordatge. També recullen una necessitat d'organització institucional i professional.

Aquesta informació també s'extreu de les entrevistes a les representats institucionals on es detecta que hi ha un interès en el tema, però que falten acords entre les pròpies institucions. Seria interessant crear un espai de comunicació entre les institucions implicades/interessades en aquest tema i els professionals per tal de crear alguns consensos que ajudin a definir el discurs i les actuacions que ha de prendre l'administració i els seus professionals davant la MGF. Producte d'aquest espai de coordinació i reflexió, i també com a demanda dels professionals, hi ha una demanda de crear un protocol o guia d'abordatge a la MGF que orienti al professional sanitari i ordeni la seva coordinació amb altres recursos definint un circuit, tal i com existeix en altres CCAA.

Mitjançant el testimoni de les persones immigrades de països on es practica la MGF, s'ha confirmat la problemàtica per a la salut sexual de les dones afectades, que tindrà repercussions al llarg de tota la vida. La MGF, és un fenomen complex, molt arrelat a la cultura i al context concret dels països on es practica, però que afortunadament està en procés de canvi, i que està minvant com a pràctica. Recolzar aquest canvi és una responsabilitat des de les institucions del país d'acolliment de les persones immigrades. Les persones entrevistades demanaven campanyes de sensibilització dirigides a les famílies.

Conclusions generals del Diagnòstic i Recomanacions:

Tot i que no es pot verificar, sembla que la prevalença i incidència de la MGF a Mallorca no és molt elevada. En canvi, és un tema que causa molèstia i / incertesa als professionals perquè no saben com intervenir, i sobre tot causa molt malestar a les persones que la pateixen, essent un tema fonamentalment de drets humans. Aquest fet fa que tot i que els casos potencials que existeixen a Mallorca no són molt prevalents respecte a la població total, aquest hauria de ser un **tema de màxim interès en salut pública**.

Els resultats d'aquest diagnòstic **identifiquen les ZBS d'actuació prioritària** respecte a la MGF. També identifiquen les **necessitats formatives dels professionals sanitaris** més implicats: en detecció, en abordatge, en prevenció, en legislació, i en identificació dels orígens on es practica la MGF. Aquestes serien formacions específiques breus, fàcils d'organitzar mitjançant els sistemes de formació continuada del propi servei balear de salut, i que haurien de considerar les diferències de coneixements i actituds dels propis professionals en funció del seu gènere.

També s'identifica una **necessitat important d'organització i coordinació** cap a aquest tema. Crear una taula sobre la MGF que aglutini a professionals, ONG que treballin el tema, associacions d'immigrants, la conselleria de salut i demés administracions pertinents, seria la proposta del grup de treball que realitza aquest diagnòstic, per tal de començar un procés de reflexió i consens que acabi fent les actuacions necessàries de coordinació. En aquest sentit, és imprescindible **definir els circuit d'actuació** en cas de deteccions de MGF i també per la seva detecció i prevenció.

No existeix cap protocol d'actuació per a la prevenció de la MGF i la protecció de les nines a la nostra regió. És totalment imprescindible la creació d'un protocol enfocat des d'un punt de vista integral i a nivell autonòmic, en el qual s'especifiquin els mecanismes d'actuació i els diferents actors implicats (hospitals, centres de salut, col·legis, associacions d'àmbit local,...).

Per tant, aquest diagnòstic ha detectat necessitats i zones d'actuació prioritària sobre el tema de la mutilació genital femenina a Mallorca: **Ara és el moment d'actuar**.

6. AGRAÏMENTS:

Agraïm la participació de totes les persones que han contestat als qüestionaris on-line, que han participat voluntàriament de les entrevistes qualitatives, al esforç i interès del grup de Mutilació Genital Femenina de Metges del Món, Junta Directiva i equip tècnic de Metges del Món que s'ha implicat en el procés, al recolzament i coneixement del Grup Estatal de Mutilació Genital Femenina, a Sebastià March, sociòleg i col·laborador de Metges del Món, María Ramos per la seva revisió ortogràfica i gramatical, a la Unitat d'investigació de Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, i a Ruth Díez, vocal de cooperació internacional de Metges del Món Illes Balears, per les seves magnífiques fotografies.

