

Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre la Mutilació Genital Femenina

Directores

ADRIANA KAPLAN Y LAURA NUÑO GÓMEZ

Editores

MAGALY THILL Y NORA SALAS SEOANE



MULTISECTORAL ACADEMIC
PROGRAMME TO PREVENT
& COMBAT FEMALE GENITAL
MUTILATION / CUTTING

***Guia Multisectorial
de Formació Acadèmica sobre la
Mutilació Genital Femenina***

Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre la Mutilació Genital Femenina

Directores

ADRIANA KAPLAN Y LAURA NUÑO GÓMEZ

Editores

MAGALY THILL Y NORA SALAS SEOANE

Neus Aliaga	Sonia Núñez Puente
Rut Bermejo Casado	Laura Nuño Gómez
Clara Carvalho	Els Leye
Giovanna Cavatorta	Carla Moleiro
Gily Coene	Maya Pellicciari
Ricardo Falcão	Francesco Pompeo
Lidia Fernández Montes	Julia Roperó Carrasco
Diana Fernández Romero	Nora Salas Seoane
Sabrina Flamini	Cristina Santinho
Michela Fusaschi	Magaly Thill
Cecilia Gallotti	Valentina Vitale
Adriana Kaplan	

Traducció al català

WORD WORKS

Revisió de la traducció i edició en català

NORA SALAS SEOANE I NEUS ALIAGA

*Aquesta publicació s'ha elaborat gràcies al finançament del Programa de Drets,
Igualtat i Ciutadania 2014-2020 de la Unió Europea.*

*El contingut d'aquesta publicació és responsabilitat única dels seus autors i no
reflecteix en cap cas les opinions de la Comissió Europea. Forma part, així mateix,
del programa acadèmic multisectorial per prevenir i combatre
la mutilació genital femenina (MGF).*

© Els autors

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 – 28015 Madrid

Telèfon (+34) 91544 28 46 – (+34) 91544 28 69

e-mail: info@dykinson.com

<http://www.dykinson.es>

<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-9148-173-7

Preimpresió:

Besing Servicios Gráficos, S.L.

besingsg@gmail.com

Index

Llista d'abreviacions	15
Institucions i autors	17
Capítol I. Introducció a la Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre MGF	25
Laura Nuño Gómez i Adriana Kaplan	
1. EL PROGRAMA MULTISECTORIAL ACADÈMIC PER PREVENIR I COMBATRE L'MGF	26
2. LA GUIA MULTISECTORIAL DE FORMACIÓ ACADÈMICA SOBRE MGF	27
3. PER QUÈ I COM FER SERVIR LA GUIA MULTISECTORIAL DE FORMACIÓ ACADÈMICA SOBRE L'MGF.....	27
Capítol II. Introducció a l'MGF	29
1. DEFINICIONS, TERMINOLOGIA I TIPUS D'MGF.....	29
Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane	
2. HISTORICITAT DE L'MGF I MOTIVACIONS DELS QUI S'HÍ OPOSEN	33
Ricardo Falcão	
3. PERSPECTIVES ANTROPOLÒGIQUES	37
Francesco Pompeo	
4. LES CONSEQÜÈNCIES DE L'MGF.....	40
Els Leye	
5. VIOLÈNCIA CONTRA LES DONES I CONTEXTUALITZACIÓ AMB ELS DRETS HUMANS INTERNACIONALS.....	43
Laura Nuño Gómez i Magaly Thill	
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	49

Capítol III. Anàlisi detallada de l'MGF	53
1. SIGNIFICATS SOCIOCULTURALS DE LA PRÀCTICA.....	53
Adriana Kaplan i Neus Aliaga	
2. ELS GENITALS I LA CONSTRUCCIÓ DEL COS DE LA DONA	56
Michela Fusaschi	
3. MIGRACIÓ, MOVIMENTS MIGRATORIS I ETNICITAT	59
Ricardo Falcão	
4. LA PREVALENCIA DE L'MGF	63
Els Leye	
5. ANÀLISI GEOGRÀFICA DE L'MGF	65
Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane	
6. ASPECTES FONAMENTALS DE LA PROHIBICIÓ CRIMINAL DE L'MGF	69
Julia Roperó Carrasc	
7. UN ENFOCAMENT GLOBAL ENVERS L'ABANDONAMENT DE L'MGF.....	71
Els Leye	
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	74
Capítol IV. Medicina, infermeria i obstetrícia	79
1. ASSISTÈNCIA A DONES I NENES AMB MGF O EN RISC DE PATIR-LA.....	80
Maya Pellicciari i Sabrina Flamini	
1.1. <i>Professionals sanitaris i casos d'MGF</i>	80
1.2. <i>Com respondre davant les dones i nenes amb MGF.....</i>	82
1.3. <i>Com reconèixer o identificar les modificacions genitals.....</i>	84
1.4. <i>Gestió de casos i implicacions ètiques i professionals</i>	86
1.5. <i>Obligació de denúncia de casos d'MGF.....</i>	87
2. INTERVENCIÓ PREVENTIVA EN RELACIÓ AMB L'MGF .	88
Nora Salas Seoane	
2.1. <i>El paper crucial de la intervenció preventiva</i>	88
2.2. <i>Intervenció preventiva: qui la fa i com</i>	90
2.3. <i>Eines per a la prevenció de l'MGF.....</i>	91

3.	GESTIÓ CLÍNICA DE L'MGF I DE LES COMPLICACIONS RELACIONADES	93
	Els Leye	
	3.1. <i>Gestió de les complicacions a llarg termini, inclosos el queuloide, fistules i incontinència, abscessos, neuromes i quists en el clítoris (FOD Volksgezondheid 2011)</i>	93
	3.2. <i>Desinfibulació (FOD Volksgezondheid 2011; OMS 2016)</i>	93
	3.3. <i>Assessorament i teràpia psicosexuals</i>	95
	3.4. <i>Cirurgia reconstructiva del clítoris després de l'MGF</i>	95
	3.5. <i>Exemples de directrius i serveis sanitaris existents a Europa</i>	96
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	97
Capítol V.	Drets humans, dret penal i drets d'asil	99
1.	DRETS HUMANS I MGF	100
	1.1. <i>L'MGF com a pràctica perjudicial i violació dels drets humans</i>	100
	Julia Roperó Carrasco i Rut Bermejo Casado	
	1.2. <i>Multiculturalisme i drets humans</i>	101
	Cristina Santinho (ISCTE-IUL); Rut Bermejo Casado	
	1.3. <i>Androcentrisme dels drets humans</i>	102
	Magaly Thill	
	1.4. <i>L'MGF en l'àmbit del dret internacional</i>	103
	Julia Roperó Carrasco	
	1.5. <i>L'MGF en l'àmbit del dret europeu</i>	104
	Rut Bermejo Casado	
2.	DRET PENAL I L'MGF	105
	2.1. <i>Dret penal a l'Àfrica, l'Orient Mitjà i l'Àsia</i>	105
	Magaly Thill	
	2.2. <i>Dret penal a la Unió Europea</i>	107
	Els Leye	
	2.3. <i>Perpetradors i motivacions culturals</i>	108
	Magaly Thill	
	2.4. <i>Legitimació i efectivitat del dret penal: El principi de proporcionalitat</i>	109
	Julia Roperó Carrasco	
	2.5. <i>Problemes derivats de la promulgació del dret penal</i>	110
	Julia Roperó Carrasco	

3.	LEISLACIÓ SOBRE IMMIGRACIÓ I ASIL	111
3.1.	<i>L'asil i l'MGF</i>	111
	Rut Bermejo Casado	
3.2.	<i>El reagrupament familiar i l'MGF</i>	112
	Julia Roperó Carrasco	
3.3.	<i>Comparació entre estigmatització i integració</i>	112
	Cristina Santinho	
3.4.	<i>Cooperació internacional i prevenció de l'MGF</i>	113
	Cristina Santinho	
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	119
Capítol VI.	Treball social, educació i psicologia	123
1.	TREBALL SOCIAL	124
	Cecilia Gallotti	
1.1.	<i>Aspectes generals</i>	124
1.2.	<i>Aspectes pràctics</i>	124
1.3.	<i>Aspectes crucials</i>	126
1.4.	<i>Dilemes</i>	127
1.5.	<i>Orientacions</i>	128
2.	EDUCACIÓ	129
	Valentina Vitale	
2.1.	<i>Aspectes generals</i>	129
2.2.	<i>Aspectes crucials</i>	130
2.3.	<i>Orientacions i suggeriments</i>	131
3.	PSICOLOGIA.....	132
	Carla Moleiro	
3.1.	<i>Introducció general i referències teòriques</i>	132
3.2.	<i>Aspectes pràctics</i>	133
3.3.	<i>Orientacions per a una avaluació</i>	135
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	135
Capítol VII.	Antropologia i desenvolupament internacional	137
1.	ETNOGRAFIA: L'MGF I LES DIFERÈNCIES CULTURALS.....	138
	Ricardo Falcão i Clara Carvalho	
1.1.	<i>MGF, violència, sexualitat i edat per contreure matrimoni</i>	139

1.2.	<i>L'MGF vista pels homes i la pressió social exercida envers les dones</i>	142
2.	L'MGF COM A TRADICIÓ I L'MGF COM A NORMA SOCIAL	143
	Adriana Kaplan i Neus Aliaga	
2.1.	<i>Un ritual de transició i un ritual d'institució</i>	144
2.2.	<i>Què és una norma social?</i>	146
3.	ECONOMIES MORAIS I DESENVOLUPAMENT INTERNACIONAL	147
	Giovanna Cavatorta i Francesco Pompeo	
3.1.	<i>Àmbits d'intervenció: fòrums socials, temes amb diferents postures i camps locals de definició</i>	147
3.2.	<i>Drets humans i economies morals: una visió general</i>	149
3.3.	<i>Cerca de l'objecte humanitari i moral de l'MGF</i>	150
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	152
	 Capítol VIII. Estudis feministes i de gènere	155
1.	JERARQUIA DE GÈNERE I MGF	156
1.1.	<i>Sistemes patriarcals</i>	156
	Laura Nuño Gómez	
1.2.	<i>Gènere i genitals</i>	157
	Magaly Thill	
1.3.	<i>El control sobre la sexualitat de la dona</i>	158
	Laura Nuño Gómez	
1.4.	<i>El marc androcèntric dels drets humans</i>	158
	Laura Nuño Gómez i Magaly Thill	
1.5.	<i>Violència contra les dones</i>	159
	Sonia Núñez Puente	
1.6.	<i>Gènere, coerció i consentiment</i>	160
	Sonia Núñez Puente	
2.	L'MGF I ALTRES PRÀCTIQUES DE GÈNERE	162
2.1.	<i>Algunes pràctiques d'MGF de tipus IV, l'aspecte perjudicial de les quals és qüestionable</i>	162
	Michela Fusaschi	
2.2.	<i>Relació entre l'MGF i altres pràctiques perjudicials</i>	163
	Laura Nuño Gómez i Magaly Thill	

2.3.	<i>Diferències i similituds entre la circumcisió masculina i l'MGF....</i>	164
	Gily Coene	
2.4.	<i>Cirurgia genital cosmètica a Europa.....</i>	165
	Michela Fusaschi	
2.5.	<i>Interseccionalitat i estigmatització de les supervivents d'MGF en la Unió Europea</i>	166
	Gily Coene	
3.	VEUS I APODERAMENT EN LA IMPLICACIÓ DE LA DONA	167
3.1.	<i>L'estatus de les dones circumcidadores</i>	167
	Michela Fusaschi	
3.2.	<i>Les veus de les feministes del sud en la prevenció de l'MGF</i>	168
	Gily Coene	
3.3.	<i>Motius i maneres d'implicar els homes per contrarestar l'MGF.....</i>	168
	Gily Coene	
3.4.	<i>L'MGF i la perspectiva de l'apoderament.....</i>	169
	Sonia Núñez Puente i Magaly Thill	
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	171
	Capítol IX. Comunicació i premsa	177
1.	UN PLANTEJAMENT COMUNICATIU	178
	Lidia Fernández Montes	
2.	MEDIACIÓ: ELS MITJANS DE COMUNICACIÓ COM A AGENT SOCIALITZADOR, CREADOR D'IDENTITATS I MEDIADOR D'EXPERIÈNCIES	178
	Lidia Fernández Montes	
3.	EL TRACTAMENT DE L'MGF DES DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ: NOTÍCIES HEGEMÒNIQUES, PERSPECTIVES, MARCS INTEGRADORS DE SIGNIFICATS I IMAGINARI DOMINANT SOBRE L'MGF ...	179
	Ricardo Falcão	
4.	EL MAPATGE DE VEUS, ACTORS, SITUACIONS I ARGUMENTARIS	181
	Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente	

5.	FIGURATIVITZACIÓ: LA REPRESENTACIÓ DE LA VÍCTIMA	182
	Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente	
6.	NARRATIVES DE LA CULTURA DE MASSES: L'MGF, EL CINEMA I LA PUBLICITAT	182
	Diana Fernández Romero i Magaly Thill	
7.	L'ESTIGMA: TABÚS, INVISIBILITATS I SILENCI ENVERS L'MGF	184
	Sonia Núñez Puente	
8.	DESPLAÇAMENTS DE LES REPRESENTACIONS CONVENCIONALS	184
	Sonia Núñez Puente	
9.	COM PLANTEJAR L'MGF DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE I DE LA DEFENSA DELS DRETS HUMANS	185
	Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente	
10.	LA DIMENSIÓ ÈTICA	185
	Lidia Fernández Montes	
	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	186

Llista d'abreviacions

MGF	Mutilació genital femenina
MAP-FGM	Programa acadèmic multisectorial per prevenir i combatre la mutilació genital femenina (MGF)
ONU	Nacions Unides
VAW	Violència contra les dones
URJC	Universidad Rey Juan Carlos
ISCTE-IUL	
VUB	Vrij Universiteit Brussel
UAB	Universitat Autònoma de Barcelona
OMS	Organització Mundial de la Salut
CIA	Comitè Inter-africà sobre pràctiques tradicionals que afecten la salut de les dones i dels infants
PTP	Pràctiques Tradicionals Perjudicials
ONG	Organització no governamental
CEDAW	Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones
OHCHR	Oficina de l'Alt Comissariat per als Drets Humans
UNAIDS	Programa conjunt de les Nacions Unides sobre VIH/sida
UNDP	Programa de desenvolupament de les Nacions Unides
UNIFEM	Antiga agència de l'ONU, actualment ONU Dones
UNESCO	Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura
UNFPA	Fons de les Nacions Unides per a la Població
ACNUR	Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Refugiats
UNICEF	Fons de les Nacions Unides per a la Infància
DIU	Dispositiu intrauteri
DHS	Enquesta demogràfica i de salut
MICS	Enquesta agrupada d'indicadors múltiples
EIGE	Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere
CIM	Classificació Internacional de Malalties
UE	Unió Europea
UNGA	Assemblea General de les Nacions Unides
CE	Comissió Europea
TEPT	Trastorn per estrès posttraumàtic
CEG	Cirurgia estètica genital
MoGF	Modificacions genitals femenines
ICCPR	Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics
ICESCR	Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals

Institucions i autors

INSTITUCIONS QUE IMPLEMENTARAN EL PROGRAMA

OBSERVATORI D'IGUALTAT DE GÈNERE - UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (URJC)

La URJC és una universitat pública de Madrid amb 38.000 estudiants repartits entre els 5 campus. Està enfocada en una oferta de solucions interdisciplinàries per tractar els problemes de l'actualitat. L'Observatori d'Igualtat de Gènere es va fundar l'any 2015 per integrar la igualtat de gènere en l'àmbit universitari i en la societat, i també per promoure la recerca i la formació en estudis de gènere, així com projectes innovadors i el treball en xarxa. També treballa per assolir la visibilitat de la dona en els camps acadèmic, científic i de la recerca. És el soci principal del projecte MAP-FGM.

ISCTE-IUL

CEI-IUL (Centre d'Estudis Internacionals) és un centre de recerca multidisciplinari radicat a l'Institut Universitari de Lisboa (ISCTE-IUL). El CEI-IUL té com a objectiu promoure la recerca interdisciplinària en els camps de les Ciències Socials, les Relacions Internacionals i l'Economia, centrant-se en les àrees d'especialització geogràfica: Àfrica, Àsia, Europa i les relacions transatlàntiques.

FUNDACIÓ ANGELO CELLI

La Fundació Angelo Celli per una Cultura della Salute es va fundar a Perusa l'any 1987. El seu objectiu és l'estudi del coneixement, els valors, els patrons comportamentals i els estils de vida pel que fa a la salut individual i pública. El seu marc teòric i metodològic és l'antropologia mèdica. Des de l'any 2014 té el reconeixement del Ministeri per a la Igualtat d'Oportunitats d'Itàlia com el Centre de l'Úmbria per a l'Estudi i la Prevenció de l'MGF.

RHEA-VUB

L'objectiu principal del Centre d'Especialització en Gènere, Diversitat i Interseccionalitat (RHEA) és contribuir a la generació de coneixements sobre gènere, diversitat i interseccionalitat mitjançant la recerca científica i interdisciplinària, a més de la formació. El RHEA és un grup de recerca interuniversitari dirigit per Gily Coene (directora) i Karen Celis (codirectora). Es tracta d'una plataforma per a investigadors de diversos departaments i facultats de la VUB que també ofereix assessoria sobre polítiques referents a la igualtat d'oportunitats i la diversitat.

UNIVERSITÀ ROMA TRE

Fundada l'any 1992, la Universitat Roma Tre és a Roma (Itàlia). Té capacitat per a unes 40.000 matricules, repartides en diferents titulacions de grau, màster i estudis de postgrau i

doctorals. Amb 12 departaments, 7 centres de recerca, 7 biblioteques i 12 escoles doctorals, la universitat dedica els seus esforços a l'excel·lència en moltes disciplines, així com a la formació i la recerca en l'àmbit nacional i internacional.

FUNDACIÓ WASSU-UAB

La Fundació Wassu-UAB és una organització científica d'àmbit internacional que actua per prevenir l'MGF a través de la recerca antropològica i mèdica aplicada a la transferència del coneixement. És també la seu de l'Observatori Transnacional de Recerca Aplicada a les Noves Estratègies per a la Prevenció de l'MGF, que integra dos centres de recerca i formació: a Espanya, el Grup de Recerca Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE/PTP), i a Gàmbia, l'ONG Wassu Gambia Kafo. Nascuda amb la voluntat de construir un món més igualitari, proposa una metodologia pionera, innovadora i sostenible.

INVESTIGADORS

URJC

LAURA NUÑO GÓMEZ

Laura Nuño Gómez és professora titular de Ciències Socials al Departament de Dret Constitucional de la URJC. És també directora de l'Observatori d'Igualtat de Gènere de la URJC i del programa de grau en Igualtat de Gènere, a més d'ocupar la càtedra en Estudis de Gènere a l'Institut de Dret Públic. Així mateix, és membre de la Comissió dels programes doctorals interuniversitaris d'Estudis de Gènere Interdisciplinaris, de l'equip de direcció del títol propi "Gènere i polítiques d'Igualtat" i del Consell Estatal de Participació de la Dona. Ha escrit nombroses obres i articles sobre desigualtat de gènere en el món del treball, violència contra les dones i el mercantilisme del cos de la dona. És la investigadora que lidera el projecte MAP-FGM.

SONIA NÚÑEZ PUENTE

Sonia Núñez Puente és professora titular de Gènere i Comunicació al Departament de Ciències de la Comunicació de la URJC. Actualment és directora de la Unitat d'Igualtat de Gènere de l'Observatori d'Igualtat de Gènere. A més, dirigeix el programa de màster de Comunicació, Cultura i Ciutadania Digital. Núñez ha liderat diferents projectes de recerca competitiva en els camps del gènere i la comunicació. Així mateix, ha escrit articles que han estat publicats en revistes tant nacionals com internacionals, concretament sobre violència de gènere i activisme feminista digital.

JULIA ROPERO CARRASCO

Julia Roper Carrasco és professora titular de Dret Penal a la URJC. És autora de tres monografies, de col·laboracions en llibres col·lectius i de publicacions en revistes nacionals i internacionals que tracten les àrees principals de recerca en què és especialista: multiculturalisme i dret penal, crim organitzat i explotació sexual, harmonització legal internacional i cooperació judicial, l'entorn com a actiu jurídic, protecció de la integritat sexual de l'infant i mutilació genital femenina.

Ha col·laborat en diversos projectes de recerca, amb una atenció especial en la protecció de la dona i l'infant.

MAGALY THILL

Magaly Thill és professora Col·laboradora a la URJC i responsable del projecte MAP-FGM. En la seva formació destaquen diversos màsters en Desenvolupament Internacional (UCM), Drets Humans (UNED) i Estudis de Gènere Interdisciplinaris (URJC). Va treballar durant molts anys al sector de les organitzacions no governamentals com a experta en gènere per a diverses institucions públiques i privades, incloses l'ONU Dones i l'Agència Espanyola de Cooperació, a més de diversos ministeris i universitats. Les seves àrees de recerca principals són la violència de gènere, les polítiques europees per a la igualtat de gènere, els drets de la dona en l'àmbit internacional i el feminisme i l'activisme basat en els drets de la dona, amb una atenció especial en els països de l'Orient Mitjà.

LIDIA FERNÁNDEZ MONTES

Lidia Fernández Montes treballa a l'Observatori d'Igualtat de Gènere de la URJC. És graduada en Ciències Polítiques i té un màster en Gestió de la Comunicació en les Institucions Públiques i en Estudis d'Opinió (URJC) i un màster en Estudis de Gènere Interdisciplinaris (URJC). Ha estat directora de comunicacions d'una organització política durant 15 anys i actualment és estudiant de doctorat. Entre les seves àrees de recerca principals destaquen la violència de gènere entre joves i les tecnologies de la informació i la comunicació.

RUT BERMEJO CASADO

Rut Bermejo Casado és professora titular de Ciències Polítiques i de l'Administració Pública. És directora del programa de doctorat en Tipologia Delictiva de la URJC. Ha participat també en diversos projectes de recerca d'àmbit nacional i europeu sobre polítiques en matèria de justícia i afers interns, especialment sobre migració, gestió de les fronteres i lluita contra la radicalització de la violència. Ha publicat articles sobre polítiques de migració a Espanya i a Europa, i sobre gestió de les fronteres a Europa. Actualment treballa en un projecte de recerca sobre la radicalització de la violència, refugiats i gestió de les fronteres des d'una perspectiva de polítiques públiques. Anteriorment havia ocupat una beca de recerca a la Universitat de Nottingham i treballat com a investigadora al *think tank* Elcano.

ISCTE-IUL

CLARA CARVALHO

Clara Carvalho és professora del Departament d'Antropologia de l'ISCTE-IUL i presidenta del Grup d'Estudis Interdisciplinaris Àfrica-Europa (AEGIS). Anteriorment havia ocupat la càtedra del Centre d'Estudis Internacionals, conegut anteriorment com a Centre d'Estudis Africans, i havia estat professora convidada a la Universitat de Lille i a la Brown University. Ha desenvolupat un extens treball de camp a l'Àfrica Occidental, en concret en matèria d'autoritats tradicionals i poder local a Guinea-Bissau de l'any 1992 fins al 1997. Actualment està desenvolupant un treball de recerca sobre gènere i qüestions de salut globals. També té experiència com a avaluadora i assessora internacional.

RICARDO FALCÃO

Ricardo Falcão és investigador del Centre d'Estudis Internacionals de l'ISCTE-IUL. Des del 2016 és doctor en Estudis Africans per l'ISCTE-IUL. Inicialment es va formar en antropologia social i cultural i, des del 2007, fa treball de recerca sobre el Senegal. L'any 2009 va dirigir un documental independent titulat *Walo Walo*. Els seus estudis s'han centrat en àrees com el desenvolupament, la gestió dels recursos, l'accés a la terra, la història social, les migracions, les tecnologies de la informació i la comunicació, els joves, el gènere, les relacions intergeneracionals, els valors i les representacions socials, la violència de gènere, la violència contra les dones, la mutilació genital femenina i els drets humans.

CARLA MOLEIRO

Carla Moleiro és professora adjunta de l'Escola de Ciències Socials i Humanitats de l'ISCTE-IUL. Es va doctorar en Psicologia Clínica per la Universitat de Califòrnia l'any 2003. També ha treballat com a psicoterapeuta a l'APTCC (Associació Portuguesa de Teràpia Cognitivoconductual). Entre els seus interessos actuals es troben el treball clínic amb clients d'origen migrant i amb minories ètniques, religioses i sexuals (p. ex., LGTB). Treballa en les àrees de salut mental, diversitat i multiculturalisme, i també en les competències de diversitat individual clínica i cultural. És presidenta de l'Associació Portuguesa per a la Psicologia i la Psiquiatria Transcultural, membre del Grup de Recerca de la Federació Europea d'Associacions de Psicòlegs sobre Diversitat Cultural i Ètnica, i directora del Centre de Recerca CIS-IUL.

CRISTINA SANTINHO

Cristina Santinho és antropòloga i doctora per l'ISCTE-IUL pel seu treball sobre els refugiats a Portugal. També és membre del Consell del CRIA (Centre en Xarxa de Recerca en Antropologia). Les seves àrees d'experiència giren al voltant de les migracions, els refugiats, la salut i els drets humans. Ha creat i participat en diversos projectes d'àmbit nacional i internacional relacionats amb aquestes àrees, com a investigadora i com a coordinadora. També fa docència i coordina un curs especial sobre drets humans i refugiats, i supervisa el treball de diversos alumnes de màster i de doctorat sobre problemes sanitaris en la població migrant, sobre refugiats i sobre dones refugiades a Portugal.

FUNDACIÓ ANGELO CELLI*MAYA PELLICCIARI*

Maya Pellicciari és antropòloga, investigadora qualificada i formadora, a més de doctora en Metodologies d'Estudis Etnoantropològics. El seu camp d'especialitat és l'antropologia mèdica. És membre del Consell de la Fundació Angelo Celli, del Consell de la Societat Italiana d'Antropologia Mèdica (SIAM) i del Consell editorial de l'*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica* (la revista italiana de la SIAM). També és coordinadora del Centre de l'Úmbria per a l'Estudi i la Prevenció de l'MGF. Les seves àrees de treball actuals són l'MGF, les pràctiques de gènere i corporals, els drets d'accés a la sanitat i la migració, la relació entre doctor i pacient, les polítiques educatives i les dificultats en l'aprenentatge.

SABRINA FLAMINI

Sabrina Flamini és antropòloga, investigadora qualificada i formadora, a més de doctora en Promoció de la Salut. Els seus camps d'activitat són la sanitat pública i l'antropologia mèdica. És membre del Consell de la Fundació Angelo Celli, de la Societat Italiana d'Antropologia Mèdica (SIAM) i del Consell editorial de *Sistema Salute* (la revista italiana sobre promoció de la salut). També és coordinadora del Centre de l'Úmbria per a l'Estudi i la Prevenció de l'MGF. Entre les seves àrees de treball principals destaquen l'MGF, les pràctiques de gènere i corporals, els aspectes de la salut mental i relacionats amb política, les polítiques educatives i les dificultats en l'aprenentatge.

RHEA-VUB*ELS LEYE*

Els Leye té un màster en Estudis sobre Benestar Social i Cultural i es va doctorar el 2008 en Ciències Comparatives de la Cultura per la Universitat de Ghent, després d'haver fet la tesi sobre la mutilació genital femenina a Europa. Actualment és professora adjunta de Pràctiques de gènere/sanitàries en l'àmbit global a la Facultat de Medicina de la Universitat de Ghent. A més, ha obtingut una beca postdoctoral al Centre d'Estudis de Gènere, Diversitat i Interseccionalitat de la Universitat Lliure de Brusel·les. Els seus estudis se centren principalment en les pràctiques culturals perjudicials (mutilació genital femenina, matrimonis forçats, violència relacionada amb l'honor) i la violència de gènere en general.

GILY COENE

Gily Coene és directora del RHEA. A més, va cofundar i dirigeix el programa a la VUB del màster interuniversitari en Gènere i Diversitat. L'any 2004 es va doctorar en Ciències Socials per la Universitat de Ghent. Des del 2006, és catedràtica d'Estudis d'Humanitats al Departament de Filosofia i Ciències Morals de la VUB. També és membre del Departament de Ciències Polítiques i del Centre d'Ètica i Humanisme de la VUB. Els seus estudis se centren principalment en la intersecció de l'ètica descriptiva i normativa i els estudis feministes i de gènere, i s'ocupa d'una extensa varietat de qüestions relacionades amb el gènere, la diversitat cultural i la globalització de l'etnicitat, entre d'altres.

UNIVERSITÀ ROMA TRE*MICHELA FUSASCHI*

Michela Fusaschi és professora adjunta i imparteix Antropologia Cultural i Política al Departament de Ciències Polítiques i a l'Escola Doctoral d'Estudis de Gènere de la Università Roma Tre. Durant dues dècades ha estudiat el tema de les modificacions corporals com a aspecte cultural. Pel que fa concretament al context italià i europeu, es va convertir en una de les principals autores antropòlogues que han escrit sobre la denominada MGF i ha proposat un enfocament interpretatiu en base a conceptes de biopolítica i economia moral. Els seus camps d'estudi principals són Ruanda, Mali i Itàlia. Ha estat guardonada diverses vegades per les seves contribucions als estudis de gènere i antropològics.

GIOVANNA CAVATORTA

Giovanna Cavatorta és doctora en Antropologia Cultural per l'EHESS (París) i també en Ciències Socials per la Universitat de Pàdua. Després de defensar la tesi sobre el retorn dels migrants al Senegal, en què proposava un debat crític sobre el transnacionalisme, l'any 2015 va començar un treball de camp a Djibouti sobre l'abandonament de les denominades pràctiques d'MGF. És membre del Laboratori francès IRIS (EHESS) i també és investigadora postdoctoral al Departament de Ciències Polítiques de la Universitat Roma Tre. Entre les seves àrees principals d'estudi destaquen Itàlia, França, l'Àfrica de l'Oest i Djibouti, i els seus temes de recerca són la migració, les governamentalitats i els sistemes de sexe/gènere/generació.

VALENTINA VITALE

Valentina Vitale és doctora en Antropologia Cultural i Social per la Universitat Roma Tre. Després de defensar la seva tesi l'any 2014 sobre migració femenina transnacional des de l'Europa de l'Est fins a Itàlia, l'any 2015 va obtenir un màster executiu en Gestió de Projectes Europeus per la Universitat La Sapienza. És membre de l'Osservatorio sul Razzismo e le Diversità "M. G. Favara" (Observatori sobre el Racisme i la Diversitat M. G. Favara) i experta en el tema a la Universitat Roma Tre. Actualment és investigadora postdoctoral al Departament de Ciències Polítiques de la mateixa universitat. Entre les seves àrees d'estudi destaquen la migració femenina, l'antropologia de gènere, les modificacions genitals femenines i les associacions femenines.

FRANCESCO POMPEO

Francesco Pompeo és professor adjunt i imparteix Antropologia Social i Cultural al Departament de Ciències de l'Educació a la Universitat Roma Tre i a l'escola doctoral de la mateixa universitat. També és coordinador de l'Osservatorio sul Razzismo e le Diversità "M. G. Favara". Ha estat Director adjunt d'estudis d'Antropologia i Historicitat a l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (París) i cofundador del màster en Antropologia de la Universitat de l'Havana (Cuba). Durant anys, i amb un enfocament antropològic crític, ha treballat temes com ara la identitat, la migració i els conflictes socials, i ha desenvolupat els seus estudis principalment a Itàlia, l'Àfrica subsahariana i el Carib.

CECILIA GALLOTTI

Cecilia Gallotti és investigadora qualificada de la Unitat de Salut i Benestar de la Fundació ISMU, i directora de Psicosociodrama al Centre d'Estudis de Psicodrama i Mètodes Actius de Milà (Itàlia). Ha impartit Antropologia Cultural en diverses universitats i escoles de psicoteràpia. A més, és directora de projectes i experta en competències interculturals, i formadora certificada en sistemes de salut social i educació pública. És també autora d'assaigs sobre antropologia de la salut i el gènere, migració i relacions interculturals, i des del 2007 ha treballat en la seva recerca en el tema de l'MGF, en diversos projectes d'àmbit nacional i internacional, en la formació per a treballadors sanitaris i socials, en un lloc web dedicat a la temàtica i en articles especialitzats.

FUNDACIÓ WASSU-UAB*ADRIANA KAPLAN*

Adriana Kaplan és antropòloga mèdica i professora del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. És també directora de la Fundació Wassu, directora de la Càtedra de Transferència del Coneixement i investigadora qualificada del grup de recerca GIPE/PTP. Ha desenvolupat estudis etnogràfics a Gàmbia, Senegal i Guinea-Bissau, les principals àrees de recerca dels quals han estat els moviments migratoris i l'MGF. Ha exercit d'investigadora col·laboradora del Consell de Recerca Mèdica de Gàmbia, ha assessorat a l'Oficina de la Dona i ha efectuat tasques de consultoria per a agències internacionals com ara UNFPA, UNDP, UNICEF i la Unió Europea. Pel que fa a Espanya, col·labora amb institucions en matèria de planificació i implementació de programes per a la sensibilització i la prevenció de l'MGF en l'àmbit local, regional i nacional. També és membre del Comitè d'Experts de l'OMS sobre l'MGF.

NORA SALAS SEOANE

Nora Salas Seoane és psicòloga i ostenta un màster en Antropologia de la Infància i la Joventut per la Universitat de Brunel (Regne Unit). Ha treballat com a psicòloga acompanyant a infants i famílies des del 2007. Ha realitzat recerca sobre joves i música a Guinea Equatorial, i també amb fills/es de parelles mixtes, identitat i cohesió social a Catalunya. Actualment és coordinadora de la Fundació Wassu-UAB, on gestiona projectes per a la prevenció de l'MGF. També coordina el grup de recerca GIPE/PTP del Departament d'Antropologia Social de la UAB.

NEUS ALIAGA

Neus Aliaga es va llicenciar en Antropologia Social i Cultural i té un màster en Formació del Professorat de Secundària per la UAB. L'any 2015 va obtenir una beca d'estudis antropològics a la Fundació Wassu-UAB, on va ampliar els seus coneixements sobre l'MGF. A finals del 2015 es va unir a l'equip de la Fundació Wassu com a becària i va esdevenir membre del grup de recerca GIPE/PTP de la UAB. Des del 2016 s'encarrega de donar suport als projectes de recerca i de tasques d'assistència a la coordinació de la fundació.

Capítol I.

Introducció a la Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre MGF

Laura Nuño Gómez

*Directora de l'Observatori d'Igualtat de Gènere
de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC)*

Adriana Kaplan

*Directora de l'Observatori Transnacional d'Investigació
Aplicada a Noves Estratègies per a la Prevenció de la Mutilació Genital Femenina (MGF)
de la Fundació Wassu-UAB a la Universitat Autònoma de Barcelona*

Resum:

1. El Programa Multisectorial Acadèmic per Prevenir i Combatre l'MGF
2. La Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre MGF
3. Per què i com fer servir la Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre MGF

La mutilació genital femenina, també anomenada excisió, ablació dels genitals femenins o circumcisió femenina, és una pràctica potencialment perjudicial amb fortes arrels ancestrals i socioculturals. D'acord amb dades de l'UNICEF, viola, actualment, els drets de més de 200 milions de dones i nenes de tot el món. Practicada habitualment a 29 països de la franja central de l'Àfrica i a alguns països de l'Orient Mitjà i l'Àsia, la mutilació / ablació genital femenina (MGF) s'ha estès als països d'acollida als quals els migrants o refugiats traslladen els seus entorns culturals. La seva prevalença creixent a Europa durant les dues darreres dècades ha estat percebuda amb preocupació pels professionals i les administracions públiques, per la manca de coneixements que tenen generalment sobre la pràctica, els seus significats culturals, les seves conseqüències i les maneres més eficients de prevenir-la o de protegir i donar suport a les dones i nenes que han patit l'MGF.

L'escassa o nul·la atenció que es dedica a l'MGF en les polítiques nacionals per a l'eliminació de la violència de gènere, a causa de la falta de visió intersectorial durant el seu desenvolupament, ha suscitat un alarmisme que no és exempt de subtextos que estigmatitzen les comunitats practicants en el seu conjunt. Per tant, és essencial promoure una visió àmplia, culturalment contextualitzada i amb la perspectiva de gènere necessària, que posi èmfasi en la prevenció i en una assistència adequada. Només així podrem evitar la revictimització i/o discriminació de les supervivents.

1. EL PROGRAMA MULTISECTORIAL ACADÈMIC PER PREVENIR I COMBATRE L'MGF

El Programa Multisectorial Acadèmic per prevenir i combatre la Mutilació Genital Femenina (MAP-FGM) pretén contribuir en la defensa dels drets humans de les dones, inclosos els seus drets sexuals i reproductius, mitjançant la intervenció multidisciplinària preventiva en la pràctica i la protecció efectiva de les nenes en risc. El Projecte MAP-FGM, cofinançat per la Comissió Europea, constitueix un programa bianual innovador que té com a objectiu sensibilitzar i preparar els futurs professionals de diferents camps i especialitats que podrien estar en contacte amb poblacions provinents de països on es practica l'MGF.

La investigació i àmplia experiència desde 1989 de l'Observatori Transnacional d'Investigació Aplicada a Noves Estratègies per a la Prevenció de l'MGF demostra que els professionals que treballen en contacte directe amb les famílies tenen un paper crucial en la prevenció de la pràctica. Els professionals legitimats que han establert relacions de confiança amb les famílies i que contribueixen a reforçar el seu desenvolupament biopsicosocial són els qui estan més preparats per prevenir aquesta pràctica per mitjà dels serveis d'atenció a les persones. És per això que es fa palesa i necessària la introducció de l'MGF en els currículums acadèmics de les universitats on es formen els futurs professionals que hauran d'atendre aquest assumpte complex amb sensibilitat, respecte i coneixements.

Per això, un equip multidisciplinari ha desenvolupat aquesta Guia Multisectorial, disponible en sis idiomes, que pretén incorporar la formació en els continguts educatius dels diferents graus oferts a les cinc universitats europees que han participat en aquesta experiència pilot. Concretament, s'aplicarà a les àrees sanitària, legal, social, educativa i comunicativa, de manera que almenys 500 estudiants rebin una formació àmplia que els prepari per prevenir i protegir eficaçment les nenes i les dones de l'MGF.

El projecte busca també estimular la sensibilitat i afavorir l'intercanvi de coneixements i experiències entre els professors universitaris, el personal de recerca, els experts, les Administracions Públiques i les ONG de diferents països europeus, africans i asiàtics. Tenint present aquesta fita, els socis organitzaran quatre conferències i seminaris internacionals a Madrid, Brussel·les, Lisboa i

Roma, els resultats de les quals es publicaran al lloc web del projecte (<http://mapfgm.eu/>). Per intentar arribar a un públic més ampli, MAP-FGM en difondrà i divulgarà periòdicament els resultats mitjançant butlletins electrònics, publicacions i material audiovisual.

2. LA GUIA MULTISECTORIAL DE FORMACIÓ ACADÈMICA SOBRE MGF

La Guia de Formació Acadèmica està destinada a promoure i facilitar la incorporació de contingut acadèmic sobre l'MGF en diferents graus universitaris, com els graus de Medicina, Infermeria, Educació, Psicologia, Treball Social, Dret, Antropologia, Cooperació Internacional per al Desenvolupament, Estudis de Dones i Gènere, Comunicació i Periodisme. Aquesta guia ha estat elaborada per personal docent i de recerca de diferents disciplines relacionades amb la Universitat Rey Juan Carlos, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Università Roma Tre, l'Instituto Universitário de Lisboa i la Vrij Universiteit Brussel, juntament amb els experts de dues fundacions especialitzades amb una àmplia trajectòria en el camp d'intervenció (Fundació Wassu-UAB i Fundació Angello Celli).

L'objectiu de la guia és oferir, de manera estructurada i accessible, contingut educatiu per a la formació de futurs professionals que podrien tenir un paper clau en la prevenció i l'abandonament d'aquesta pràctica, així com en l'assistència a dones i nenes. En aquest sentit, pot ser útil per al personal docent de les universitats, les autoritats acadèmiques o els estudiants interessats a adquirir coneixements acadèmics i professionals especialitzats sobre el tema. El seu caràcter multisectorial es deriva de la participació d'autors provinents de diferents disciplines, amb diversos enfocaments conceptuals i epistemològics. La pluralitat de les perspectives recollides en aquesta guia reflecteix l'abundància de debats acadèmics i la complexitat dels dilemes teòrics i pràctics que planteja l'abandonament de l'MGF, tant als països d'origen com als països d'acollida.

3. PER QUÈ I COM FER SERVIR LA GUIA MULTISECTORIAL DE FORMACIÓ ACADÈMICA SOBRE L'MGF

La Guia Multisectorial de Formació Acadèmica sobre l'MGF està organitzada en dues parts. La primera, que és comuna a totes les disciplines, inclou informació bàsica sobre l'MGF (Capítol II, Introducció a l'MGF), així com dades més detallades que poden ser útils per conèixer-la amb profunditat (Capítol III, Anàlisi detallada de l'MGF). El contingut d'aquests dos capítols pot ser interessant i útil per a tota la comunitat educativa, docents i estudiants, amb independència de la seva especialitat, i constitueix una primera aproximació a la base de coneixements sobre l'MGF.

La segona part, formada per sis capítols sectorials, té un disseny metodològic adaptat a l'activitat docent dels graus i postgraus universitaris de Medicina, Infermeria i Obstetrícia (Capítol IV), Dret i Criminologia (Capítol V), Treball Social, Ciències de l'Educació i Psicologia (Capítol VI), Antropologia i Estudis Culturals (Capítol VII), Estudis de Dones i Gènere (Capítol VIII) i Comunicació i Periodisme (Capítol IX).

Per tal d'assolir els objectius i les competències didàctiques de cada disciplina, cada capítol sectorial ha estat desenvolupat per un grup d'experts interuniversitari. La composició d'aquest grup es reflexa a l'índex de la guia. Aquests capítols proporcionen continguts conceptuals i teòrics, informació pràctica i recomanacions, fragments d'entrevistes etnogràfiques, recursos bibliogràfics i audiovisuals, dilemes i qüestions per resoldre, diferents propostes de debats i activitats per fer servir a l'aula, a més d'exercicis d'avaluació. Tot plegat, amb la finalitat de facilitar la incorporació d'aquesta temàtica en el currículum formatiu.

Alhora, esperem que el projecte MAP-FGM sigui un instrument útil per a la integració de la perspectiva de gènere en la formació universitària, amb l'objectiu de promoure i defensar els drets de dones i nenes de totes les classes socials, confessions religioses, identitats o orientacions sexuals, diversitats funcionals, nacionalitats, llocs d'origen o identitats culturals.

Capítol II.

Introducció a l'MGF

Resum:

1. Definicions, terminologia i tipus d'MGF (Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane, Fundació Wassu-UAB)
2. Historicitat de l'MGF i motivacions dels qui s'hi oposen (Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
3. Perspectives antropològiques (Francesco Pompeo, Università Roma Tre)
4. Les conseqüències de l'MGF (Els Leye, VUB)
5. Violència contra les dones i contextualització amb els drets humans internacionals (Laura Nuño Gómez i Magaly Thill, URJC)

Taules:

- Taula 1. Tipus d'MGF segons la classificació de l'OMS (OMS 2016)
- Taula 2. Riscos associats a l'MGF
- Taula 3: Documents principals d'àmbit regional i internacional per acabar amb l'MGF
- Taula 4. Drets humans protegits per convenis internacionals que l'MGF infringeix

Referències bibliogràfiques

1. DEFINICIONS, TERMINOLOGIA I TIPUS D'MGF

Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane (*Fundació Wassu-UAB*)

La mutilació genital femenina (MGF) és una pràctica antiga que continua realitzant-se com una tradició profundament arrelada als països on es practica i que se sustenta sobre un model complex de significats simbòlics i culturals. Es practica principalment a 30 països de l'Àfrica subsahariana, l'Orient Mitjà (Kurdistan iraquiana i Iemen) i l'Àsia (Indonèsia) (UNICEF 2016). Avui dia, allò que és local esdevé global: els migrants viatgen i s'emporten la seva cultura, de manera que aquesta pràctica s'estén entre la diàspora d'arreu del món (Europa, els Estats Units d'Amèrica i Austràlia, entre d'altres).

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS 2016), l'MGF comprèn "tots els procediments que lesionen de manera parcial o total els genitals

externs femenins, o que produeixen qualsevol altra lesió en els òrgans genitals femenins per motius no mèdics”. Segons les estimacions de l’UNICEF, aproximadament 200 milions de dones han patit la pràctica i l’any 2050 més de 63 milions de menors podrien patir-la (UNICEF 2016). Aquesta pràctica està reconeguda en l’àmbit internacional com una violació dels drets humans de nenes i dones, i constitueix una discriminació greu contra les dones. Tanmateix, són les mares qui, per amor i per voler garantir un futur a les seves filles, perpetuen aquesta pràctica a fi d’aportar-los una identitat ètnica i de gènere (Kaplan, Hechavarría i Puppo 2015).

L'MGF és un tema tan complex, sensible i polititzat, que és difícil comprendre'n totes les implicacions a partir de les definicions normatives, les classificacions i les limitacions geogràfiques (implicacions que intentem explorar en tota aquesta guia). Els mitjans de comunicació sovint creen notícies sensacionalistes sobre l'MGF, fet que contribueix a estendre una opinió generalitzada sobre l'MFG com una pràctica horrible en mans de persones “primitives”. Hi ha hagut, i continua havent-hi, un debat extens sobre com denominar aquesta pràctica (en l’àmbit internacional i entre els acadèmics i les comunitats practicants). Tal com ho expressa Sara Johnsdotter, hi ha una divisió de treball entre investigadors i activistes (Johnsdotter 2012).

La pràctica ha rebut el nom de “circumcisió femenina” (CF) o senzillament de “circumcisió”. Aquest terme fa referència a una pràctica cultural que duen a terme ambdós sexes, un ritual de transició cap a l’edat adulta i que no implica cap violència ni agressió en el seu significat. És el terme que prefereixen els qui se situen en opcions relativistes i el que utilitzen les comunitats practicants. Les comunitats musulmanes, com ara les de Sudan i Etiòpia, també l’anomenen *Sunna* (una tradició o recomanació) o l’equivalent en la llengua local. Els mandinga, un grup ètnic que viu en determinades zones de Gàmbia i Senegal, fan servir la denominació *ñyaka*, mentre que a Somàlia l’anomenen *gudniin gadbahaada*. Tots dos, però, són termes que tenen una càrrega més simbòlica que no pas emocional. Les denominacions locals són menys estigmatitzadores a l’hora d’efectuar qualsevol tipus d’intervenció preventiva amb les comunitats per evitar aquesta pràctica, perquè demostren respecte per les seves cultures. Es recomana l’ús dels termes “tallar”, “tall” o “tallar dones” per iniciar un diàleg amb els grups practicants, ja que acostuma a percebre’s com una denominació respectuosa (Kaplan 2003). El terme “circumcisió” ha rebut moltes crítiques perquè implica comparar la circumcisió femenina amb la masculina, tot i que la primera versió desposseeix la dona d’un òrgan i és molt més invasiva en comparació amb el procediment masculí, a més de tenir implicacions sanitàries més greus.

Als anys 70, la comunitat d’activistes feministes va introduir el terme “mutilació genital femenina” (MGF) a fi d’emfatitzar la violació dels drets de les dones i les nenes.¹ A començaments dels anys 90, el Comitè Inter-africà sobre

¹ Per obtenir més informació sobre la historicitat del terme, consulteu el Capítol II, apartat 2: Historicitat de l'MGF i motivacions dels qui s’hi oposen.

Pràctiques Tradicionals (CIA) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) van començar a emprar aquesta denominació, que va propiciar l'entrada de l'MGF en l'ordre del dia de les entitats que treballen els drets humans i els aspectes sobre la violència de gènere. Des de l'última declaració que van emetre les Nacions Unides (OMS 2008), l'MGF es considera el terme més correcte per defensar l'abandonament de la pràctica en l'àmbit internacional.

També s'ha inclòs aquesta pràctica com a part de les pràctiques tradicionals perjudicials (PTP) que afecten negativament la salut de les dones i les nenes. Això implica fer referència a altres tradicions, com ara els casaments precoços, el planxament de pits, els peus embenats o els assassinats per honor.

El terme "modificacions genitals femenines" ha estat presentat com una crítica per "l'ús ambigu del terme 'mutilació', que es pot percebre com estigmatitzador i l'ús del qual pot ser contraproduent per establir relacions positives de manera eficaç" (Fusaschi 2014, 95).

En aquesta guia en català, ens referirem a aquesta pràctica com "mutilació genital femenina" (MGF). L'ús d'aquest terme té com a objectiu aportar una anàlisi més àmplia sobre la pràctica i comprendre la necessitat de promoure'n l'abandonament, atès que es tracta d'una pràctica tradicional perjudicial, mitjançant un enfocament respectuós. La terminologia de la pràctica varia en funció del país i de l'idioma. És per això que, pel que fa a la traducció, els socis d'aquesta guia s'han posat d'acord per emprar els termes que considerin més adequats.

LMGF es practica majoritàriament en noies i nenes d'entre 0 i 15 anys, tot just abans de tenir la primera menstruació. A vegades, però, es pot practicar en adultes i en dones ja casades.

L'any 1995, l'OMS va establir quatre tipus d'MGF (actualitzats l'any 2007), una classificació que va ser revisada per darrer cop el 2016, tal com es mostra més endavant. Tanmateix, cal emfatitzar que sovint és difícil classificar un procediment que fan dones grans amb fulles d'acer o d'afaitar i amb possibles problemes de visió propis de l'edat, de manera que la pràctica no és acurada, ja que no s'efectua en un entorn mèdic (tot i que la medicalització comença a ser tendència). Les estimacions actuals indiquen que aproximadament un 90 % dels casos d'MGF són de tipus I o II, i casos en què els genitals de les nenes han patit un tall però no se n'ha extirpat la carn (tipus IV). Finalment, un 10 % dels casos són de tipus III. La classificació, en tot cas, s'ha efectuat amb criteris exclusivament biomèdics, sense tenir en compte cap enfocament sanitari d'àmbit global.

Taula 1. Tipus d'MGF segons la classificació de l'OMS (OMS 2016)

<p>Tipus I: Extirpació parcial o total del clítoris i/o el prepuci (plec de pell que envolta el clítoris). En la cultura islàmica, aquest tipus es coneix com la <i>Sunna</i> (tradicció) i es compara amb la circumcisió masculina.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipus Ia: Extirpació del prepuci o del gland del clítoris (circumcisió). - Tipus Ib: Extirpació del clítoris amb el prepuci (clitoridectomia).
<p>Tipus II: Extirpació parcial o total del clítoris i del llavi menor (els plecs interiors de la vulva), amb o sense excisió del llavi major (els plecs externs de la pell de la vulva). També s'anomena "excisió".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipus IIa: Extirpació únicament del llavi menor. - Tipus IIb: Extirpació parcial o total del clítoris i del llavi menor. - Tipus IIc: Extirpació parcial o total del clítoris, del llavi menor i del llavi major.
<p>Tipus III: Estrenyiment de l'orifici vaginal mitjançant el tall i la unió dels llavis menors i/o dels llavis majors per crear una mena de segellat, amb o sense excisió del clítoris. En la majoria de casos, es cusen les vores tallades dels llavis. Aquesta tècnica es denomina "infibulació". Aquest tipus de mutilació de vegades es coneix com a "faraònica" i el seu nom prové de la paraula llatina <i>infibulare</i> ('subjectar amb una tanca').</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipus IIIa: Extirpació i aposició dels llavis menors amb o sense excisió del clítoris. - Tipus IIIb: Extirpació i aposició dels llavis majors amb o sense excisió del clítoris.
<p>Tipus IV: Inclou tota la resta de procediments perjudicials en els genitals femenins per motius no mèdics com ara la perforació, la incisió, el raspat i la cauterització. Entre els exemples d'MGF de tipus IV destaquen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perforació o incisió del clítoris i/o dels llavis; - estrenyiment del clítoris i/o dels llavis; - cauterització (soldadura) del clítoris i del teixit que l'envolta; - raspat (tall <i>angurya</i>) de l'orifici vaginal o tall (tall <i>gishiri</i>) de la vagina; - introducció de substàncies corrosives en la vagina que provoquen sagnat o d'herbes en la vagina amb l'objectiu constrènyer-la o estrènyer-la, i - qualsevol altre procediment que s'inclouï dins de la definició d'MGF, tal com s'ha definit anteriorment.

La "desinfibulació" fa referència a la pràctica que implica l'obertura de l'orifici vaginal segellat d'una dona que ha estat infibulada (Tipus III). Sovint és necessària per poder tenir relacions sexuals, per facilitar el part o per millorar la salut i el benestar de la dona. La "reinfibulació" fa referència al procediment mitjançant el qual s'estreny l'obertura vaginal d'una dona després d'haver estat desinfibulada (p. ex., després del part). També es coneix com la resutura.

La cirurgia estètica genital (CEG) no s'inclou en la tipologia esmentada en aquest document. Aquest procediment ha augmentat de manera preocupant els últims anys, principalment a Europa i els Estats Units. L'American Society

for Aesthetic Plastic Surgery ha informat sobre 400 casos de noies de 18 anys o menys que s'havien sotmès a una labioplàstia l'any 2015, cosa que representa un augment del 80 % pel que fa als 222 casos del 2014. Segons un informe britànic del 2013, el nombre de procediments de labioplàstia efectuats pel Sistema Nacional de Salut s'ha quintuplicat durant els últims 10 anys.² Els procediments no estaven indicats des d'un punt de vista mèdic i es van efectuar majoritàriament per motius estètics.

Cal tenir en compte que també s'han desenvolupat altres classificacions i tipologies d'MGF (Fusaschi 2003, 2011, 157; 2013).³

2. HISTORICITAT DE L'MGF I MOTIVACIONS DELS QUI S'HI OPOSEN

Ricardo Falcão (*ISCTE-IUL*)

La primera referència explícita a la circumcisió femenina la va introduir el geògraf i historiador grec Estrabó aproximadament un segle abans de Crist i la definia com una pràctica assídua a Egipte. Hi ha evidències, però, que la circumcisió femenina podria haver estat una pràctica comuna en aquesta regió fins i tot abans d'aquest període. Segons Sara Johnsdotter, se'n comencen a trobar descripcions més detallades a mesura que arribem als segles XV i XVI, amb els viatges dels europeus per l'Àfrica. Però no va ser fins fa poc (segles XVIII i XIX, principalment) quan les diferents interpretacions van fer créixer l'interès sobre les finalitats de la pràctica –a través de diferents debats sobre els motius morals, a més dels aspectes higiènics i estètics–, tot i que els orígens de l'MGF continuen sent un misteri (Johnsdotter 2012).

La clitoridectomia i la infibulació també s'han practicat al llarg de la història. De fet, hi ha referències en institucions sanitàries des del s. II fins al s. XVIII, en què s'han trobat descripcions acompanyades de més informació, com ara la pretensió terapèutica d'aquests procediments per controlar la sexualitat i tot un conjunt de malalties que afectaven Europa i Amèrica del Nord. En aquestes referències hi ha informació que indica que aquests procediments s'han practicat com a cura contra la masturbació, l'adulteri o el lesbianisme, fet que destaca l'aspecte altament moralitzant de les visions que es tenien del cos durant els segles XVIII i XIX (Johnsdotter 2012).

² Rabin, Roni Caryn. 2016. "More Teenage Girls Seeking Genital Cosmetic Surgery." *New York Times*, 25 d'abril. Consulta 21 d'octubre de 2016. http://well.blogs.nytimes.com/2016/04/25/increase-in-teenage-genital-surgery-prompts-guidelines-for-doctors/?_r=0.

³ Per saber-ne més, consulteu el Capítol III, apartat 2: Els genitals i la construcció del cos de la dona.

Durant el primer quart del segle XX, es va començar a qüestionar fermament la circumcisió femenina, tant en l'àmbit sanitari com en el terreny polític. S'han trobat dades sobre prohibicions de la pràctica d'aquesta època a països com Kenya, Egipte i Sudan que van ser promogudes pels poders i actors colonials, i també pels agents locals, tot i respondre a diferents lògiques.

Per exemple, durant la dècada del 1920 a Kenya, els missioners protestants empraven arguments mèdics per denunciar la pràctica a les regions més remotes del país. Aquests arguments se centraven en les preocupacions sobre una pretesa associació als costums de l'avortament, els baixos índexs de fertilitat i el ritual d'iniciació mitjançant el qual les nenes esdevenien dones a través de l'excisió. "Els missioners protestants van tenir prou èxit amb la implicació en la seva campanya de grups humanitaris i feministes de Londres. Tant les diputades del Parlament com les organitzacions que defensaven els drets de la dona defensaven davant del Congrés dels Diputats del Regne Unit que calia prohibir la clitoridectomia perquè suposava un perill per als infants i les mares durant el part" (Thomas 1998, 130).

Mentre que els arguments mèdics semblaven tenir ressò entre el públic general, el poder colonial, segons Lynn Thomas, semblava estar més preocupat pel fet que en les comunitats es practiqués l'avortament a les noies que s'havien quedat embarassades abans de ser extirpades, ja que aquest fet suposava un problema de densitat de població i alhora "posava en perill la planificació econòmica de treball intensiu" (Thomas 1998, 129). La petició tant de les parlamentàries com dels missioners de prohibir en l'àmbit colonial la circumcisió femenina va topar amb les reticències dels administradors per formalitzar la prohibició en el Codi Penal atès que es percebia com una mena d'interferència en les iniciacions femenines, en lloc d'optar per un enfocament centrat en l'"educació" i la propaganda.

L'exemple descrit il·lustra només que els debats sobre la prohibició de l'MGF es remunten a temps en què s'enredaven els problemes que argumentava el poder i l'Administració amb les qüestions de legitimitat cultural. Hi ha altres exemples que també destaquen els esforços locals per erradicar la pràctica a l'Egipte de la dècada de 1920, quan l'Egyptian Doctors' Society es va unir a la petició de prohibició (Boddy 2007), o al Sudan del 1946, quan la pràctica es va il·legalitzar tot i que segueix realitzant-se a dia d'avui. La historicitat dels debats sobre l'MGF està marcada per les moltes tensions entre els qui advoquen per l'abolició de la pràctica i els qui la segueixen realitzant.

El resultat de les motivacions de cadascuna de les parts ha estat el producte de dècades de creació de polítiques i de sensibilització d'innumerables actors, tant individuals com institucionals. Al llarg del segle XX, el debat va anar evolucionant per passar de l'aspecte sanitari a la qüestió dels drets (humans) individuals. La història de les motivacions dels qui s'oposen a l'MGF va de la mà del canvi en la percepció de la pràctica i dels seus significats, al llarg dels anys, tant per part dels individus com de les comunitats, del seu valor i també, potser

de manera més important encara, dels marcs evolutius a través dels quals es percep i s'interpreta la pràctica i els instruments legals que hi ha disponibles per combatre-la.

El problema de l'MGF es planteja per primera vegada el 1952 durant la Comissió de Drets Humans de les Nacions Unides, i és l'any 1958, durant el Consell Econòmic i Social de les Nacions Unides, que s'instaura l'Organització Mundial de la Salut perquè estudiï les “operacions basades en els costums [de l'MGF]”, però “l'OMS va defensar l'opinió que la qüestió es basava en ‘origens socials i culturals’ i, per tant, que aquest aspecte no s'inclouia en les seves competències” (Hosken 1976). Segons Hosken, aquesta falta de reconeixement també va provocar la falta d'informació sobre la pràctica, que va continuar sent una realitat al llarg de tota la dècada de 1970. Institucions com ara l'OMS i l'UNICEF creien que el problema l'havien de resoldre els líders polítics dels països africans (Hosken 1978), amb la qual cosa se subratllava que es tractava d'una qüestió de legitimitat cultural i alhora se'ns recordava que, des dels seus inicis, el marc internacional dels drets humans es basava en una visió androcèntrica del món, que es començaria a qüestionar a partir de la dècada de 1970.

La tasca de les feministes en aquell temps va donar lloc a la primera legislació internacional que tractava especialment les qüestions de gènere i que es considera «un pas de vital importància envers el reconeixement internacional dels abusos dels drets humans que se succeeixen en l'àmbit privat (Baer 2007, 98)». Tanmateix, tot i l'evolució i els instruments legals que proporcionen una mena de “carta de drets” de la dona, els primers documents referents a les polítiques principals no van poder tractar obertament l'origen problemàtic de l'MGF (Berkovitch 1999). Només un dels documents incloïa una referència concreta adoptat en la 9a sessió del Comitè per a l'eliminació de la discriminació contra les dones (CEDAW), que es va publicar amb el títol *Recomanació general núm. 14 del CEDAW: Female Circumcision*:

Durant aquesta època, al llarg dels anys 1970, van començar a aparèixer les primeres indicacions que demostraven que l'agenda global sobre els drets de la dona estava esdevenint una realitat. Metges indígenes i defensors dels drets de la dona van denunciar l'MGF mentre les feministes occidentals, per la seva banda, situaven la qüestió en el debat internacional. Entre els protagonistes del primer grup trobem el doctor egipci Youssef El Masry i el seu estudi pioner, *The Sexual Tragedy of Arab Women in the Orient* (1962); la denúncia ben documentada de les conseqüències sanitàries, sexuals i socials de l'MGF en les dones que va efectuar la doctora feminista egípcia Nawal El Saadawi (1969), que també es va oposar a la circumcisió masculina i va ser acomiadada del Ministeri de Sanitat egipci pel seu text sobre la sexualitat femenina; l'estudi sistemàtic de la pràctica de l'MGF a Sudan que va redactar la doctora Asma El Dareer, titulat *Woman, Why Do You Weep?* (1982); el manifest contra la poligàmia, la clitoridectomia i la infibulació de la senegalesa Awa Thiam que porta per títol *Speak Out, Black Sisters* (1978), o

l'estudi sostingut de Nahid Toubia i altres testimonis que varen explicar les seves experiències amb l'MGF, com ara Evelynne Accad (1975) o la metgessa establerta a Sierra Leone Olayinka Koso-Thomas.

Les primeres feministes occidentals que van denunciar l'MGF en els seus escrits van ser l'autora francesa Benoîte Groult a l'obra *Ainsi soit-elle*, del 1975 (Así sea ella, en castellà) i la professora feminista nord-americana Mary Daly a *Gyn/ecology: The Metaethics of Radical Feminism* (1978). Però la publicació que va tenir més ressò va ser el cèlebre Informe Hosken, publicat l'any 1979 per la periodista nord-americana Fran P. Hosken, on l'autora va aportar per primera vegada xifres globals sobre la pràctica de l'MGF emprant un llenguatge de drets humans i mèdic, i a través del qual va insistir en l'ús de l'expressió "mutilació". Més endavant, escriptores de descendència africana com ara Alice Walker i Pratibha Parmar també van denunciar l'MGF, tal com es mostra a *Warrior Marks: Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women* (1993).

Tot i que l'hagin emprat autores com Awa Thiam i Nahid Toubia, i tot i que el Comitè Inter-africà (CIA) sobre pràctiques tradicionals que afecten negativament la salut de la dona i la nena l'hagi adoptat l'any 1990, l'ús del terme "mutilació" va provocar indignació entre les dones africanes, que el van entendre com una imposició de diferents normes culturals que celebren els drets de l'individu i que exclouen la unitat ètnica o familiar (Berkovitch 1999, 490). Aquest fet va obrir un debat important i significatiu entre les teòriques feministes de diferents perspectives epistemològiques i ontològiques. Les dones africanes també es van mobilitzar envers l'erradicació de les "pràctiques tradicionals perjudicials" (entre les quals s'inclouia també l'MGF) mitjançant la creació l'any 1984 del Comitè Inter-africà (CIA) de pràctiques tradicionals que afecten negativament la salut de la dona i de la nena.

Entre els anys 1980 i 1990, l'MGF va deixar de ser un problema des d'un únic punt de vista sanitari per convertir-se en una qüestió de drets humans, de manera que podem dir que, des dels anys 1990, s'entén com una forma de violència contra les dones. El marc propi del gènere de la violència masclista, juntament amb el reconeixement de l'MGF com una pràctica lesiva de l'àmbit privat, és un pas important en la transversalització de les diferents agendes. La creació de diversos instruments de drets humans internacionals ha permès, d'una banda, que els marcs de les institucions internacionals destinin més finançament a l'actuació contra l'MGF, a la producció de coneixement acadèmic i a la creació de campanyes. Durant les dues últimes dècades hem vist com s'han multiplicat i consolidat els instruments internacionals disponibles per combatre l'MGF.

Tanmateix, tot i la proliferació dels instruments vinculants en matèria legal, i tot i els avenços en les legislacions dels països i les capacitats de les organitzacions internacionals, les preocupacions sobre el significat d'una governança humanitària global (Fassin 2009) i les reflexions massa limitades

sobre l'enfocament des dels drets humans de l'MGF i que destaquen la relació víctima-salvador i una noció de cultura massa essencialista, actuen com a advertències contra les condemnes de l'MGF a través de les lògiques de l'alteritat cultural. A mesura que l'MGF guanya terreny a Europa, es fan més visibles els nous reptes entre els defensors dels drets humans pel que fa a les comunitats migrants, com també es fa més visible el conflicte entre les diferents perspectives i drets que tampoc no estan exemptes de contradiccions. Unes contradiccions que són conseqüència de la historicitat concreta de la institucionalització de la lluita contra l'MGF, dels seus marcs i promotors, i del seu abast més ampli i més estret.

3. PERSPECTIVES ANTROPOLÒGIQUES

Francesco Pompeo (*Università Roma Tre*)

Des de la seva institucionalització a finals del segle XIX, l'antropologia promou el coneixement científic sobre l'alteritat i assumeix la centralitat epistemològica de la diversitat cultural en l'experiència humana. La història d'aquesta disciplina, que inclou estudis sobre la qüestió que ens ocupa des de fa gairebé un segle, proporciona un conjunt ampli d'evidències en matèria de treballs de camp sobre l'MGF. Els estudis etnogràfics, quan s'han efectuat en múltiples contextos socials, geogràfics i històrics, han destacat la complexitat d'aquestes pràctiques. El resultat és una gran varietat de situacions, pel que fa a l'edat, l'impacte en els genitals, els actors implicats i els rituals socials, en funció dels diferents contextos culturals i locals: un ampli panorama de modalitats i significats que adopten un significat segons cada tipus de societat específic sobre sexe i gènere. Només l'assumpció total de la perspectiva antropològica, una que desenvolupi el coneixement d'aquests universos des de dins i des de baix, que analitzi els constructes de poder simbòlics (idea d'ordres) i les relacions de gènere, pot ajudar a plantejar un discurs real i no etnocèntric sobre l'MGF, que en darrer terme impliqui compartir el debat amb els actors implicats. Des d'un punt de vista estrictament antropològic, cada pràctica, tant si es tracta d'un ritual com si no, només es pot entendre en relació amb el seu propi context cultural i social. Això vol dir, literalment, que el seu significat és *relatiu* a un conjunt específic de "valors".

Aquest enfocament, en una experiència de diversitat cultural més profunda, amb el rebuig de la visió evolutiva que ha caracteritzat el pensament occidental dominant, es va definir durant el període de postguerra de la dècada de 1950 com a "relativisme cultural" o, més aviat, com un posicionament basat en l'assumpció general que, per se, no hi ha cultures millors ni pitjors. Això també va comportar el perill d'un relativisme amoral extrem i absolut, on la diversitat cultural existeix com una mena d'esfera inqüestionable de respecte o legitimitat. Actualment, en

molts manuals d'antropologia s'invoca el tema de l'MGF per destacar els límits del relativisme extrem. Així mateix, el relativisme cultural es va definir com un enfocament metodològic: primer com una actitud crítica envers els valors culturals propis i, més tard, com un patró de recerca basat en “una suspensió temporal del judici” per poder separar l'observació i l'enteniment de qualsevol judici moral que provingui d'una visió particular. En el procés etnogràfic, aquesta retenció del judici és la premissa indispensable per descobrir el significat dels altres alhora que es té en compte el punt de vista de l'investigador. En general, només mitjançant l'ús del relativisme cultural metodològic podrem recopilar dades i ser conscients del fet que la corporalitat ve determinada culturalment i socialment i que es correspon amb els models (o antimodels) que incorporen les societats i els individus d'una societat capitalista avançada i sobre els quals actuen.

El debat antropològic que s'ha encetat durant les últimes dècades ha desenvolupat un enfocament fortament crític i reflexiu (Pompeo 2013) mitjançant l'entrecruament de l'antropologia postmodernista i la feminista per tal de deconstruir el punt de vista universalista occidental i descolonitzar alguns dels elements del seu propi dispositiu de coneixement, començant per l'autoritat etnogràfica masculina i, per tant, proposant una visió de cultura com un procés i superant qualsevol idea estereotipada de la tradició (Tamale 2008).

Aquesta perspectiva revela diferents formes de dominació, com ara les presumpcions universalistes ideològiques, que es compromet a superar l'oposició clàssica entre nosaltres/vosaltres (colonitzadors i colonitzats), que denuncia la neutralitat de gènere com a negació dels rols de les dones, així com la complexitat de les dinàmiques de poder en les relacions, abandonant qualsevol model positivista d'objectivitat falsa i afirmant la necessitat de reconèixer les diferències i subjectivitats d'una manera no sexista. D'aquesta manera, un enfocament crític que també assumeix una perspectiva dinamista fomenta una nova sensibilització històrica a través d'una visió diacrònica de les representacions de l'alteritat i d'una revisió genealògica de les categories principals. Per exemple, el terme “mutilació genital femenina” només va ser reconegut per l'OMS l'any 1995, en lloc de la denominació circumcisió femenina, com a resultat de la política que van desenvolupar i coordinar les Nacions Unides des de la dècada de 1950. A mitjans de la dècada de 1990, moltes organitzacions van decidir emprar termes més “neutres”, com ara “tall genital femení”, ja que consideraven que l'MGF era un terme amb connotació crítica i pejorativa. Tanmateix, el llenguatge emprat per denominar aquestes pràctiques continua sent controvertit i requereix d'una consideració ètica pensada amb cura pel que fa a la subjectivitat de les dones.

En aquest sentit, des d'una perspectiva antropològica, és absolutament necessari mantenir una bona atenció crítica en el llenguatge i les categories utilitzades per descriure l'MGF per evitar atribucions injustificades i

generalitzacions massa fàcils. En un sentit més general, quan debatem sobre aquest tema hem de tenir en compte que qualsevol estereotip que generi una postura és conseqüència d'unes opinions eurocèntriques simplistes, especialment si fan referència a una suposada superioritat moral. Algunes retòriques públiques sobre l'MGF, centrades únicament en queixes i indignació moral, corren el risc de reproduir patrons colonials de civilització de "bàrbars" i de reproduir també la vella idea d'erradicar les actuacions "primitives" lluitant contra les tradicions obscurantistes i les supersticions perilloses. Molts estudis etnogràfics han demostrat que l'ús del terme mutilació amb les dones víctimes de l'MGF crea molts problemes perquè es percep com a humiliant i despectiu. Els actors socials molt sovint no perceben el canvi irreversible com una mutilació (Fusaschi; consulteu el Capítol III, apartat 2). I aquest és un tema crucial. La pregunta que segueix és: com podem contribuir a la superació de les pràctiques, –tant amb la implicació dels actors com en contra del que ells en pensin? Hem de canviar la perspectiva d'una manera antropològica i establir les condicions per a un diàleg amb les dones implicades que pugui reconèixer les seves subjectivitats. En lloc d'emprar el terme "mutilació", és preferible emprar modificació per construir amb les actrius socials un espai de "neutralitat», relativament lliure de biaixos, en què es pugui desenvolupar un diàleg intercultural i de mediació. En qualsevol cas, canviar l'èmfasi no justifica les pràctiques de cap manera. Ben al contrari, si aixequem la mirada des de baix i des de lluny (parlem de persones i amb persones) podrem entendre com s'interpreta el cos des d'un punt de vista social segons els diferents contextos locals i podrem entendre com, a partir d'aquí, es donen i es negocien els significats relacionats amb les relacions entre gèneres.

Durant els últims anys, l'antropologia ha desenvolupat una reflexió crítica sobre les accions i les raons humanitàries amb l'objectiu d'analitzar el component local i global. Començant per la representació de l'"altre» com a "víctima a la pantalla", podrem demostrar que les organitzacions creen una representació d'una "humanitat africana" a la deriva formada per dones i nenes (Fusaschi 2010). Des del punt de vista d'aquestes ONG o d'altres organitzacions internacionals, la supervivència de la dona i la nena depèn de les seves accions de desenvolupament, inspirades per una ideologia moral i pedagògica. Els debats sobre Àfrica als mitjans europeus estan directament relacionats amb la política interna envers l'alteritat (és a dir, sobre la migració) i alguns temes políticament candents com ara la família, el paper de la dona, les preferències d'adopció i de sexe, els drets civils, els casaments forçats, etc. (Fassin 2010). En aquest sentit, l'estat sovint presenta la migració com un problema i l'immigrant esdevé sospitos des del punt de vista moral i requereix la "hipercorrecció social" (Sayad 1999). El cos migrant de la dona conté "orígens" sospitosos i, al llarg de la seva vida, aquesta dona haurà d'enfrontar-se al seu estatus com a víctima. Un cos de migrant pot trobar una posició de legitimitat en la societat que l'acull, però només mitjançant la implementació d'un dispositiu biopolític que és el "nou cos": un cos obligat a ser reajustat, obligat a re-regular-se i reconvertit en cos adequat segons la "nostra" manera de viure.

4. LES CONSEQÜÈNCIES DE L'MGF

Els Leye (VUB)

L'MGF pot tenir un impacte greu en la salut i el benestar de la dona i la nena. Segons la literatura disponible, les conseqüències en la salut es descriuen i s'han classificat més comunament sobre la base del moment en què apareixen (a curt termini, en el moment del tall o immediatament després, i a llarg termini), de la natura de les conseqüències (p. ex., des del punt de vista obstètric, psicològic, sexual i social) o d'ambdues perspectives. Tot i que l'MGF està àmpliament reconeguda com un procediment que provoca lesions físiques i psicològiques, la recopilació i l'aportació de dades precises sobre les conseqüències i les defuncions relacionades amb l'MGF és tot un repte (OMS 2016, 1-7).

Les conseqüències relacionades amb l'MGF variaran en funció del tipus, de l'estat general de la nena/dona en el moment del tall, de les circumstàncies en què es va efectuar (p. ex., en una casa d'una àrea rural remota, lluny d'un centre de salut), dels instruments emprats (p. ex., un ganivet tradicional) i de la persona que efectua el procediment (p. ex., una extirpadora tradicional, normalment sense capacitació quirúrgica o, en qualsevol cas, sense formació mèdica).

Malgrat els molts reptes que suposa la documentació de l'abast exacte i la naturalesa de l'impacte en la salut i el benestar de dones i nenes, l'OMS ha emès recentment unes directrius per a la gestió clínica de la mutilació genital femenina basant-se en un estudi exhaustiu de les evidències disponibles. Al Quadre 1 es mostra una visió general dels riscos per a la salut (tant immediats com a llarg termini) i dels riscos en matèria d'obstetrícia, així com les conseqüències per a la salut psicosexual de la dona i la nena. A més, és una adaptació de la visió general que es proporciona en les directrius de l'OMS. Tota la terminologia mèdica està explicada a la columna de la dreta⁴.

⁴ MedicineNet, Inc. 2016. Consulta del 22 d'octubre de 2016. <http://www.medicinenet.com>.

Taula 2. Riscos associats a l'MGF

Complicacions immediates (Berg et al. 2014a; Iavazzo et al. 2013, 1137-49)	
Hemorràgia	<i>Hemorràgia: sagnat (greu).</i>
Dolor	
Xoc	<i>Estat greu que s'origina a causa d'una disminució sobtada del flux sanguini en el cos. Es pot patir un xoc a causa d'una pèrdua sobtada de sang provocada pel tall del clítoris i/o del teixit genital (xoc hemorràgic), per una lesió en els òrgans a causa d'una infecció (xoc sèptic) o per danys en el sistema nerviós (xoc neurològic).</i>
Es pot produir una inflamació en el teixit genital a causa d'una infecció local o d'una resposta inflamatòria.	
Es poden produir infeccions en el tracte urinari, el tracte genital i /o el tracte reproductiu. Poden ser greus o locals, poden provocar sèpsia o septicèmia, i poden comportar la formació d'abscessos.	<i>Una infecció en el tracte urinari afecta (parcialment) el tracte urinari, que està format pels òrgans que produeixen, emmagatzemen i descarreguen l'orina. Entre aquests òrgans s'inclouen la bufeta, els ronyons, la uretra i els urèters. El tracte genital femení està format pels genitals interns i externs femenins. Els genitals externs estan formats alhora pel pudendum, el clítoris i la uretra femenina. El tracte reproductiu (o genitals interns) d'una dona està format pels ovaris, l'úter, les trompes de Fal·lopi, la vagina, el cervix i la vulva.</i>
Es poden produir problemes de micció com ara dolor quan l'orina passa vora la ferida, fet que pot ocasionar una retenció greu de l'orina. A conseqüència de la lesió en el tracte urinari després del tall, també es poden produir problemes.	
Problemes relacionats amb la cicatrització de la ferida.	
Pot ocasionar la mort a causa d'una hemorràgia intensa o de septicèmia.	<i>Sèpsia, intoxicació sanguínia o septicèmia: la presència de bacteris o d'altres organismes infecciosos, o bé de toxines creades per organismes infecciosos en el corrent sanguini que es dispersen per tot el cos. Pot ser potencialment mortal i requereix assistència mèdica urgent i integral.</i>

Riscos a llarg termini (Berg et al. 2014a; Iavazzo et al. 2013, 1137-49)	
Danys en el teixit genital, amb el consegüent dolor crònic a la vulva i el clitoris.	
Flux vaginal a causa d'infeccions cròniques en el tracte genital.	
Pruïja vaginal.	
Problemes menstruals com ara dismenorrea, menstruacions irregulars i dificultat per expulsar el sagnat menstrual.	<i>Dismenorrea: menstruacions doloroses.</i>
Infeccions en el tracte reproductiu, que poden provocar dolor crònic a la pelvis.	
Infeccions genitals cròniques, inclòs un risc més alt de vaginitis bacteriana.	<i>Vaginitis bacteriana: una afecció caracteritzada per un flux vaginal anormal a causa d'una sobrepoblació de bacteris normals a la vagina.</i>
Infeccions en el tracte urinari que sovint són recurrents.	
Miccions doloroses a causa de l'obstrucció i les infeccions recurrents en el tracte urinari.	

Riscos obstètrics (Grup d'estudi de l'OMS 2006, 1835-41; Berg et al. 2014b)	Riscos relacionats amb l'embaràs, el part i el període postpart
Cesària	<i>Ús de cirurgia per assistir en el part. Les cesàries suposen un risc superior i comporten altres riscos.</i>
Hemorràgia postpart (pèrdua de sang de 500 ml o més).	<i>El postpart és el període immediatament posterior al part.</i>
Episiotomia.	<i>Procediment quirúrgic per eixamplar l'extrem del canal de part i facilitar el naixement de l'infant i evitar un esquinçament abrupte de l'àrea entre l'anus i la vulva.</i>
Part prolongat.	
Laceració obstètrica.	<i>Esquinçament perineal: laceració del perineu, l'àrea entre l'anus i la vulva (obertura labial cap a la vagina). L'esquinçament perineal se succeeix principalment en dones com a resultat de tenir un part vaginal on es destensa el perineu.</i>
Part instrumental.	
Part amb dificultats/distòcia.	<i>Distòcia en el part: part difícil o anormal.</i>
Llargues estades hospitalàries per maternitat	
Part del fetus mort o mortalitat neonatal	<i>Neonatal: que pertany al període del naixement, concretament a les primeres quatre setmanes després del naixement</i>
Reanimació de l'infant en el part	

Riscos relacionats amb les funcions sexuals (Berg et al. 2014a; Berg et al. 2010, 1-79)	
Disparèunia, que augmenta amb el tipus III d'MGF.	<i>Disparèunia: dolor durant les relacions sexuals.</i>
Satisfacció sexual reduïda.	
Desig i excitació reduïts.	
Disminució de la lubricació durant les relacions sexuals.	
Freqüència reduïda d'orgasmes o anorgàsmia.	<i>Anorgàsmia: impossibilitat d'arribar a l'orgasme (clímax) durant les relacions sexuals.</i>

Riscos psicològics (Vloeberghs et al. 2012, 677-95)
Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT).
Trastorns d'ansietat.
Depressió.

Tot i que hi pot haver un risc més alt de lesions immediates amb el tipus III d'MGF, pel que fa als tipus I i II aquests esdeveniments tendeixen a ser considerablement amagats (Berg et al. 2014a).

A més dels riscos en la salut resumits per l'OMS a la taula anterior, hi ha tot un conjunt de procediments i activitats de la vida quotidiana que poden crear dificultats a causa de les distorsions anatòmiques, inclosos els exàmens ginecològics, les citologies, l'evacuació de l'úter després de patir un avortament, la col·locació del DIU i l'ús de tampons, especialment pel que fa als casos de tipus III d'MGF (OMS 2016).

5. VIOLÈNCIA CONTRA LES DONES I CONTEXTUALITZACIÓ AMB ELS DRETS HUMANS INTERNACIONALS

Laura Nuño Gómez i Magaly Thill (*URJC*)

La comunitat internacional no sempre ha considerat l'MGF com una forma de violència de gènere i una violació dels drets humans. Aquesta pràctica tradicional va ser tractada per primer cop a l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i el Comitè Inter-africà sobre Pràctiques Tradicionals (CIA) com un problema en matèria de salut de les dones i nenes. Apareix en l'agenda dels drets humans a la dècada de 1990, com a part d'un procés lent de desenvolupament del dret internacional sobre drets humans i de la definició de la violència contra les dones

com a violació d'aquests drets (Rahman i Toubia 2001). Tot i que l'anàlisi crítica dels marcs epistemològic, cultural i jurídic que va desenvolupar la teoria feminista qüestionava fortament la naturalesa androcèntrica de les lleis patriarcal (Walby 2011), van ser els moviments feministes internacionals els que van incloure els drets de les dones en el marc interpretatiu dels drets humans en l'àmbit global i els van canalitzar cap a la governança de les Nacions Unides.⁵ Com a resultat d'aquests desenvolupaments interrelacionats, a la Conferència de Viena sobre Drets Humans del 1993 es va adoptar finalment la declaració formal que estipula que "els drets de les dones són drets humans" (Bunch 1990, Peters et al. 1995).

Paral·lelament, la violència contra les dones va convertir-se en part de l'agenda global després que el Comitè de la CEDAW reconegués, en la seva *Recomanació general núm. 19 sobre violència contra les dones*, que la violència contra les dones és una discriminació basada en el gènere, de manera que estableix que són els Estats els que tenen l'obligació d'impedir-la, processar els casos i protegir les víctimes (Nuño Gómez 2013). Mitjançant aquesta recomanació, l'ONU va reparar, després de més de vint anys, l'omissió a la *Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones* (1979) de fenòmens tan estesos i greus com són la violència de gènere, la violació, l'abús sexual, el matrimoni forçat, l'MGF o els assassinats per honor. Seguidament, va ser l'Assemblea General que va adoptar la innovadora *Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones* (1993), on s'inclouia la definició estàndard de "violència de gènere que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la vida privada" (Article 1). Aquesta declaració també interpel·lava els Estats perquè "condemnin la violència contra les dones i [...] no invoquin cap costum, tradició o consideració religiosa per eludir la seva obligació de procurar eliminar-la" (Article 4).

Pel que fa al reconeixement internacional de l'MGF com a forma de violència de gènere, cal destacar tres fites de gran importància. La primera és la *Recomanació general núm. 14 sobre la circumcisió femenina* (1990), que va contribuir al primer intent per part de la CEDAW d'exigir "les mesures adequades i efectives amb l'objectiu d'erradicar la pràctica de la circumcisió femenina". L'any 1992, el mateix comitè va comparar l'MGF amb la violència contra les dones mitjançant la inclusió de la pràctica en la seva *Recomanació general núm. 19*, tot i que es va descriure curiosament com una "violació del dret a l'accés als serveis sanitaris". Finalment, l'MGF i altres pràctiques tradicionals perjudicials contra les dones van quedar definides per l'Assemblea General de l'ONU com a formes de violència contra les dones que es produeixen a la família, en la *Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones* (Article 2).

Pel que fa a la consideració de l'MGF com una forma de violència contra les dones, la comunitat internacional ha intensificat els esforços per erradicar-la a

⁵ En aquest sentit, les conferències de l'ONU sobre dones celebrades a Mèxic (1975), Copenhaguen (1980), Nairobi (1985) i Beijing (1995) han tingut un paper molt important.

través de programes educatius i de prevenció, combinats amb diversos textos declaratius i programàtics (vegeu la Taula 1). Pel que fa a l'àmbit regional, el *Protocol de la Carta Africana de Drets Humans i dels Pobles relatiu als drets de les dones a l'Àfrica*, també denominat Protocol Maputo (2003), i el *Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica*, o *Conveni d'Istanbul* (2011), suposen dos documents de referència vinculants per a l'harmonització dels marcs jurídics nacionals sobre l'MGF.

Taula 3: Documents principals d'àmbit regional i internacional per acabar amb l'MGF

Organisme	Document	Any	Art.
Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament	<i>Programa d'Acció i accions clau per accelerar la implementació ...</i>	1994	4.22, 7.5, 7.6, 7.35, 7.40, acció clau 52
IV Conferència Mundial sobre la Dona	<i>Declaració final i plataforma d'acció</i>	1995	N/D
UNICEF, OMS i UNFPA	<i>Mutilació genital femenina: una declaració conjunta</i>	1997	Tots
Comissió de la Condió Jurídica i Social de la Dona	<i>Resolució sobre com acabar amb la mutilació genital femenina (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1)</i>	2007	Tots
OHCHR, OMS, UNAIDS, UNDP, UNIFEM, UNEC, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF	<i>Eliminació de la mutilació genital femenina: una declaració interinstitucional.</i>	2008	Tots
Assemblea General de les Nacions Unides	<i>Resolució sobre les pràctiques tradicionals i costums que afecten la salut de les dones</i>	2001	Tots
	<i>Resolució A/RES/67/146: Intensificació dels esforços globals per a l'eliminació de les mutilacions genitals femenines</i>	2012	Tots
	<i>Resolució A/RES/70/1: Transformar el món: l'Agenda del 2030 per al desenvolupament sostenible</i>	2015	Objectiu 5.3
Organització per a la Unitat Africana (actualment, Unió Africana)	<i>Protocol de la Carta Africana de Drets Humans i dels Pobles relatiu als drets de les dones a l'Àfrica (Carta Banjul)</i>	2003	Art. 5
Consell d'Europa	<i>Resolució 1247 (2001) sobre la mutilació genital femenina</i>	2001	Tots
	<i>Resolució 1662 (2009) sobre Acció per combatre les violacions dels drets humans basats en el gènere, inclosa l'abducció de dones i nenes</i>	2009	

	<i>Convenció sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (Convenció d'Istanbul)</i>	2011	Art. 38
Parlament Europeu	<i>Resolució de 20 de setembre del 2001 sobre mutilació genital femenina (2001/2035(INI))</i>	2001	Tots
	<i>Resolució sobre la lluita contra l'MGF a la Unió Europea (2008/2071(INI))</i>	2008	Tots
	<i>Resolució de 14 de juny del 2012 sobre com acabar amb la mutilació genital femenina (2012/2684(RSP))</i>	2012	Tots
Unió Europea (Comissió Europea i/o Consell d'Europa)	<i>Directrius de la UE per a la promoció i protecció dels drets de l'infant</i>	2007	Només esmentat
	<i>Directrius de la UE sobre la violència contra les dones i les nenes i sobre la lluita contra totes les formes de discriminació contra elles</i>	2008	Només esmentat
	<i>Estratègia per a la igualtat entre dones i homes 2010-2015</i>	2010	Acció clau 4.1
	<i>Comunicació: una agenda de la UE sobre els drets de l'infant (COM(2011) 60 final)</i>	2011	Sense menció específica
	<i>Declaració conjunta del vicepresident de la Comissió Europea i de l'Alt Representant el Dia Internacional contra la mutilació genital femenina (MEMO/11/73)</i>	2011	Tots
	<i>Directiva sobre drets de les víctimes (2012/29/UE), per la qual s'estableixen les normes mínimes sobre drets, l'assistència i la protecció de les víctimes de delictes</i>	2012	Art. 17
	<i>Comunicació: cap a l'eliminació de la mutilació genital femenina (COM(2013)833 final)</i>	2013	Tots
	<i>Compromís estratègic per a la igualtat de gènere 2016-2019</i>	2015	3.4
	<i>Document de reflexió del 9è Fòrum europeu sobre els drets dels infants: coordinació i cooperació en els sistemes integrats de protecció infantil</i>	2015	10 principis aplicables a l'MGF

Atès que generalment provoca greus conseqüències físiques, mentals i de salut sexual en la dona, l'MGF es defineix normalment com una violació dels drets d'assistència sanitària i del dret al nivell més alt possible de salut física i mental, inclòs el dret a la salut sexual i reproductiva. A més, l'MGF menyscaba o anul·la els drets humans bàsics, com ara el dret a la integritat física i el dret a la vida (quan es produeix la mort com a conseqüència del procediment), el dret

a la seguretat de la persona i el dret a estar lliure de violència, el dret a no ser discriminat, a la igualtat entre homes i dones, i a la protecció igualitària davant la llei (quan l'MGF és legal, es tolera o constitueix una circumstància atenuant). Malgrat que alguns experts consideren que la manca d'intencionalitat per part d'extirpadores i pares en infligir dolor o patiment no permet aclarir si l'MGF menyscaba el dret a estar lliure de tortures (Rahman i Toubia 2001), l'Oficina de l'Alt Comissariat de l'ONU per als Drets Humans (OHCHR) ha reconegut que l'MGF pot ser equivalent a tortures o a un tractament o càstig cruel, inhumà i degradant (OMS 2008).

Taula 4. Drets humans protegits per convenis internacionals que l'MGF infringeix

<p>Dret a la salut Article 3 de la <i>Declaració Universal de Drets Humans</i>; Article 6 del <i>Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics</i>.</p>
<p>Dignitat humana Article 22 de la <i>Declaració Universal de Drets Humans</i></p>
<p>Dret a no ser discriminat (per raons de sexe) Article 2 de la <i>Declaració Universal de Drets Humans</i>; Article 2 del <i>Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals</i>; Articles 2 i 26 del <i>Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics</i>; tots els articles de la <i>Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones</i>.</p>
<p>Igualtat entre homes i dones Article 3 del <i>Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals</i>; Article 3 del <i>Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics</i>; tots els articles de la <i>Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones</i>.</p>
<p>Dret al nivell més alt possible de salut Article 25 de la <i>Declaració Universal de Drets Humans</i>; Article 12 del <i>Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals</i>; Article 12 de la <i>Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones</i>.</p>
<p>Drets de l'infant Articles 2, 3, 6, 19, 24 i 37 de la <i>Convenció sobre els drets de l'infant</i></p>
<p>Dret a no ser torturat i a no patir tractaments o càstigs cruels, inhumans i degradants Article 5 de la <i>Declaració Universal de Drets Humans</i>; Article 7 del <i>Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics</i>; tots els articles de la <i>Convenció contra la tortura i altres tractes i penes cruels, inhumans o degradants</i>.</p>

Font: Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia* Vilnius: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.

Atès que l'MGF s'infligeix, en la gran majoria de casos, en nenes de curta edat, també suposa una violació dels drets de l'infant a desenvolupar-se, a rebre protecció i a la participació (Miller et al. 2005), fet que permet aplicar els articles de la *Convenció sobre els drets de l'infant* (1989), que inclou que l'obligació dels Estats és “prendre totes les mesures [...] adequades per protegir l'infant davant de qualsevol forma de violència física o mental, de lesió o d'abús [...] mentre estigui sota la custòdia dels progenitors, tutors legals o qualsevol altra persona responsable del menor” (Article 19). El sotmetiment d'una nena a l'MGF contradiu el principi que vetlla pels millors interessos de l'infant, i que preval sobre totes les mesures referents a l'infant (Article 3).

Tot i que els pares puguin creure que els avantatges socials de l'MGF (possibilitats de matrimoni, honor familiar, etc.) compensen el risc d'haver de patir les conseqüències físiques i psicològiques d'aquesta pràctica, aquesta percepció no pot justificar un procediment permanent i potencialment mortal que constitueix una violació dels drets fonamentals de les nenes (OMS 2008). L'MGF normalment es practica a través de la coerció o l'abús de superioritat o d'autoritat. Fins i tot quan una nena accepta sotmetre's a l'MGF, l'aspiració d'obeir la decisió de la seva família i de ser acceptada per la seva comunitat no s'han de confondre amb la seva voluntat lliure i ben informada. De fet, s'ha d'entendre com el resultat de les pressions familiars i de les expectatives a les quals nenes i dones son sotmeses (OMS 2008).

L'MGF pot posar en perill de manera permanent el gaudi per part de les dones de la seva sexualitat. Sovint es justifica perquè el procediment protegeix les nenes d'una emoció sexual excessiva i les ajuda a preservar la seva castedat (Miller et al. 2005). El seu significat, en tant que pràctica tradicional que garanteix la virginitat de la dona fins al matrimoni (i també la fidelitat a partir de llavors), reforça el control patriarcal sobre la sexualitat de les dones i perpetua el desequilibri en els rols de gènere, les normes i els estereotips. Atenent a l'efecte negatiu que té en el gaudi sexual per part de les dones, l'MGF s'ha comparat amb les violacions maritals i la poligàmia (Rahman i Toubia 2001). Una altra idea que hi ha al darrere de l'MGF és que els genitals femenins són impurs, bruts o lletjos si no es tallen. Com a resultat d'aquesta percepció del cos femení com un cos amb defectes, l'aparença física de les dones s'ha de modificar per ajustar-se a uns estàndards allunyats de qualsevol criteri de salut, benestar i igualtat de gènere. En aquest sentit, l'MGF es pot comparar amb les normes patriarcals pròpies d'altres cultures (p. ex., la pràctica abandonada dels peus embenats a la Xina o el foment de l'anorèxia a través de la moda i de la publicitat, a Occident). Per tant, podem dir que la prevenció de l'MGF pot contribuir a l'apoderament de les dones i les nenes per superar la desigualtat de gènere.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Baer, Madeline i Alison Brysk. 2009. "New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues." Dins *The International Struggle for New Human Rights*, editat per Clifford Bob. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Banda, Fareda. 2005. *Women, Law and Women's Rights: An African Perspective*. Oxford: Hart Publishing.
- Berg, Rigmor C., Eva Denison i Atle Fretheim. 2016. "Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *Kunnskapscenteret* 13 (2010).
- Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim i Gunn E. Vist. 2016. "Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *British Medical Journal Open* 4:11 (2014). Consulta 28 d'octubre de 2016. doi 10.1136/bmjopen-2014-006316.
- Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim i Gunn E. Vist. 2016. "An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *Obstetrics and Gynecology International* (2014). Consulta 28 d'octubre de 2016. doi:10.1155/2014/542859.
- Berkovitch, Nitza i Karen Bradley. 1999. "The Globalization of Women's Status: Consensus/Dissensus in the World Polity." *Sociological Perspectives* 42(3):481-98.
- Boddy, Janice. 1998. "Violence Embodied? Female Circumcision, Gender Politics, and Cultural Aesthetics." Dins *Rethinking Violence Against Women*, de Rebecca Emerson Dobash i Russell P. Dobash, 77-110. Thousand Oaks: California Sage.
- Boyle, Elizabeth Heger. 2002. "Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community." *The Journal of Modern African Studies* 43(3):497-99.
- Bunch, Charlotte. 1990. "Women's Rights as Human Rights: Toward a Revision of Human Rights." *Human Rights Quarterly* 12(4):486-98.
- Engle Merry, Sally. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia* Vilnius: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.
- Fassin, Didier. 2010. *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent*. París: Éditions du Seuil.
- Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.
- Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni genitali femminili*. Torí: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2010. "Victimes à tout jamais: les enfants et les femmes d'Afrique. Humanitarisme spectacle et rhétoriques de la pitié." *Cahiers d'études africaines* L, (198/200):1033-53.
- Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Torí: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.

- Fusaschi, Michela. 2014. "Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques." *Synergies Italie* 10:95-107.
- Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy." *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.
- Hosken, Fran P. 1976. "Genital Mutilation of Women in Africa." *Munger Africana Library Notes* No. 36. Pasadena: California Institute of Technology.
- Iavazzo, Christos, Thalia A. Sardi i Ionnis D. Gkegkes. 2016. "Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2013). Consulta del 28 d'octubre de 2016. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.
- Sara Johnsdotter i Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Johnsdotter, Sara. 2012. "Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A poor reflection as in a mirror." *History and Anthropology* 23(1):91-114.
- Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2ª edició). Espanya: UAB, Bellaterra.
- Kaplan, Adriana. 2003. "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas." *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.
- Miller, Michael, Francesca Moneti i Camilla Landini. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Florència: UNICEF.
- Nuño Gómez, Laura. 2013. "Violencia y deshumanización de las mujeres: la gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos." Dins *Violencia de Género e igualdad, una cuestión de derechos humanos*, editat per Ángela Figueruelo Burrieza et al. Granada: Comares.
- Peters, Julie i Andrea Wolper. 1995. *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*. Psychology Press.
- Pompeo, Francesco. 2013. *Elementi di antropologia critica*. Roma: Meti Edizioni.
- Rahman, Anika i Nahid Toubia. 2001. *Mutilación genital femenina: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.
- Sayad, Abdelmalek. 1999. *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. París: Seuil.
- Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention." *American Anthropologist* 110(2):225-36.
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et GAMS Belgique. 2011. *Mutilations Génitales Féminines: guide à l'usage des professions concernées*. Brussel·les.
- Tamale, Sylvia. 2008. "The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights." *Feminist Legal Studies* 16:47.
- Thomas, Lynn M. 1998. "Imperial Concerns and 'Women's Affairs': State Efforts to Regulate Clitoridectomy and Eradicate Abortion in Meru, Kenya, c. 1910-1950." *The Journal of African History* 39(1):121-45.
- UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nova York: UNICEF.
- Vloeberghs, Erick, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer i Maria van den Muijsenbergh. 2016. "Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *Ethnicity and Health* 17:6 (2012). Consulta del 28 d'octubre de 2016. doi: 10.1080/13557858.2013.771148.
- Walby, Sylvia. 2011. *The Future of Feminism*. Cambridge: Polity Books.

- Organització Mundial de la Salut. 2008. *Eliminació de la mutilació genital femenina: An Interagency Statement*.
- Organització Mundial de la Salut. 2016. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 1-7. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Consulta 21 d'octubre de 2016. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>.
- Organització Mundial de la Salut. n.d. "Female genital mutilation: Fact sheet." Última modificació de febrer de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.
- World Health Organization study group on female genital mutilation and obstetric outcome. 2016. "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries." Dins *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Publicat originalment a *Lancet* 367:9525 (2006). Consulta del 28 d'octubre de 2016. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3.

Capítol III.

Anàlisi detallada de l'MGF

Resum:

1. Significats socioculturals de la pràctica (Adriana Kaplan i Neus Aliaga, Fundació Wassu-UAB)
2. Els genitals i la construcció del cos de la dona (Michela Fusaschi, Universitat Roma Tre)
3. Migració, moviments migratoris i etnicitat (Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
4. La prevalença de l'MGF (Els Leye, VUB)
5. Anàlisi geogràfica de l'MGF (Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane, Fundació Wassu-UAB)
6. Aspectes fonamentals de la prohibició criminal de l'MGF (Julia Roperó Carrasco, URJC)
7. Un enfocament global envers l'abandonament de l'MGF (Els Leye, VUB)

Taules i mapes:

Taula 1: Percentatge de nenes i dones d'entre 15 i 49 anys que s'han sotmès a l'MGF a l'Àfrica, Indonèsia, Iraq i Iemen, i nenes d'entre 0 i 14 anys amb MGF (UNICEF 2016)

Mapa 1: Percentatge de nenes i dones d'entre 15 i 49 anys que s'han sotmès a l'MGF, per país, a l'Àfrica i l'Orient Mitjà.

Mapa 2: Mapa mundial de l'MGF

Mapa 3: L'MGF a Espanya

Mapa 4: L'MGF a Portugal

Mapa 5: L'MGF a Bèlgica

Referències bibliogràfiques

1. SIGNIFICATS SOCIOCULTURALS DE LA PRÀCTICA

Adriana Kaplan i Neus Aliaga, (*Fundació Wassu-UAB*)

L'MGF ha adquirit una gran importància simbòlica entre les comunitats que la practiquen. Aquesta pràctica es considera un component crucial del procés de socialització i exerceix una enorme pressió social sobre els membres de la família

i la comunitat en conjunt. Està vinculada a dos valors africans bàsics: el sentiment de pertinença a una comunitat i la complementarietat dels sexes.

La història antiga de la cultura dogon a Mali relata un incident important com a origen de l'MGF. Segons el mite, "Amma, el déu del Cel, se sentia sol i volia fer-li l'amor a la Terra, la forma de la qual era semblant a la del cos de la dona. Els òrgans sexuals de la Terra eren com un formiguer, d'on s'erigia un clítoris com un turó d'un termiter. Si Amma s'hi acostava, el turó del termiter s'erigia i n'impedia la penetració. Així va ser com es va saber que la Terra tenia el mateix sexe que el déu Amma, la qual cosa provocava discordança en l'Univers. Amma es va unir moltes vegades amb la seva dona i només es va restaurar l'harmonia en l'Univers quan va desaparèixer el turó del termiter" (Castañeda Reyes 2003).

En algunes societats, aquesta pràctica forma part de les cerimònies d'iniciació i aporta identitat ètnica i de gènere (atorga un sentiment de pertinença, de maduresa i d'orgull). L'MGF també s'ha convertit en una prova física de l'entrada d'una noia en l'edat adulta, fet que en garanteix la femineïtat i el coneixement necessari per pertànyer a la comunitat i al món secret de les dones (Kaplan et al. 2013). Altres motius que s'escolten per justificar la continuació de la pràctica són, per exemple: la necessitat de mantenir la tradició ("sempre s'ha fet així", "és quelcom habitual", "és natural") i la religió ("és la Sunna", "és una obligació religiosa"); les raons higièniques ("és més net") i els motius estètics ("el clítoris pot créixer massa, com un penis"); la protecció de la virginitat i la prevenció de la promiscuïtat ("una noia no tallada té un desig sexual incontrolable i perdrà la virginitat prematurament"); la garantia d'honor familiar; la garantia d'un casament "com cal" i la promoció de la fertilitat ("evita naixements de nadons morts", "les dones podran tenir més infants") i de la fertilitat ("els genitals externs poden provocar la mort, deformitats físiques o bogeria en el nounat") (Kaplan, Hechavarría i Puppo 2015, 29-32).

L'MGF és una pràctica molt valorada entre les societats on s'efectua. No es considera un procediment aïllat ni exclusiu de l'àmbit privat o del món de les dones, sinó que s'entén com una peça d'un conjunt de pràctiques cerimonials i diàries que influeixen en els rols i els estatus de les dones i els homes (assignacions sobre identitat de gènere). La preservació de la identitat ètnica també és un factor important per distingir aquestes societats dels grups que no les practiquen.

A fi de garantir que les nenes es preparin per a la vida adulta i per al matrimoni sense ser excloses de la comunitat, les famílies continuen exercint aquesta pràctica com una tradició que (segons els motius esmentats anteriorment) es veu com un ritual natural o habitual. De vegades la pràctica es veu com un ritu de transició que, tant mares com àvies, organitzen i presenten a les seves filles i nétes, pensant que és la millor educació que els poden oferir. Hi ha variacions pel que fa al moment en què es practica (des de set dies després del naixement fins a la pubertat), tot i que es duu a terme majoritàriament abans de la primera

menstruació i varia en funció del grup ètnic. Actualment, l'edat en què es fa l'MGF s'està reduint i el més important és el tall, amb independència de si es respecten o no els ritus que envolten la pràctica (Kaplan, Hechavarría i Puppo 2015).

L'MGF s'efectua en moltes societats, entre les quals hi ha comunitats musulmanes, cristianes coptes i jueus "falasha" (p. ex., a Egipte i Etiòpia). El desconeixement dels orígens de la pràctica ha derivat en què algunes de les comunitats practicants la vinculin amb la religió. Cal destacar, però, que tot i que ni la Bíblia ni l'Alcorà la subscriguin, sovint es justifica com una exigència religiosa. En les societats musulmanes, per exemple, es considera "sunna", és a dir, una tradició religiosa la traducció de la qual és "tot el que és bo per a Déu". Tanmateix, moltes escoles i autoritats islàmiques han demostrat prendre una postura positiva envers aquest tema i condemnar la pràctica quan tenen l'oportunitat d'articular els seus punts de vista (Gomaa 2013).

Les comunitats practicants veuen els genitals externs de les dones com a parts lletges i brutes. És per això que el fet d'extirpar aquestes estructures fa que les nenes esdevinguin "netes" i "boniques" (per motius higiènics i estètics). L'extirpació de les parts genitals s'entén com l'eliminació dels "elements masculins" que els conformen, com ara el clítoris. La infibulació s'efectua per "allisar" els genitals i, d'aquesta manera, aconseguir que la dona/nena assoleixi un nivell de bellesa. A vegades les dones creuen que l'MGF accentua el desig sexual dels homes. A més, en moltes societats es creu que prendre el menjar preparat per una nena no extirpada és tabú (Johnsdotter i Essén 2010).

I en moltes de les societats tradicionals, la virginitat és un requisit previ per poder casar-se i és necessari per conservar l'honor de la família. Hi ha la creença que l'MGF garanteix i preserva la virginitat de la nena, i que només les dones extirpades són aptes per al matrimoni i poden esdevenir "dones casades com cal", un requisit a partir del qual es pot accedir a la terra i obtenir una determinada seguretat. Es creu que les nenes que no estan tallades tenen impulsos sexuals incontrolables i excessius i, per tant, tenen més probabilitat de perdre la virginitat prematurament i pot arribar a ser una desgràcia per a les seves famílies si la perden abans del matrimoni. El desig d'un matrimoni "com cal" pot tenir un paper important en la persistència de la pràctica. També es creu que l'orifici vaginal estret d'una dona infibulada que s'hi ha introduït productes químics per fer-lo més estret accentuarà el plaer sexual masculí i, per tant, evitarà divorcis o infidelitats. Tanmateix, hi ha alguns estudis que indiquen que ambdós gèneres culpabilitzen l'altre per continuar amb la pràctica de l'MGF, i que els motius de la infibulació i la reinfibulació continuen essent conceptes socials de "normalitat", identitat, tradició, religió i una cultura on s'imposa el silenci entre homes i dones (Berggren et al. 2006).

Algunes comunitats creuen que els genitals tenen poder per provocar la mort d'un infant (mortinatalitat en primigràvides) o deformitats físiques i, fins i tot, demència en el nou-nat. D'altres creuen que els genitals externs de la dona

poden provocar ceguera en algú que les assisteixi al part i que el fet de no estar circumcidada també pot provocar la mort del marit o danys en el penis. A més, es creu que resol el problema de la infertilitat si s'extirpa a una dona que no pot concebre.

2. ELS GENITALS I LA CONSTRUCCIÓ DEL COS DE LA DONA

Michela Fusaschi (*Universit  Roma Tre*)

Des de la sociologia antropol gica i sociocultural, l'expressió "tècniques corporals" inclou les maneres com tant homes com dones saben i aprenen a utilitzar els seus cossos en societat. Aquest concepte, proposat per Marcel Mauss, es basa en l'assumpció que "el primer objecte tècnic i el més natural de l'home, i alhora el mitjà tècnic, és el seu cos" (Mauss 1936).

Les tècniques corporals són recopilacions fisiopsicosocials i pràctiques culturals que s'aprenen i es creen socialment. Tothom en la seva vida esdevé l'objecte i el subjecte de diverses tècniques corporals, que es divideixen principalment per gènere i sexe. Cada tècnica individual per si sola no té sentit ja que, precisament, una tècnica es desenvolupa en un procés diferenciador d'altres maneres d'actuar a través del cos i deixant que el cos actu . Cada societat té els seus propis hàbits especials i entendrem com funciona una societat si entenem com funciona el cos.

La relació entre cos i societat és fonamental i complexa, i va més enllà de l'oposició cartesiana natura/cultura. Mary Douglas (Douglas 1970), en la seva teoria dels "dos cossos", explica que la concepció i l'experiència del cos físic van ser modelades pel cos social. Els símbols del cos humà s'utilitzen per expressar una experiència social i, inversament, el cos humà està "educat" per la societat. El cos és un artefacte físic i alhora cultural, i tothom se sotmet a les dinàmiques de la personificació (Bourdieu 1977; 1980) i dels valors i les normes socioculturals.

 s per aix  que les antropòlogues Nancy Scheper-Hughes i Margaret Lock (Scheper-Hughes i Lock 1987) van proposar el concepte de "cos pensant" per repensar l'articulació de ment i cos, individu i societat, mitjançant el qual destaquen que les seves oposicions provenen dels punts de vista teòrics d'Occident i de paradigmes de recerca. Els tres cossos són: el cos individual, entès des d'un sentit fenomenològic, com l'experiència viscuda del jo corporal; el cos social, que fa referència a l' s representatiu del cos com a símbol natural, tal com suggereix Douglas, i a totes les diverses pràctiques a través de les quals homes i dones deconstrueixen els seus cossos per crear-ne uns altres de simbòlics, i el cos polític, que fa referència a la regulació, el control i la supervisió dels cossos (tant en l'àmbit individual com el col lectiu). A cada societat, l'articulació d'aquestes tres dimensions diferents produeix representacions, significats i conceptes

multiformes sobre l'anatomia, la psicologia, el sexe/gènere, la sexualitat, la malaltia, la salut, la higiene, la normalitat i la desviació. Aquesta manera de veure el cos, que reconeix la corporalitat com un objecte i un subjecte de cada pràctica social, no és cap peculiaritat de les disciplines antropològiques.

Michel Foucault i Judith Butler insisteixen en aquesta dimensió, i afirmen que el cos és l'objecte de representacions simbòliques, d'ordres discursius i de pràctiques disciplinàries. Quan Butler ens recorda les paraules de Simone de Beauvoir, que afirma que “ningú no neix dona, sinó que se'n fa” per introduir la seva teoria de performativitat de sexe/gènere, aprofundeix precisament en aquest enfocament. El cos experimenta un procés de “materialització” de gènere (Butler 1993) que constitueix la identitat de gènere a través de la repetició d'accions corporals.

Si agafem aquest concepte i considerem que, en totes les societats, les pràctiques que interfereixen en els cossos tenen com a finalitat (des)adaptar-los a les normes culturals de gènere i fer-los més “(in)adequats” per a la societat, podem entendre millor les modificacions corporals, també en els genitals. Les modificacions corporals en els genitals femenins són un concepte universal que s'aplica a totes les cultures: juntament amb altres tipus de símbols en el cos, tenen com a finalitat la institució de la identitat de gènere i, a més, atribueixen a les qui els ostenten uns privilegis socials concrets pel que fa a la vida, el matrimoni i la família en general.

No n'hi ha prou amb analitzar objectivament la “deconstrucció” física del cos femení per entendre la societat en què s'implementa, sinó que hem d'entendre que aquesta “deconstrucció del cos físic”, paradoxalment, construeix el cos simbòlic i el gènere. En aquest sentit, per entendre la construcció social de la modificació genital femenina, hem d'entendre les idees i representacions que acompanyen aquest procés com a parts integrals de la cultura estudiada.

Les modificacions del cos poden ser permanents i irreversibles (com l'MGF, els tatuatges o les escarificacions), o bé temporals i reversibles (com els pentinats, el maquillatge corporal, els tatuatges o els tints temporals) (Remotti 2000). Des del 2003, els estudis etnogràfics dels contextos de l'Àfrica subsahariana i d'Europa han dividit les modificacions genitals i extragenitals irreversibles en les tres categories següents: (a) pràctiques reproductives, (b) pràctiques expansives i (c) altres modificacions (Fusaschi 2003; 2011; 2013).

Modificacions corporals reductives

Les modificacions reductives dels genitals redueixen la mida de part dels genitals. És el cas de l'excisió i la infibulació, però també de la castració i l'esterilització. En aquesta categoria, també trobem formes de cirurgia estètica íntima com ara la reducció del gland del clitoris o la labioplastia, en l'era del

neoliberalisme (Fusaschi 2011). Les modificacions extragenitals també poden ser deformacions com ara la pràctica xinesa dels peus embenats.

En aquesta categoria, també trobem les ablacions de pits per motius ritualistes i la modificació reductora a través de la cauterització, com és el cas de les joves aborígens del Nord d' Austràlia, que se sotmetien a l'extirpació dels pits per evitar la lactància, o bé el cas de les dones que viuen als voltants del llac Tanganyika, que se sotmetien a l'amputació dels pits com a forma de càstig (Erlich 1991, 31).

<p>Modificacions genitals reductives Clitollabials: excisió i reposicionament del clítoris Vulvaperineal: estrenyiment vaginal, infibulació Uterina: castració, esterilització</p>	<p>Modificacions no genitals reductives Deformacions: peus Ablacions: pits</p>
--	---

Modificacions corporals expansives

En aquesta categoria s'inclouen operacions amb l'objectiu d'estirar els genitals femenins, com ara el massatge vaginal, que es practica a la zona dels Grans Llacs de l'Àfrica, a Dahomey, Tanzània i Benín. Aquests massatges tenen com a finalitat augmentar la mida de l'òrgan (símbol de l'activitat sexual) i millorar el plaer sexual per motius procreatius.

Entre les deformacions extragenitals trobem la denominada "plats labials" del poble de l'Amazònia o l'estirament dels lòbuls de les orelles. Un altre tipus de deformació extragenital és l'augment dels pits, que adopta significats molt diversos en funció del context en què s'efectua (p. ex., cirurgia estètica o rituals). Una altra pràctica és el gavatge gàstric, l'engreix del cos mitjançant l'administració forçada de determinats aliments, com és el cas de les nenes de Mauritània.

<p>Modificacions genitals expansives Clitollabial: elongació Vulvaperineal: dilatació vaginal</p>	<p>Modificacions no genitals expansives Deformacions: estirament de llavis o orelles, augment dels pits Engreix artificial Implants subcutanis</p>
--	--

Altres modificacions corporals

Aquesta categoria inclou tota la resta d'operacions que alteren de manera permanent els genitals (introcisió, subincisió, etc.). Les modificacions

extragenitals esmentades poden implicar el coll (p. ex., les dones “girafa” padaung de Myanmar/Burma), el crani (p. ex., la societat pigmea africana) i el tronc/pit (p. ex., amb cotilles i altres embenatges). Entre aquestes pràctiques s'inclouen l'escarificació, els tatuatges, l'afilament de dents i el ressorgiment de tradicions com l'ablació, el marcatge o les cremades.

<p>Altres modificacions genitals Desvirgament ritual, introcisió, pràctiques d'avortament</p>	<p>Altres modificacions no genitals Deformacions (p. ex., en el tronc/pit, el coll, les dents o el crani) Escarificació, tatuatges, ablacions, marcatges i cremades</p>
--	--

En analitzar tots aquests tipus de modificacions corporals, s'han de tenir en compte altres dimensions crucials, concretament el gènere, l'edat, el consentiment, la voluntat i/o el grau de coneixement d'aquests temes. En termes generals, s'han de tenir en compte les relacions de gènere locals i els ordres simbòlics de gènere.

Pel que fa a la clitoridectomia (de tots els tipus, inclosos els procediments quirúrgics/estètics) i la infibulació, sovint ens adonem que, tant si són procediments que s'efectuen sota règims patriarcals o neoliberals (de fet, tots dos), acostumen a formar part de programes més amplis de control jerarquitzat socialment de la sexualitat i l'autodeterminació de les dones, fet que els converteix en règims de gènere que transmeten la legitimitat exclusiva d'identitats de gènere binàries, complementàries i asimètriques.

3. MIGRACIÓ, MOVIMENTS MIGRATORIS I ETNICITAT

Ricardo Falcão (*ISCTE-IUL*)

Atesa la migració internacional, és tot just ara que l'MGF s'ha reconegut com un problema a Europa. Fins a començaments d'aquest segle, la seva prevalença al continent es continuava considerant un problema bastant desconegut que es creia que es practicava principalment a l'Àfrica, tot i que, en el passat, hi ha hagut procediments mèdics considerats formes de mutilació, d'acord amb les definicions acceptades actualment.

En esdevenir un problema europeu o, millor dit, un problema que succeeix en territori europeu, la pràctica de l'MGF ha plantejat nous reptes tant per combatre la violència contra les dones com per als esforços contra l'MGF. No només es tracta de pràctiques que es consideren específiques de determinades identitats (de gènere i ètniques), sinó que també estem observant un canvi en la manera com l'MGF es converteix en un marcadore d'identitats per a determinades

comunitats. El fet de ser un “problema europeu” no implica que hagi deixat de ser un problema atribuït a un “altre cultural”. Hi ha una tendència entre les institucions a encobrir perspectives culturalistes que fan que l'MGF es percebi com un problema derivat de moviments migratoris i etnicitats.

La relació entre migrants i les comunitats que formen amb la legislació dels països d'acollida sovint està marcada per procediments formals que d'alguna manera contribueixen a definir una alteritat cultural que sovint produeix discriminació i estigmatització. Per exemple, l'estigmatització es dirigeix a les comunitats que practiquen l'MGF quan, en alguns casos, se'ls sotmet a exàmens genitals obligatoris (Johnsdotter 2009) o quan són objecte de discriminació de gènere en enfrontar-se a accions legals (Fusaschi 2015).

Aquestes comunitats també reaccionen quan busquen alternatives per garantir la continuïtat de la pràctica de l'MGF i adopten un perfil discret per evitar l'hostilitat de les institucions. Alguns exemples d'aquesta pugna amb els límits legals són, per exemple, la reducció de l'edat per sotmetre's a l'MGF o els viatges als països d'origen per efectuar els talls, als quals els esforços legislatius han respòs amb articles sobre l'externalització. És important destacar que cal una negociació constant entre institucions i marcs legals i els individus que pertanyen a les comunitats practicants, i que aquesta negociació contribueixi a una reconfiguració permanent dels equilibris.

Quan considerem l'MGF com un problema que es deriva de la migració, veiem que es desplega com a mínim en quatre dimensions diferents: 1) un eix de governança i gestió de les diferències culturals que es creua amb qüestions pròpies de la política europea sobre migració, drets de mobilitat i d'entrada a territoris, tal com ho demostra el grau creixent d'atenció que es dedica a les sol·licituds d'asil relacionades amb el risc de patir l'MGF, i també al gir legislatiu específic cap a la criminalització en la gran majoria dels països europeus; 2) un eix biopolític en què diverses institucions, com ara centres sanitaris, escoles, policia, serveis socials i oficines d'immigració, gestionen els casos de persones afectades per la pràctica i apliquen directrius que la defineixen en un marc institucional, però sovint no tenen prou formació ni informació; 3) un eix que connecta migrants i comunitats amb els seus països d'origen a través de diferents sortides, tant materials com simbòliques (socials, culturals, econòmiques) i la influència que aquestes tenen sobre la prevalença de la pràctica als països d'origen i els d'acollida; 4) l'últim eix, que assenyala en la direcció de diferents contextualitzacions dels cicles vitals, el gènere o la personalitat, i diferents definicions de violència interpersonal, victimisme o trauma, pel que fa a les institucions i els qui hi treballen, les referències dels quals són termes legals, i pel que fa a les persones, les referències de les quals són les seves identitats socioculturals.

Els canvis que s'han produït en la legislació contra l'MGF són un instrument important per permetre una millor definició d'aquests quatre eixos que,

ahora, evitaria que les persones que tracten amb els migrants i les comunitats emetessin judicis simplistes. Malgrat això, encara hi ha pors ben fonamentades de l'estigmatització i la discriminació (Johnsdotter 2009) contra persones a causa de les seves identitats i socialitats culturals (i nacionals).

Els arguments contra l'MGF es poden apropiari i emprar per menysprear la legitimitat d'algú per imposar-se a través d'una defensa basada en una acceptació incondicional del marc jurídic que criminalitza la pràctica i que, per tant, fa prevaldre l'aspecte legal sobre el cultural i que no ofereix el context adequat perquè les veus afectades puguin expressar les seves preocupacions i expectatives socioculturals de manera que es puguin tenir en compte les seves pròpies subjectivitats.

Hi ha determinades nocions codificades en el dret internacional i en les convencions que s'haurien de tractar amb molta cura, ja que pertanyen a un marc determinat i a una representació dels drets individuals que sovint contrasta amb diferents construccions socials de gènere, per exemple, però també de sexualitat, parentiu i altres factors socials importants que contribueixen a entendre l'MGF en context i no pas com una abstracció.

La discriminació també pot ser una conseqüència de la manca d'informació adequada. Les institucions i els països europeus han identificat el problema, però no ha estat fins fa molt poc que han començat a desenvolupar informes sobre dades de prevalença. Per exemple, el primer estudi sobre prevalença a Portugal es va realitzar l'any 2015 (Lisboa et al. 2015). Intentar crear una imatge precisa de la prevalença de l'MGF a Europa s'ha convertit en una tasca urgent, tant per poder implementar campanyes com pel que fa a les accions per combatre la pràctica. El treball directe amb les comunitats també és una estratègia que ha anat guanyant terreny, com és també el cas de REPLACE, un enfocament que col·loca la comunitat i les seves normes socials al centre de qualsevol estratègia de canvi conductuals (Brown, Beecham i Barrett 2013).

La percepció de l'MGF com un problema derivat de la migració té altres conseqüències, i just en un moment en què el discurs antiimmigració s'erigeix per tot Europa, amb noves formes de populisme. La migració de l'Àfrica a Europa es troba en concret al centre de la polèmica, ja que la majoria de migrants que s'han sotmès a l'MGF, o que tenen risc de ser-hi sotmeses, provenen d'aquesta part del món, malgrat que aquesta pràctica no només es duu a terme a l'Àfrica.

Les dues últimes dècades de moviments migratoris que s'originen a l'Àfrica amb direcció a Europa han viscut uns quants canvis importants que no es poden menystenir, en concret durant l'última dècada, com a conseqüència de la pressió cada vegada més apressant per l'entrada en territori europeu i de les polítiques i la gestió de les fronteres. Aquest període ha marcat l'adopció de noves postures més restrictives pel que fa a la migració sense papers, així com l'augment d'un control de fronteres més visible (i, de vegades, controvertit) liderat per Frontex,

una agència creada l'any 2004 pel Consell d'Europa. Aquesta postura cada cop més restrictiva és vista pel món acadèmic com una actitud que afavoreix la lògica de la legalitat i la formalitat per damunt de la humanitat.

S'ha de tenir molt en compte la gestió dels fluxos migratoris a l'hora de pensar en la pràctica de l'MGF, ja que sovint molts migrants breguen amb un estatus legal poc clar en el procés d'obtenir la documentació o bé són "rebutjats". Els migrants de les comunitats on es practica l'MGF molt sovint es queden als marges de la societat o en una "zona grisa" en matèria de legalitat. Aquest estatus incert o ambigu sovint es converteix en un aspecte que dissuadeix la persona d'accedir a una assistència sanitària per por de ser deportada. "A la Unió Europea, les polítiques que limiten l'accés per part dels immigrants sense papers a l'assistència sanitària estan molt esteses i varien de manera important en funció del país. De vegades, poden implicar la denegació total de l'assistència o l'accés limitat a les urgències i a la medicina preventiva (Hacker et al. 2015)".

D'altra banda, l'MGF també s'ha convertit en un motiu per demanar asil durant els últims anys i un nombre important de "professionals que treballen amb sol·licitants d'asil i refugiats [i altres migrants] s'enfronten a diversos reptes, entre els quals s'inclouen les diferències lingüístiques, les pressions per disposar de poc temps, la sensibilització cultural inadequada i la manca d'experiència. Per això, una formació coordinada entre les diferents agències és clau perquè tots els professionals que treballen amb les comunitats afectades puguin oferir assistència de manera eficaç i sensible a la seva cultura a totes les persones afectades i perquè puguin protegir les nenes mitjançant la sensibilització als signes d'alerta" (UNHCR 2013, 8). Tot i que l'MGF s'hagi convertit en un motiu per sol·licitar l'asil i l'estatus de refugiat, el nombre de beneficiaris real no s'inclou a les categories de "països en risc" ni de "decisiones basades en l'MGF" (UNHCR 2013, 31).

Quan pensem en l'MGF com un problema que afecta la migració, entès com quelcom que "prové d'un altre lloc" i que esdevé un problema europeu, hem d'adoptar també una visió àmplia de les moltes contradiccions a què ens enfrontem en matèria de gestió de la diferència cultural. En primer lloc, hem de tenir en compte que les agendes dels qui s'oposen a l'MGF són en si mateixes agendes amb perspectiva de gènere. En segon lloc, també hem de tenir en compte els motius pels quals els migrants sol·licitants entren en territori europeu, perquè el seu estatus legal ambigu és un factor determinant per tenir accés a l'assistència sanitària. En tercer lloc, la representació de la migració té un biaix de gènere i ve acompanyada d'unes idees sobre la identitat etnicistes i culturalistes. Finalment, no n'hi ha prou amb pensar en la inserció d'individus en grups socials, sinó que cal pensar en la seva integració en la societat en general, així com en la seva relació contínua amb els països d'acollida i els d'origen. Les polítiques migratòries i l'accés a la ciutadania, així com un enfocament que tingui en compte

els drets humans individuals, es creuen amb les identitats culturals a través de l'MGF. És així com es defineixen les relacions entre determinats migrants i les comunitats i institucions.

4. LA PREVALENÇA DE L'MGF

Els Leye (*VUB*)

És important disposar de dades fiables i representatives sobre la magnitud de l'MGF, tant als països d'origen com entre la diàspora, per diversos motius. Per una banda, poden aportar informació sobre si el problema és més generalitzat i, per tant, poden ajudar en l'assignació de recursos. El fet d'analitzar les dades periòdicament permet avaluar-ne les tendències al llarg del temps.

L'MGF encara està molt generalitzada a tot el món. L'UNICEF ha estimat que 200 milions de nenes i dones s'han sotmès a l'MGF arreu del món (UNICEF 2016).⁶

Per tal de disposar de dades representatives, s'utilitzen dues enquestes estandarditzades: Demographic and Health Survey (DHS) i Multiple Indicator Cluster Survey (MICS).⁷ Aquestes enquestes recopilen dades de mostres de llars representatives en l'àmbit nacional d'uns 90 països. S'han recopilat dades representatives sobre l'MGF als 27 països de l'Àfrica, a més del Iemen i l'Iraq. Pel que fa a Indonèsia, s'han emprat altres fonts de dades que recopilen dades sobre la prevalença de l'MGF només entre nenes de menys de 12 anys.⁸

Les enquestes DHS i MICS sovint s'efectuen en intervals de cinc anys. Estan adreçades a dones en edat reproductiva (de 15 a 49 anys) i tracten sobre el seu estat d'MGF i les circumstàncies que envolten l'ablació (edat a què es van sotmetre al tall, tipus de tall, persona que els el va realitzar), a més de les opinions sobre la continuació de l'MGF i si les seves filles s'hi sotmetran (Shell-Duncan et al. 2016, 1-30).

A la taula següent es mostra un resum de la prevalença de l'MGF.

⁶ L'UNICEF defineix la prevalença de l'MGF com el percentatge de dones d'entre 15 i 49 anys que s'han sotmès a alguna forma d'MGF (Centre de recerca Innocenti de l'UNICEF 2005).

⁷ L'enquesta DHS va ser desenvolupada per ICF International, mentre que la de MICS és dirigida per UNICEF.

⁸ Riskesdas Basic Health Research Survey, Indonesian Ministry of Health, tal com s'esmenta a Shell-Duncan et al. 2016.

Taula 1: Percentatge de nenes i dones d'entre 15 i 49 anys que s'han sotmès a l'MGF a l'Àfrica, Indonèsia, Iraq i Iemen, i nenes d'entre 0 i 14 anys amb MGF (UNICEF 2016)

País	Percentatge de nenes i dones adultes De 15 a 49 anys amb MGF	Percentatge de nenes de 0 a 14 anys amb MGF
Benín	9 %	0,2 %
Burkina Faso	76 %	13 %
Camerun	1 %	Sense dades
República Centreafricana	24 %	1 %
Txad	44 %	Sense dades
Djibouti	93 %	Sense dades
Egipte	87 %	14 %
Eritrea	83 %	33 %
Etiòpia	74 %	24 %
Gàmbia	75 %	56 %
Ghana	4 %	1 %
Guinea	97 %	46 %
Guinea-Bissau	45 %	30 %
Indonèsia	49 %	49 %
Iraq	8 %	Sense dades
Costa d'Ivori	38 %	10 %
Kenya	21 %	3 %
Libèria	50 %	Sense dades
Mali	89 %	Sense dades
Mauritània	69 %	54 %
Níger	2 %	Sense dades
Nigèria	25 %	17 %
Senegal	25 %	13 %
Sierra Leone	90 %	13 %
Somàlia	98 %	Sense dades
Sudan	87 %	32 %
Tanzània	15 %	Sense dades
Togo	5 %	0,3 %
Uganda	1 %	1 %
Iemen	19 %	15 %

Aquestes estimacions “globals”, però, no inclouen les dades d'Europa, el Japó, Austràlia ni els EUA, com tampoc les de cap país practicant del qual no hi hagi dades disponibles, com ara Colòmbia, l'Índia, Oman, l'Aràbia Saudita i Malàisia (Van Baelen, Ortensi i Leye 2016). A Europa no hi ha estudis en curs, sistemàtics ni representatius que utilitzin un enfocament harmonitzat per recopilar dades

sobre la prevalença de l'MGF (EIGE 2013; Leye et al. 2014). Tanmateix, l'Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere ha elaborat una metodologia i dades sobre la prevalença de les nenes en risc (EIGE 2015).

És necessari que hi hagi mètodes diversos per fer estimacions de la prevalença en el context de les migracions, ja que el context concret afecta la manera com es recopilen les dades.

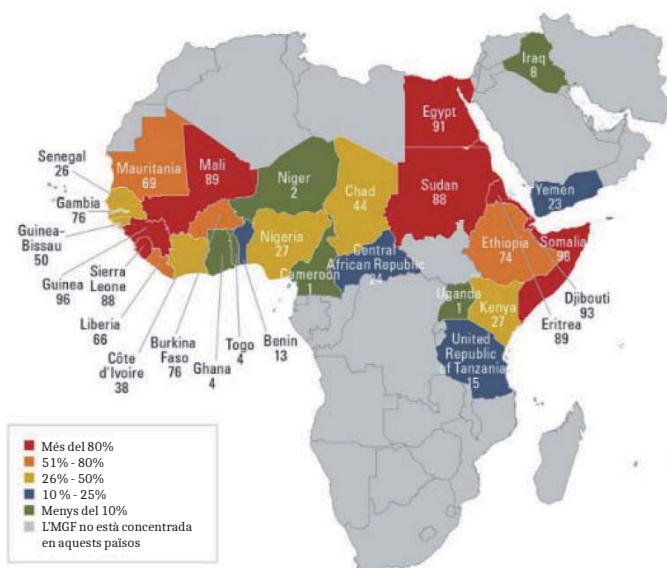
5. ANÀLISI GEOGRÀFICA DE L'MGF

Adriana Kaplan i Nora Salas Seoane (*Fundació Wassu-UAB*)

L'MGF es practica principalment a 30 països de l'Àfrica subsahariana, l'Orient Mitjà (Kurdistan iraquiana i Iemen) i Àsia (Indonèsia). Als països africans, la pràctica s'ha documentat al llarg de la història i han estat les agències internacionals les que s'han encarregat de calcular-ne la prevalença, en aquest cas, l'ONU.

El Mapa 1 mostra els països en els quals l'MGF es practica, junt amb la seva prevalença.

Mapa 1: Percentatge de nenes i dones d'entre 15 i 49 anys que s'han sotmès a l'MGF, per país, a l'Àfrica i l'Orient Mitjà.



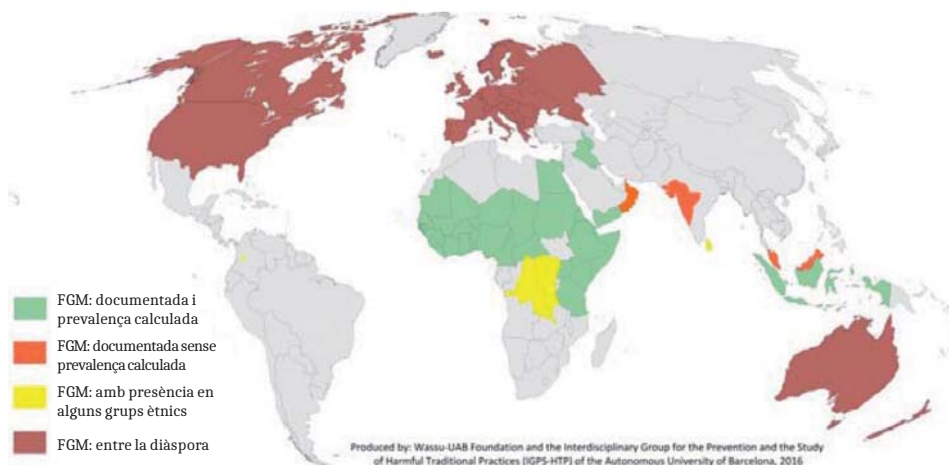
Fonts: UNICEF 2013; bases de dades globals de l'UNICEF 2014, basades en DHS, MICS i altres estudis representatius d'àmbit nacional, 2004-2013.

És important destacar que no tots els grups ètnics que viuen en aquests països practiquen l'MGF i que no tots els grups que la practiquen segueixen el mateix procediment. Per exemple, Gàmbia té una prevalença més alta d'MGF que el Senegal, tot i que el primer país està geogràficament ubicat dins del segon. Això es deu a que entre els mandinka, que constitueixen un 42 % de la població de Gàmbia, hi ha un 96,7 % de prevalença, mentre que al Senegal, els wolof, que no practiquen l'MGF a gran escala, constitueixen un 42 % de la població senegalesa. A Kènia, els tipus I i II d'MGF són els que més prevalen, però entre les somalis kenians, les dades demostren que el 13,4 % de dones s'han sotmès al tipus III d'MGF, fet que demostra diferències en la pràctica entre grups ètnics i, fins i tot, dins d'un mateix grup ètnic.

A Àsia, l'MGF es practica a Indonèsia i Malàisia (Belluck i Cochrane 2016), on el procediment està medicalitzat i les dones acudeixen a centres sanitaris per sotmetre-s'hi. Hi ha altres països on se n'ha notificat la pràctica, com ara Oman (Al Hinai 2014), i també entre els bohra a l'Índia (Goswami 2012). Així mateix, al departament de Risaralda de Colòmbia, el grup ètnic Emberá-Chamí practica l'MGF (UNFPA-Colòmbia 2011).

El mapa mundial següent mostra els països on s'ha detectat l'MGF.

Mapa 2. Mapa mundial de l'MGF



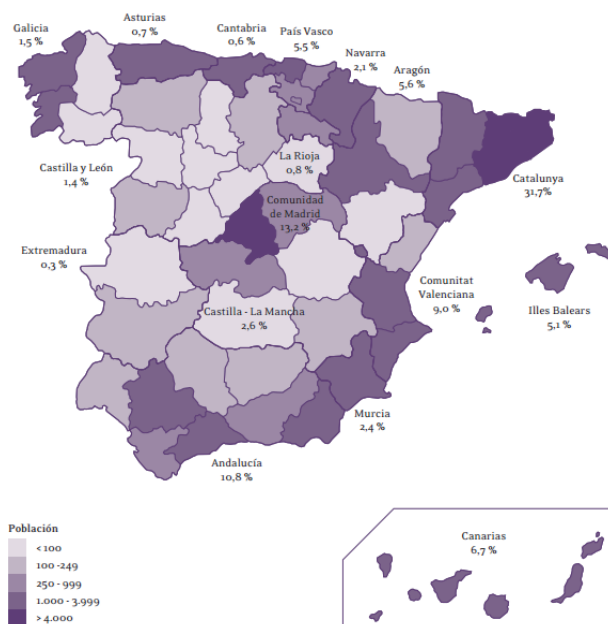
Produït per: Fundació Wassu-UAB i el Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE-PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2016

Amb els moviments migratoris, també trobem casos d'MGF entre la diàspora. A Europa, no hi ha un criteri comú per calcular-ne la prevalença, atesa la manca de consens en les metodologies i les fonts d'informació. Tanmateix, alguns

estudis han fet estimacions sobre el nombre de dones que s'han sotmès a l'MGF i que vivien a diferents països de destí, com ara Bèlgica (Dubourg et al. 2011), França (Andro i Lesclingand 2007) i Itàlia (Istituto Piepoli 2009).

A Espanya s'actualitza un mapa de l'MGF periòdicament cada quatre anys, on es localitzen les dones que provenen de països on es realitza la practica, des del punt de vista geogràfic i demogràfic (Kaplan, Merino i Franch 2002; Kaplan i López 2010, 2013; GIPE/PTP 2006). Aquesta eina permet efectuar comparacions sobre moviments migratoris al llarg del temps. També és útil perquè permet informar els legisladors sobre el disseny i la implementació de programes per a la prevenció de la pràctica i l'assistència en la gestió de les conseqüències que té entre les dones i nenes en l'àmbit local. A fi d'aportar una anàlisi més informada sobre polítiques sanitàries i per sensibilitzar la població de la zona geogràfica sobre possibles casos d'MGF, Portugal i Bèlgica disposen dels seus propis mapes de prevalença de la pràctica. Aquests mapes contenen estimacions de les dones de menys de 15 anys que estan en risc de sotmetre's o que ja s'han sotmès a l'MGF i que viuen a Portugal i a Bèlgica (Mapes 4 i 5).

Mapa 3. L'MGF a Espanya



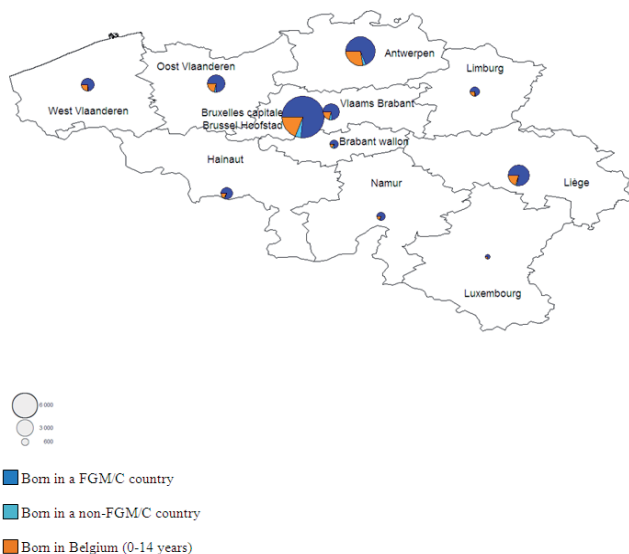
Font: Kaplan, Adriana, and Antonio López. 2013. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012. Espanya: UAB, Bellaterra. Antropologia Aplicada 2. Servei de Publicacions.

Mapa 4. L'MGF a Portugal



Font: Teixeira, Ana Lucía. 2016. "Estimació de la prevalença de la mutilació genital femenina a Portugal". *Public Health* 139:53-60.

Mapa 5. L'MGF a Bèlgica



Font: Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndamé, Tien Rommens i Sophie Maes. 2011. "Estimació del nombre de dones amb mutilació genital femenina a Bèlgica." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 248-57.

6. ASPECTES FONAMENTALS DE LA PROHIBICIÓ CRIMINAL DE L'MGF

Julia Roper Carrasco (*URJC*)

Diferenciació prèvia: Països d'origen i països d'acollida de comunitats que practiquen l'MGF

La intervenció del dret penal com a mecanisme de resposta i prevenció de l'MGF planteja diferents qüestions que encara no s'han resolt satisfactòriament i que s'han de tenir en compte. Per entendre-les, cal establir una distinció entre els tipus de contextos polítics, legals i socials, que són molt diferents. D'una banda, a les regions del món en què l'MGF està molt estesa (majoritàriament a l'Àfrica, tot i que no és l'única part del món), la dificultat més destacable és la ineficàcia del dret penal.

Malgrat el fet que, en molts d'aquests països, l'MGF ha estat il·legalitzada per les pressions internacionals, a la pràctica no s'ha perseguit, per diferents motius. En alguns casos, per manca de recursos a l'hora d'implementar polítiques de prevenció, que són necessàries per establir-ne la prohibició. En altres països, la debilitat i la corrupció dels Estats frenen l'interès per una qüestió que no es considera prioritària. A aquestes limitacions cal afegir-hi sovint el repte sociocultural de modificar les tradicions antigues, profundament arrelades a les estructures tribals, unes tradicions en què l'interès personal d'un individu té un valor relativament baix en comparació amb el de la comunitat (Kaplan 2003, 21). La ineficàcia del dret penal als països d'origen contribueix a la consolidació de la pràctica, ja que reforça la creença que, més enllà del que diuen les lleis, les normes socials i culturals són vàlides i poden prevaldre (Roper Carrasco 2001, 1395-96).

Als països de destinació, aquesta convicció dota els migrants de la pretensió de tenir dret a la identitat cultural per mitjà de la preservació de les seves pròpies tradicions. La sensació de desarrelament per part dels migrants i la seva consegüent vulnerabilitat expliquen la necessitat de reafirmar aquesta identitat a través de pràctiques tradicionals o religioses (com el dejú durant el ramadà o l'ús de la vestimenta tradicional) a fi de protegir la seva dignitat com a éssers humans. El xoc entre aquesta aspiració i la realitat dels països de destinació és encara més dramàtic en el cas de l'MGF. Malgrat que el fet de portar vel als països occidentals està més o menys acceptat, l'MGF és una pràctica que repugna la societat d'acollida. Com a resultat, la desaprovació, emfatitzada pel fet que l'MGF és una pràctica delictiva, s'estén no només a les víctimes de la pràctica i les nenes en risc de patir-la, sinó també als pares i familiars (Sanz Mulas 2014, 11-38).

Dret penal i MGF a Occident. Punt de partida: prohibició penal essencial

La intervenció del dret penal en la lluita contra l'MGF és crucial. L'MGF és un delictes greu contra actius legals fonamentals, com la integritat física i, en termes més generals, la salut personal (inclosos la salut psicològica, el benestar físic i el ple gaudi de la sexualitat i la maternitat). L'amenaça de la sanció és una mesura necessària per estendre la idea, especialment entre les comunitats practicants, que l'MGF és una lesió greu que no es pot justificar amb el component cultural que s'atribueix a la pràctica (Roper Carrasco 2003, 372-74).

La precedència de la protecció dels drets fonamentals sobre qualsevol pràctica consuetudinària (fins i tot encara que tingui la consideració de manifestació cultural) està incorporada en el dret internacional. Per exemple, a la *Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones*, que data del 1993, s'estableix en l'Article 4 que l'Estat no pot invocar cap costum, tradició o consideració religiosa per eludir la seva obligació de procurar eliminar-la. Hi ha altres instruments internacionals, tant de l'àmbit internacional com del regional (en especial, la Unió Europea i el Consell d'Europa) que han consolidat aquest principi de manera més profunda. Atès que l'MGF és una pràctica violenta que lesiona la integritat física i la salut basant-se en el gènere, el dret internacional l'ha tipificada com una forma de violència de gènere (Sanz Mulas 2014, 11-42; Mestre i Mestre i García Añón 2008).

Les conseqüències de la intervenció penal

És d'esperar que la intervenció penal assoleixi el seu objectiu essencial, el de la prevenció, de manera que la criminalització de l'MGF tingui un efecte dissuasiu i contribueixi a l'erradicació de la pràctica. Juntament amb aquest efecte positiu, reconèixer les conseqüències negatives que es poden derivar de l'aplicació del dret penal també és una tasca ètica i necessària (Ley i Deblonde 2004, 44). Recórrer al dret penal té un cost evident, atès que l'instrument emprat (la imposició d'una sanció) representa una limitació dels drets fonamentals, que se suma a la marginalització social (Fusaschi 2014, 101), descrita en els termes següents.

Si uns migrants la filla dels quals s'ha sotmès a l'MGF s'adonen que ells mateixos o altres familiars poden ser perseguits judicialment pel crim, és possible que no vulguin que la víctima o que els seus familiars marxin al país d'acollida, cosa que podria fer més difícil el reagrupament familiar (Llabrés Fuster 2006, 70). Un cop al país de destinació, és possible que aquests migrants evitin situacions en què l'MGF es pugui detectar, com ara sotmetre's a un examen mèdic.

En segon lloc, l'acusació dels pares com a promotors de la mutilació pot deixar la menor en una situació de desprotecció encara més greu, si tenim en compte les precàries circumstàncies socioeconòmiques d'aquests grups en general (Sanz Mulas 2014, 31).

Així mateix, es pot donar el risc que l'acusació afavoreixi, com a mínim en un principi, la consolidació d'aquestes pràctiques per part de les comunitats com una manera de reafirmar les seves identitats ètniques (Foblets 2006, 310).

Finalment, l'estigmatització social que implica qualsevol sanció penal pot acabar per agreujar la marginalització dels grups migrants que s'associa amb l'MGF, basada en la idea equivocada d'una superioritat moral (Herrera Moreno 2002, 51).

La intervenció del dret penal amb el menor cost possible

El processament penal de l'MGF no pot ser l'única manera de combatre la pràctica. Ben al contrari, els programes educatius, de prevenció i protecció de les dones i nenes (que tenen com a finalitat crear un canvi en les creences i els comportaments, a més d'oferir assistència als migrants) poden aportar una protecció més integral de totes les parts interessades. És per això que la criminalització de l'MGF s'ha d'incloure dins de programes més amplis que garanteixin la preservació dels diferents actius legals implicats (Torres Fernández 2005, 960).

En cas contrari, pot sorgir un doble risc: que l'MGF com a pràctica sigui perseguida legalment sense mitigar les possibles repercussions negatives de la persecució (Kaplan 2003, 30) o bé que, en intentar evitar aquestes conseqüències, es renunciï a la denúncia d'aquestes pràctiques o a la imposició de sentències condemnatòries.

7. UN ENFOCAMENT GLOBAL ENVERS L'ABANDONAMENT DE L'MGF

Els Leye (*VUB*)

Atesa la complexitat del fenomen de l'MGF, és important plantejar aquesta qüestió des de diferents àmbits. Habitualment s'utilitza un enfocament integral que se centra en la prevalença, la prevenció, la protecció, el processament i la prestació de serveis (les cinc "P") a l'hora de debatre sobre violència de gènere, inclosa l'MGF (EIGE 2013).

Com que ja s'ha analitzat la prevalença de l'MGF en altres capítols d'aquest manual, en aquest capítol ens centrarem en la resta de "P": prevenció, protecció, processament i prestació de serveis.

Prevenció

La tasca de prevenció de l'MGF s'ha d'orientar envers els patrons socioculturals profundament inherents al comportament, que són les causes primàries, i que s'han de plantejar tant dins de la UE com en els països on es practica l'MGF (EIGE

2013). La *Convenció per a la prevenció i la lluita contra la violència contra les dones i contra la violència domèstica* del Consell d'Europa del 2010, coneguda també com la Convenció d'Istanbul, defineix la prevenció com “el desenvolupament de les mesures que promouen canvis en els patrons socials i culturals del comportament de les dones i dels homes amb l'objectiu d'erradicar els estereotips i els prejudicis, els costums, les tradicions i altres pràctiques que es basen en la idea de la inferioritat de les dones o en els rols estereotipats per a dones i homes. Això implica donar suport a la creació d'un entorn favorable per a dones i nenes, a més de fomentar-ne l'apoderament. També implica reforçar les institucions perquè adoptin posicions que permetin proporcionar una resposta al problema de la violència contra les dones” (Consell d'Europa - Amnistia Internacional 2014).

Es poden implementar una gran varietat d'activitats per prevenir l'MGF. Algunes de les més populars són: conscienciació i sensibilització entre els diferents grups objectiu (inclosos homes i nens), formació de professionals (sanitaris), establiment d'intervencions liderades per la comunitat, emissió de declaracions públiques contra l'MGF, ús dels mitjans de comunicació per a campanyes, apoderament de dones i nenes, abordar els estereotips de gènere i garantir que la cultura, els costums, la religió, la tradició o el denominat “honor” no s'invoquin per justificar cap acte de violència. (Johansen et al. 2013). Les activitats de prevenció tenen com a finalitat canviar el comportament de cara a abandonar totes les formes d'MGF. La realitat, però, és que els recursos de les organitzacions comunitàries que treballen per a la prevenció de l'MGF són molt limitats i, com a resultat, es desenvolupen poques activitats centrades en el canvi conductual a llarg termini (EIGE 2013).

Protecció

La protecció en matèria d'MGF s'ha entès com la protecció de les nenes en risc de sotmetre's a la pràctica i també com la protecció de les qui ja s'hi han sotmès perquè no pateixin cap més lesió, a més de proporcionar protecció internacional.

Protecció dels infants: Les nenes en risc de sotmetre's a l'MGF s'han de protegir de manera adequada. Entre els professionals que poden trobar-se amb nenes en risc s'inclouen professors, professionals sanitaris, cossos policials, treballadors socials i funcionaris encarregats de la protecció de menors. La majoria de països disposen de polítiques de protecció de menors que es poden aplicar per protegir una nena de l'MGF. Tanmateix, és crucial que els professionals que s'enfronten a l'MGF coneguin els factors de risc i els mecanismes legislatius i de protecció que s'apliquen en els àmbits nacional o regional (EIGE 2013). En aquest sentit, és important conèixer les disposicions sobre el secret professional que regulen l'obligació de notificar casos d'abús de menors.

Les víctimes de l'MGF haurien de poder accedir a un conjunt de serveis especialitzats, inclosos els serveis jurídics, d'assistència psicològica i d'assistència

social i sanitària, per garantir que es puguin recuperar del trauma i prevenir afeccions sanitàries greus, d'acord amb el que s'estipula a la Comissió de l'ONU de la condició jurídica i social de les dones (2011). Per a més informació, vegeu "La prestació de serveis".

Protecció internacional: Les víctimes o víctimes potencials de l'MGF es poden considerar membres d'un grup social concret segons la Convenció de Ginebra del 1951. L'MGF està tipificada com una forma de violència contra les dones que equival a la persecució per raons de gènere o que afecten els menors i, per tant, es pot considerar un motiu suficient per sol·licitar l'asil. Això vol dir que tant nenes com dones que sol·liciten l'asil per haver estat subjectes a l'MGF o per risc probable d'estar-ho, poden obtenir la condició de refugiades de conformitat amb la Convenció de Ginebra (ACNUR 2009; Consell d'Europa i Amnistia Internacional 2014).

Processament

En molts països, l'MGF és il·legal. No obstant això, el nombre de casos judicials continua sent limitat (Leye et al. 2007; Johnsdotter i Mestre i Mestre 2015), ateses les dificultats per recopilar prou proves per portar el cas davant dels tribunals i atesos els obstacles que impedeixen la detecció de casos d'MGF (Leye et al. 2007). S'accepta generalment el fet que les lleis per si soles no poden frenar la pràctica de l'MGF, però que els esforços per criminalitzar-la haurien d'anar de la mà de la prevenció, la protecció i la prestació de serveis.

El processament de l'MGF és un dels elements que integren qualsevol enfocament basat en els drets humans per combatre la violència contra les dones (EIGE 2013). Segons la Convenció d'Istanbul, per exemple, els Estats estan obligats a prendre les mesures legislatives i de qualsevol altra naturalesa que siguin necessàries per garantir el curs sense demores de les investigacions i els procediments judicials en matèria de violència contra les dones (inclosa l'MGF).

L'aplicació de lleis penals ajuda a crear un entorn propici per implementar mesures contra l'MGF. També proporciona una plataforma legal per actuar i ofereix protecció jurídica per a les dones. A més, pot dissuadir les extirpadores i les famílies per por al processament judicial (Johansen et al. 2013). No obstant això, els estudis sobre la implementació de lleis penals en matèria d'MGF entre la diàspora han revelat tot un seguit d'obstacles pel que fa a la criminalització de la pràctica (Leye et al. 2007; Johnsdotter i Mestre i Mestre 2015), i l'efecte que ha tingut sobre el procés envers l'abandonament social desitjat de totes les formes d'MGF continua sent poc clar.

La prestació de serveis

Hi ha una gran varietat de serveis que formen part del paquet de prestació d'assistència a dones amb MGF o en risc de patir-la. Atesa la quantitat de sectors

implicats, és vital implementar una coordinació que sigui efectiva. Entre aquests sectors s'inclouen les agències de protecció de menors, els cossos policials, els serveis d'assistència sanitària, les escoles, les ONG i els serveis de processament judicial. Aquesta varietat de serveis pot proporcionar des d'assessorament (jurídic, psicològic i sexual) fins a assistència financera, passant per assistència sanitària adequada i serveis socials. Els serveis poden ser d'àmbit general (p. ex., serveis disponibles per al públic en general, com ara assessorament jurídic) o especialitzats (p. ex., les clíniques especialitzades en MGF a Bèlgica).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Al Hinai, Habiba. 2014. *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. <http://www.stopfgmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>. (Consulta del 26 d'octubre de 2016).
- Andro, Armelle i Marie Lesclingand. 2007. "Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France." *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Etudes Démographiques* 10:438.
- Belluck, Pam i Cochrane, Joe. 2016. "Unicef Report finds Female Genital Cutting to be common in Indonesia." *New York Times*, 4 de febrer. http://www.nytimes.com/2016/02/05/health/indonesia-female-genital-cutting-circumcision-unicef.html?_r=3. (Consulta del 26 d'octubre de 2016).
- Berggren, Vanja, Suad Musa Ahmed, Ylva Hernlund, Eva Johansson, Behzad Habbani i Anna-Karin Edberg. 2006. "Being victims or beneficiaries? Perspectives on Female Genital Cutting and Reinfibulation in Sudan." *African Journal of Reproductive Health* 10(2). 24-36.
- Bourdieu, Pierre. 1977. "Remarques provisoires sur la perception sociale du corps." *Actes de la recherche en sciences sociales* 14:51-54.
- Bourdieu, Pierre. 1980 (ed.). "La croyance et le corps." *Le sens pratique*. París: Éditions de Minuit.
- Brown, Katherine, David Beecham i Hazel Barrett. 2013. "The Applicability of Behaviour Change in Intervention Programmes Targeted at Ending Female Genital Mutilation in the EU: Integrating Social Cognitive and Community Level Approaches." *Obstetrics and Gynecology International*, 201, 11-28. <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/324362>. (Consulta del 25 d'octubre de 2016).
- Butler, Judith. 1993. *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. Nova York: Routledge.
- Castañeda Reyes, José Carlos 2003. *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: A propósito de la mutilación femenina en Egipto* (1ª edició). Mèxic: Centro de Estudios de Asia y África, El Colegio de México.
- Consell d'Europa i Amnistia Internacional. 2014. *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence: A tool to end female genital mutilation*, 1-58. Estrasburg: Consell d'Europa i Amnistia Internacional.
- Douglas, Mary. 1970. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Harmondsworth: Penguin.
- Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndam, Tien Rommens i Sophie Maes. 2011. "Estimació del nombre de dones amb mutilació genital femenina a Bèlgica." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 248-57.
- Erlich, Michel. 1991. *Les Mutilations sexuelles*. París: PUF.
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere (IEIG). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, 1-114. Vilnius: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere (IEIG). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.

- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere (IEIG). 2015. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*, 1-109. Vilnius: EIGE.
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, 1-115. Vilnius: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.
- Foblets, Marie-Claire. 2006. "Los delitos culturales: de la repercusión de los conflictos de cultura sobre el comportamiento delincente. Reflexiones sobre la contribución de la antropología del derecho a un debate contemporáneo." Dins *Derecho penal y pluralidad cultural. Anuario de Derecho penal*, coordinat per José Hurtado Pozo, 287-312. http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/anuario/an_2006_15.pdf. (Consulta del 5 de setembre de 2016).
- Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torí: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Torí: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.
- Fusaschi, Michela. 2014. "Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques." *Synergies Italie* 10:95-107.
- Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy." *Cahiers d'études africaines* 217.
- Gomaa, Ali. 2013. "The Islamic view on female circumcision." *African Journal of Urology* 19: 123-26.
- Goswami, Priya. 2012. *A Pinch of Skin*. <http://www.youtube.com/watch?v=eouLHP3cx8E>. (Consulta del 26 d'octubre de 2016).
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). 2006. "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España." http://www.mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient%c3%adficas.html. (Consulta del 21 d'octubre del 2016).
- Hacker, Karen, Maria Anies, Barbara L. Folb i Leah Zallman. 2015. "Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review." *Risk Management and Healthcare Policy* 8, 175-83.
- Herrera Moreno, Myriam. 2002. "Multiculturalismo y tutela penal: a propósito de la problemática sobre la mutilación genital femenina." *Lex Nova* 5:49-84.
- Istituto Piepoli. 2009. *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia*. Consulta del 25 d'octubre del 2016.
- Johansen, R. Elise B., Nafissatou J. Diop, Glenn Laverack i Els Leye. 2013. "What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation." *Obstetrics and Gynecology International*, 1-11. doi:10.1155/2013/348248. (Consulta del 2 de setembre del 2016).
- Johnsdotter, S. i Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases*, 1-50. Luxemburg: Comissió Europea, Direcció General de Justícia.
- Sara Johnsdotter i Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Johnsdotter, Sara. 2009. "Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden." *FoU Rapport* 3. Malmö: Malmö University. Consulta del 25 d'octubre del 2016. <https://dSPACE.mah.se/bitstream/handle/2043/8219/sara%20inlaga.pdf?sequence=1>.
- Kaplan, Adriana i Antonio López. 2010. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. Espanya: UAB, Bellaterra. Antropologia Aplicada 1. Servei de Publicacions.
- Kaplan, Adriana i Antonio López. 2013. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. Espanya: UAB, Bellaterra. Antropologia Aplicada 2. Servei de Publicacions.

- Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco i Mireia Utzet. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men." *Obstetrics and Gynecology International*. doi:10.1155/2013/643780. Consulta del 7 de novembre del 2016.
- Kaplan, Adriana, Marta Merino i María Franch. 2002. *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona: IDIL.
- Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals: The Gambia* (2ª edició). Espanya: UAB, Bellaterra.
- Kaplan, Adriana. 2003. "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas." *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.
- Leye, E., Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johnsdotter, Adwoa Kwateng-Kluytse, Linda Weil-Curiel i Marleen Temmerman. 2007. "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe." *Crime, Law and Social Change* 47:1-31.
- Leye, Els i Jessika Deblonde. 2004. "A comparative analysis of the different legal approaches towards female genital mutilation in the 15 EU Member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK." *ICRH Publications* 8.
- Leye, Els, Lut Mergaert, Catharina Arnaut i Sioban O'Brien Green. 2014. "Towards a better estimation of prevalence of FGM/C in the EU: interpreting existing evidence in all EU Member States." *Genus* 70:99-121.
- Lisboa, Manuel (coord.), Dalila Cerejo, Ana Lúcia Teixeira, Ricardo Santana, Alexandra Alves Luís, Ana Belinda Teixeira, Cadidjatu Baldé, Catarina Moreira, Gabriela Moita, Maria do Rosário Oliveira Martins i Tchernó Baldé. 2015. *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/relat_mut_genital_feminina_p.pdf. (Consulta del 25 d'octubre del 2016).
- Llabrés Fuster, Antoni. 2006. "El tratamiento de la mutilación genital femenina en el ordenamiento jurídico-español." Dins *Europa: Derechos, Culturas*, coordinated by Javier de Lucas Martín and María Helena Bedoya, 67-86. València: Tirant Lo Blanch.
- Mauss, Marcel. 1934. "Les techniques du corps." *Journal de Psychologie* 32:3-4.
- Mestre i Mestre, Ruth i José García Añón. 2008. *Mutilaciones genitales femeninas*. València: Universitat de València. <http://www.tiempodelosderechos.es/docs/feb12/mutilaciones.pdf>. Consulta del 5 de setembre del 2016.
- Remotti, Francesco. 2000. *Prima lezione di antropologia*. Roma-Bari: Laterza.
- Roperó Carrasco, Julia. 2001. "El derecho penal ante la mutilación genital femenina." *La Ley* 6:1393-1410.
- Roperó Carrasco, Julia. 2003. "La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual." *Curso de Derechos humanos de Donostia-San Sebastián*.
- Sanz Mulas, Nieves. 2014. "Diversidad cultural y política criminal: estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español)." *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Consulta del 5 de setembre del 2016. <http://criminnet.ugr.es/recpc/16/recpc16-11.pdf>.
- Scheper-Hughes, Nancy i Margaret Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.
- Shell-Duncan, Bettina, Reshma Naik i Charlotte Feldman-Jacobs. 2016. "A State-of-the-Art-Synthesis of Female Genital Mutilation/Cutting: What Do We Know Now?" *Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*. Nova York: Population Council.
- Teixeira, Ana Lúcia. 2016. "Estimació de la prevalença de la mutilació genital femenina a Portugal." *Public Health* 139:53-60.

- Torres Fernández, María Elena. 2005. "El nuevo delito de mutilación genital." Dins *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinat per Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.
- UN Commission on the Status of Women. 2011. *Ending female genital mutilation: Report of the Secretary-General*, 1-17, E/CN.6/2012/8. Consulta del 22 d'agost del 2016. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=e/cn.6/2012/8.
- UNFPA-Colombia. 2011. *Project Embera-wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America*. Consulta del 26 d'octubre del 2016. <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/proyectoembera.pdf>.
- UNICEF Innocenti Research Centre. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*, 1-43. Florència: UNICEF Innocenti Digest.
- UNICEF. 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nova York: UNICEF.
- UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nova York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Consulta del 22 d'agost del 2016. [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf).
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2013. *Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union – A Statistical Overview*. Ginebra: UNHCR Bureau for Europe. Consulta del 25 d'octubre del 2016. <http://www.unhcr.org/531880249.pdf>.
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*, 1-15 Ginebra: UNHCR. Consulta del 22 d'agost del 2016. <http://www.refworld.org/docid/4a0c28492.html>.
- Van Baelen, Luk, Livia Ortensi i Els Leye. 2016. "Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union: A secondary data analysis." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. doi:10.1080/13625187.2016.1234597. (Consulta del 16 de setembre del 2016).

Capítol IV.

Medicina, infermeria i obstetrícia

Objectius didàctics:

1. Conscienciar els futurs professionals de la salut sobre la importància d'un enfocament integral i culturalment sensible, per tractar amb les dones i nenes afectades o en risc d'estar afectades per l'MGF.
2. Familiaritzar els futurs professionals de la salut amb casos reals d'MGF perquè puguin comprendre millor la seva complexitat en l'atenció a les dones i nenes que han patit o corren el risc de patir MGF.
3. Aportar perspectives per a la gestió tècnica i clínica de les complicacions relacionades amb l'MGF.

Resum:

1. Assistència a dones i nenes amb MGF o en risc de patir-la (Maya Pellicciari i Sabrina Flamini, Fundació Angelo Celli)
 - 1.1. Professionals sanitaris i casos d'MGF
 - 1.2. Com respondre davant les dones i nenes amb MGF
 - 1.3. Com reconèixer o identificar les modificacions genitals
 - 1.4. Gestió de casos i implicacions ètiques i professionals
 - 1.5. Obligació de denúncia de casos d'MGF
2. Intervenció preventiva en relació amb l'MGF (Nora Salas Seoane, Fundació Wassu-UAB)
 - 2.1. El paper crucial de la intervenció preventiva
 - 2.2. Intervenció preventiva: qui la fa i com
 - 2.3. Eines per a la prevenció de l'MGF
3. Gestió clínica de l'MGF i de les complicacions relacionades (Els Leye, VUB)
 - 3.1. Gestió de les complicacions a llarg termini, inclosos el queuloide, fistules i incontinència, abscessos, neuromes i quists en el clítoris (FOD Volksgezondheid 2011)
 - 3.2. Desinfecció (FOD Volksgezondheid 2011; OMS 2016)
 - 3.3. Assessorament i teràpia psicosexuals
 - 3.4. Cirurgia reconstructiva del clítoris després de l'MGF
 - 3.5. Exemples de directrius i serveis sanitaris existents a Europa

Quadres

Dilema: Què és normal? Què és patològic? Quin és el paper dels professionals sanitaris en casos com aquest?

Exercici: Proveu d'imaginar-vos totes les situacions possibles mitjançant dramatització o debats en equips.

El cas de la Liza

Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 60)

Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 59)

Exercici: Representeu la relació entre el professional sanitari i la pacient amb MGF.

El cas de la Sarah

Procés legal de reclamacions de sol·licitant d'asil per MGF: Itàlia, Espanya, Bèlgica i Portugal

Obligació de denúncia de casos d'MGF: Itàlia, Espanya, Bèlgica i Portugal

Un exemple d'intervenció preventiva en pediatria

Exercici: Identifiqueu possibles maneres de continuar amb la intervenció preventiva amb aquesta família.

El cas de la Giulia / Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 87-89)

Dilema: Debats sostinguts (ètic, legal, antropològic i mèdic)

Referències bibliogràfiques

Hi ha diferents maneres de percebre el cos, la salut, el malestar i la malaltia. Aquest capítol està dedicat a l'atenció de les qui han patit MGF i la prevenció de l'MGF entre les qui estan en risc de patir-la, des d'un punt de vista d'atenció primària integral de la salut socialment i culturalment acceptable. Considerant la complexitat de l'MGF, aquesta perspectiva es considera més adequada que les perspectives biomèdiques, de tipus hospitalari o relacionades amb la malaltia.

1. ASSISTÈNCIA A DONES I NENES AMB MGF O EN RISC DE PATIR-LA

Maya Pellicciari i Sabrina Flamini (*Fundació Angelo Celli*)

1.1. Professionals sanitaris i casos d'MGF

Els símptomes i les malalties, si bé tenen una base orgànica, són percebuts subjectivament per les pacients de maneres molt diferents: la malaltia (sensacions com el dolor, la fatiga, la debilitat, el malestar, el destret, la confusió, la por, les expectatives de recuperació) és una experiència molt personal i pot venir determinada per molts factors que no hi estan relacionats, com les

creences culturals. Els símptomes descrits pot ser que no es puguin confirmar amb un diagnòstic mèdic, o un diagnòstic pot ser que no reflecteixi les sensacions i percepcions de la pacient. Aquesta diferència pot afectar profundament l'“èxit” de la consulta, l'examen i la recuperació. Les persones poden percebre i notar els seus símptomes i/o malalties de manera totalment diferent que els professionals de la salut. La perspectiva biomèdica tendeix a ser reduccionista i a ometre el marc sociocultural en què ocorren i es produeixen els símptomes i/o les malalties.⁹

L'MGF és una pràctica cultural, però un professional de la salut podria tenir la temptació de tractar-la merament com un símptoma o una malaltia, i sorprendre's que algunes persones es considerin completament “normals” i sanes i no vulguin rebre tractament pel que un metge considera un símptoma. La normalitat no s'ha de considerar universal, sinó una perspectiva basada en valors, normes i representacions (cultures), encara que afecti a temes aparentment neutres (naturals/orgànics/mèdics).

Dilema:

Què és normal? Què és patològic?

Quin és el paper dels professionals sanitaris en casos com aquest?

La biomedicina considera que les dificultats per orinar són símptomes que requereixen atenció. En alguns casos, però, aconseguir un flux urinari lent, de degoteig, és un dels motius pels quals es duu a terme la infibulació. Això confirma l'èxit de construir un cos femení, diferenciant-lo del cos masculí, que es caracteritza per un flux urinari abundant i ràpid. En aquest cas, preguntar a la pacient si orina “de manera normal” no és una pregunta adequada. La resposta vindrà determinada pel que ella considera “normal” i podria no ser útil per als professionals sanitaris a l'hora de fer un diagnòstic correcte. Preguntar, en canvi, “Quanta estona triga a orinar?” és una pregunta molt més útil i evita els biaixos culturals.

L'MGF no és una malaltia en si mateixa, ni està relacionada necessàriament amb cap símptoma. L'MGF fa referència a una sèrie de pràctiques diferents de modificacions genitals que poden o no tenir conseqüències mèdiques, és a dir, produir símptomes i malalties. Com més invasiva és la pràctica (seria el cas de la infibulació), més greus poden ser les seves conseqüències per a la salut. En la majoria dels casos, la gent no acut als serveis sanitaris demanant un tractament per a l'MGF. Sovint ni tan sols saben que l'MGF pot tenir conseqüències per a la salut.

Normalment, els professionals de la salut poden trobar-se amb pràctiques d'MGF en les situacions següents:

⁹ Com a lectura complementària sobre la distinció entre malaltia, malestar i trastorn, vegeu: Eisenberg 1977; Russell 2009. Vegeu també: University of Hyderabad (Índia). 2016. “E-learning postgraduate course on the sociology of health and disease.” Consulta del 25 d'octubre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=Wb39aXpqOmQ>.

La pacient acut als serveis per raons no relacionades amb l'MGF i el professional sanitari determina que hi ha hagut MGF durant altres tipus d'exàmens, com ara un pediatra en explorar els genitals durant una visita rutinària; un dermatòleg en un control preventiu d'una piga; un ginecòleg/infermer/llevador durant controls generals, visites prenatales, tractament o atenció preventiva; o en recopilar la història mèdica/psicològica d'una pacient.

La pacient acut als serveis per símptomes relacionats amb l'MGF, tot i que no és conscient que hi hagi una connexió (p. ex., problemes en orinar, còlics, dolors menstruals o dificultats sexuals).

La pacient acut als serveis explícitament per un tema relacionat amb l'MGF. Podria tractar-se, per exemple, de: (a) sol·licituds inadequades (com ara pares demanant que a les seves filles se'ls practiqui l'MFG o una dona embarassada que demana la reinfibulació després d'un part); (b) peticions de tractament de símptomes atribuïbles a l'MGF; (c) peticions d'intervenció amb desinfibulació i/o reconstrucció del clítoris; (d) peticions de certificació ginecològica per a sol·licitants d'asil (en els països on s'escau).

Cada situació es relaciona amb diferents nivells d'acceptació i participació per part dels pares en els serveis mèdics, i cadascuna requereix que els professionals sanitaris adoptin actituds, comportaments i intervencions diferents.

Exercici

Per a cadascun dels casos esmentats, proveu d'imaginar-vos totes les situacions possibles mitjançant dramatització o debats en equips.

El cas de la Liza

La Liza és una sol·licitant d'asil de Nigèria de 31 anys que va arribar a Itàlia amb el seu marit i una filla de tres anys. El certificat mèdic informa d'una MGF de tipus II, però no recorda quan li van practicar. Parla de l'escissió com quelcom de "natural" i obvi, tot i que parla dels problemes sexuals que relaciona amb la intervenció. Durant la primera visita pediàtrica amb la seva filla, la Liza pregunta innocentment al metge on i a qui pot demanar que li facin l'escissió a la nena. Durant una altra entrevista, aquesta vegada amb un antropòleg, revela detalls que ajuden a clarificar les raons de la seva petició: vol trobar un remei per la sensibilitat excessiva de la nena quan li toca els genitals mentre la banya –quelcom que considera un trastorn relacionat amb els seus genitals externs "massa grossos".

Dels casos registrats pel Centre de l'Úmbria per a l'Estudi i la Prevenció de l'MGF (Itàlia), 2016.

1.2. Com respondre davant les dones i nenes amb MGF

A causa de la presència de poblacions migrants/refugiades a Europa, és probable que els professionals sanitaris es trobin amb una dona/nena amb els genitals modificats. En aquests casos, el tipus de reacció que tenen és important per entaular una bona relació amb la pacient i en pot millorar la intervenció. Els professionals sanitaris haurien de ser conscients que qualsevol signe verbal o no verbal (expressions facials, gestos, silencis, comentaris, tons i terminologia) pot ser malinterpretat per les pacients i desencadenar reaccions que afectin negativament les relacions d'assistència. De fet, estan constantment sota l'observació de les pacients i les seves actituds i comportament poden induir preocupació, ansietat, vergonya i ofensa. Els professionals sanitaris haurien de ser sensibles i cautelosos, i dedicar atenció a les reaccions que poden semblar-los inofensives, però que en canvi transmeten actituds racistes i/o causen estigmatització i maltractament.

Les reaccions escandalitzades i xocants podrien provenir de professionals que no han rebut formació i que no estan preparats per tractar o parlar de les modificacions genitals.

La censura i/o victimització són també reaccions molt comunes. Totes dues són fruit de l'enfocament paternalista i eurocèntric a allò que és diferent, inesperat o desconegut –allò que sembla considerar-se inferior, “estrany” o que requereix conversió o salvació.

Les reaccions de sorpresa, sarcasme i excessiva curiositat poden semblar-los força inofensives, als professionals de la salut, però sovint amaguen una visió exotitzada i espectacularitzada de la diversitat que fa que la pacient se senti rara i ridícula.

Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 60)

«La primera vegada que em vaig anar a visitar, de seguida que em vaig estirar el ginecòleg es va sobresaltar i va cridar: “Oh, mare meva! Què t'ha passat?! T'han cremat?!” I jo vaig dir “No! M'han cosit! No hi surt, això, als vostres llibres?! Ets metge. Als manuals se'n parla, d'això.” Perquè el meu marit era metge i m'ho va explicar. Vaig dir-li: “No hi ha cap manual que tracti sobre aquest problema africà?!” I ell va respondre: “No, no n'havia sentit parlar mai!” “Doncs bé, ja és hora que ho facis, perquè som moltes, les dones que vivim aquí a Europa, ara!”» (una dona somali, 70 anys).

Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 59)

«Va venir una metgessa a visitar-me i després va cridar la infermera i altres metges, i en van venir molts! M'ho vaig prendre molt malament perquè va dir exactament "Veniu a veure, quin espectacle!" Parlava de l'escissió i la depilació del pèl púbic. En una altra clínica, hi havia un metge que no era capaç de comprendre què era, allò, però hi havia una amiga seva, una infermera negra, que li va dir: "Mira, per a tu és quelcom nou, però al nostre país, existeix!"» (Una dona etiop, 38 anys).

Davant d'aquestes actituds i comportaments, la pacient es pot sentir rebutjada o jutjada, perquè personifica tradicions i valors incorrectes o inferiors. Com a reacció, podria ser que refusés tota mena de contacte amb els serveis sanitaris, o que donés suport o defensés l'MGF, encara que anteriorment hagués criticat aquesta pràctica o estigués oberta als canvis. S'hauria de dedicar una atenció especial a l'ús de la terminologia i les paraules, perquè a vegades les pacients no coneixen els termes tècnics o oficials que es fan servir per referir-se a les modificacions genitals. Pot molestar-les també que es facin servir paraules com ara "mutilació", que sovint es considera una paraula etnocèntrica, que denota desqualificació o discriminació. Fer referència de manera general a la "circumcisió (femenina)" o fer servir el terme en l'idioma de la dona seria més útil per introduir el tema.¹⁰

Exercici

Representeu la relació entre el professional sanitari i la pacient amb MGF.

1.3. Com reconèixer o identificar les modificacions genitals

Els tipus definits per l'OMS (vegeu el capítol II d'aquesta guia) són una eina útil per a la identificació de les modificacions genitals i la seva gravetat. Tanmateix, com que l'MGF consisteix en intervencions no estandarditzades, realitzades sovint en una pacient a una edat molt primerenca, poden fins i tot acabar determinant la forma dels genitals de diferents maneres, cosa que no poden reflectir les quatre tipologies que l'OMS estableix. Per aquest motiu, els professionals sanitaris sovint tenen problemes per identificar les modificacions genitals d'acord amb els tipus de l'OMS. Una observació meticulosa, recolzada per una història mèdica exacta i culturalment sensible, pot ajudar el professional de la salut a identificar fins i tot les formes menys invasives d'MGF.

¹⁰ Com a lectura complementària sobre l'ètica de la terminologia i l'atenció, vegeu Vissandjé et al. 2014.

Ser capaços d'identificar l'MGF és molt important per als professionals de la salut. Han de desenvolupar una capacitat professional per reconèixer adequadament i descriure correctament les alteracions observades, per diverses raons:

És necessari per a la correcta avaluació de cada cas, per tal de prendre les decisions més adequades en interès de la pacient.

Ajuda a *no* sobreestimar les situacions en què l'MGF no és una prioritat.

El cas de la Sarah

La Sarah té 23 anys, però sembla més jove. Va marxar de Nigèria fa quatre anys i, després de dos dies en una petita barca, va arribar a Itàlia desembarcant clandestinament a Lampedusa. És reticent a parlar sobre la seva arribada, cosa que suggereix que ha estat una experiència dura i dolorosa que no vol recordar.

La Sarah viu en un pis petit amb moltes altres persones. Algú li va dir que hauria d'informar la policia de qui l'havia empès a prostituir-se per obtenir el permís de residència, però diu que no hi ha ningú a qui denunciar. Se sent atrapada en una situació sense sortida de la qual voldria fugir, però no sap com.

La Sarah està constantment buscant feina, una feina fixa que li permeti escapar del comerç sexual i regularitzar la seva situació a Itàlia. Quan li preguntem quina feina li agradaria fer, respon: "El que sigui, qualsevol tipus de feina!". És fàcil imaginar-nos que està a l'aguait per veure si la nostra reunió li depara alguna sorpresa. Potser una feina? Un lloc on viure? Un permís de residència? Informació útil? Quina decepció, quan comencem a parlar-li de la circumcisió femenina! «Ah!», diu, «És d'això que us interessa parlar, aleshores.» És per això que ens interessa el seu cas? És això el que creiem que necessita realment? Es redueix la tensió, s'esmicolen les expectatives. El to esdevé més relaxat, i la Sarah somriu, sorpresa, quan s'adona que nosaltres no estem circumcidades, que els nostres genitals no han estat tractats o adornats com els seus (Bagaglia et al. 2014, 33-34).

És útil evitar subestimar la pacient i no deixar passar l'oportunitat d'oferir informació de prevenció a la família, fins i tot en casos aparentment menys invasius (p. ex., la inexistència de marques de perforació podria reforçar indirectament la idea que no són tan dolorosos i, per tant, les famílies podrien fer fàcilment aquestes perforacions a les seves filles).

Cal aportar certificacions en el procés legal de les sol·licituds d'asil relacionades amb el temor de patir l'MGF.¹¹ En aquest sentit, es demana als professionals sanitaris que facin servir la terminologia de l'OMS per evitar malentesos.

¹¹ Com a lectura complementària sobre l'enllaç entre l'MGF i l'asil, vegeu UNHCR. 2009. "Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina." Consulta del 27 d'octubre de 2016. <http://www.refworld.org/docid/4a0c28492.html>.

Itàlia: Haver patit l'MGF (o simplement córrer el risc de patir-la) a Itàlia es considera un prerrequisit per al reconeixement de l'estatus de refugiat per persecució per raó de gènere (*Convenció de Ginebra; Acte legislatiu núm. 251/2007, Articles 2 i 7*). Les sol·licitants d'asil identificades com a persones amb MGF són considerades "persones amb necessitats d'atenció especials" que han de ser reconegudes i garantides per les estructures de salut governamentals (*Acte legislatiu núm. 142/2015, Article 17*). Una forma d'evidència d'aquesta identificació és un certificat mèdic.

Espanya: Segons la Llei 12/2009, de 30 d'octubre del 2009, que regula el dret d'asil i la protecció subsidiària, els sol·licitants d'asil poden obtenir l'estatus de refugiat si pateixen persecució per raó de violència de gènere i "actes sexuals, tant si s'infringeixen en infants com en adults". No hi ha cap menció específica a l'MGF, però se sobreentén que està inclosa en aquesta secció. L'acceptació depèn de cada cas i de la documentació presentada.

Bèlgica: La por de patir l'MGF és reconeguda com una raó per sol·licitar l'asil i atorgar l'estatus de refugiat. Les dones poden sol·licitar l'asil si tenen por de patir l'MGF (en els casos en què encara no han estat extirpades), de patir una forma més greu d'MGF que la que ja els han practicat o que sotmetin a l'MGF les seves filles. Cal un certificat mèdic.

Portugal: Les sol·licitants d'asil identificades com a persones amb MGF són considerades "sol·licitants amb necessitats d'atenció especials", d'acord amb la Llei núm. 26/2014, Article 2, núm. 1, Paràgraf ag). Aquesta llei inclou també l'Article 5, que estableix que els actes de violència sexual i "actes comesos específicament per raons de gènere o contra menors" són actes de persecució, que representen una raó per sol·licitar l'asil i l'estatus de refugiat. Calen evidències i testimonis per concedir la protecció internacional¹².

1.4. Gestió de casos i implicacions ètiques i professionals

En enfrontar-se a un cas ben identificat d'MGF, un professional de la salut podria activar diferents vies d'actuació, des de la mera intervenció fins a la cirurgia reparadora final, segons la gravetat de la situació i la demanda/acceptació de les pacients.

Atesa la complexitat de l'MGF i el seu possible impacte negatiu en la salut física i psicològica, l'enfocament hauria de ser multidisciplinari. És aconsellable que el professional/servei formi part d'una xarxa més àmplia de consulta de professionals o que pugui identificar/consultar un centre multidisciplinari local especialitzat en l'MGF al qual derivar les pacients.

La prevenció pot ser el principal centre d'atenció en totes les situacions, tenint en compte que cal implicar-hi tota la família (fins i tot els qui romanen al país d'origen) si volem assegurar-nos que s'abandonarà realment aquesta

¹² Aquesta informació ha estat editada amablement per la Marta Patrício, de l'ISCTE-IUL (Lisboa, Portugal).

pràctica (vegeu la secció 2 d'aquest capítol). Els pediatres hi tenen un paper especialment important, perquè tenen l'oportunitat de supervisar casos de risc mitjançant els exàmens periòdics dels genitals i les converses habituals en profunditat amb les famílies. La gestió de símptomes específics que les pacients relacionen directament o indirectament amb l'MGF també és una oportunitat per al professional sanitari per abordar el tema de la prevenció d'aquesta pràctica en les seves filles o per oferir a les pacients la cirurgia reparadora. En cas de símptomes greus (vegeu la secció 3.2. d'aquest capítol), pot ser necessària una intervenció quirúrgica.

La situació més complexa esdevé quan es tria la desinfibulació i/o la reconstrucció del clítoris (suggerides pels professionals sanitaris o demanades per les pacients). Aquests passos requereixen la plena acceptació per part de les pacients, a més de la possible implicació de parents, un enfocament multidisciplinari i suport constant a través de d'un assessorament al llarg de tot el procés (durant la presa de decisió i també després de la intervenció; vegeu les seccions 3.3. i 3.4. d'aquest capítol).

La presència de mediadors lingüístics, antropòlegs i altres facilitadors comunitaris és sempre molt recomanable. Això pot tenir una importància cabdal a l'hora de definir la via d'assistència i la seva continuïtat i eficàcia.

1.5. Obligació de denúncia de casos d'MGF

A tots els països europeus, els professionals sanitaris tenen l'obligació d'informar de les lesions corporals si són delictes penals. L'MGF es considera un delicte penal, però com que inclou pràctiques molt diferents i amb conseqüències diverses (en alguns casos, les conseqüències poden ser totalment inexistents), hi ha un gran debat polèmic sobre aquesta obligació professional. Molts professionals opten per l'objecció de consciència, especialment quan estan convençuts que l'MGF es va fer fa molt de temps i en el país d'origen. Els professionals de la salut tenen la responsabilitat d'informar els pacients sobre la legislació local relativa a l'MGF i les implicacions penals per als mestres i facultatius, així com les conseqüències per a la salut de les intervencions en els genitals. El diàleg i l'establiment de relacions de confiança sovint es consideren preferibles a la denúncia com a intervenció, que a la fi pot comportar conseqüències dramàtiques per als menors, com l'arrest domiciliari dels pares i/o la privació de la seva autoritat sobre els seus fills confiant la cura dels infants als serveis socials. Simplement esmentar aquesta possibilitat pot ser percebut com una amenaça i és fàcil que empenyi les famílies a interrompre les relacions d'assistència (amb les subsegüents conseqüències per a la salut) i, en última instància, a marxar del país, la qual cosa impediria una reducció real de les taxes d'MGF.

Itàlia: La Llei (acte legislatiu núm. 9/2006) identifica clarament l'autoritat judicial com l'únic organisme amb autoritat per pronunciar l'admissibilitat dels casos, demanant als funcionaris (professionals de la salut inclosos) que informin sobre qualsevol cas sospitós o declarat d'MGF, fins i tot els casos de risc d'MGF, i fins i tot quan es tracti de dones majors d'edat (la minoria d'edat es considera una circumstància agreujant).

Espanya: L'MGF està considerada un delictes greu al Codi Penal espanyol (Article 149.2). Els pares poden anar a la presó entre sis i dotze anys, amb la qual cosa perdrien la custòdia de les seves filles. El codi també declara com a fet punible permetre, col·laborar o dur a terme l'MGF. Si la pràctica es duu a terme fora del territori espanyol, la persona només pot ser condemnada si té la nacionalitat espanyola o viu permanentment a Espanya (Llei orgànica 1/2014). Els professionals de la salut tenen el deure d'informar de qualsevol delictes penal que identifiquin. D'acord amb aquestes lleis, els professionals tenen el deure d'informar dels casos en què una nena ha estat sotmesa a l'MGF i els seus pares són residents a Espanya o han estat vivint a Espanya molt de temps. No tenen el deure d'informar de les nenes que arriben a Espanya després que se'ls practiqui l'MGF.

Bèlgica: A Bèlgica, els professionals no tenen el deure d'informar dels casos sospitats o declarats d'MGF. Un codi penal específic (Article 409 del Codi Penal belga) defineix com a fet punible la realització, l'intent o la facilitació de l'MGF.

Portugal: La pràctica de l'MGF és un crim punible sota el Codi Penal portuguès (Llei núm. 83/2015, article 144-A) entre dos i deu anys de presó. Si l'MGF es considera un "delictes tipificat contra la integritat física de la persona", la sentència pot ser de fins a dotze anys de presó (Article 145) i totes aquestes sancions poden ser més greus si els delictes ocasionen la mort de la víctima (Article 147). Encara que es cometi fora del territori portuguès, la llei pot ser aplicable, gràcies a una clàusula d'extraterritorialitat. L'MGF és un crim públic i, per tant, els professionals sanitaris, com tots els ciutadans, tenen el deure d'informar-ne les autoritats, de manera que la denúncia de la víctima no és necessària per iniciar una investigació¹³.

2. INTERVENCIÓ PREVENTIVA EN RELACIÓ AMB L'MGF

Nora Salas Seoane (*Fundació Wassu-UAB*)

2.1. El paper crucial de la intervenció preventiva

La intervenció preventiva és una acció d'educació per a la salut realitzada per professionals sanitaris per promoure actituds positives que condueixen a l'abandonament de la pràctica de l'MGF. L'objectiu de la intervenció és prevenir la realització de l'MGF en nadons i nenes, i millorar la salut de les dones i nenes a les quals s'ha realitzat el procediment i que en poden estar patint les conseqüències. Les intervencions preventives es duen a terme en consultes mèdiques com a part d'un programa més ampli d'educació per a la salut, principalment amb dones (mares o potencials mares de nenes), homes (a qui és important incloure en la

¹³ Aquesta informació ha estat editada amablement per la Marta Patrício, de l'ISCTE-IUL (Lisboa, Portugal).

intervenció, si és viable) i famílies i comunitats dels països on es practica l'MGF (Kaplan, Toran i Bedoya 2006a; Kaplan, Moreno i Pérez Jarauta 2010a).

Es considera que els usuaris i les usuàries de l'assistència sanitària són actius en les seves agències i l'objectiu de la intervenció és apoderar les dones i nenes amb coneixements per prendre decisions informades sobre els seus cossos i les seves vides, i els de les seves filles. El paper del professional sanitari és transferir coneixements científics i clínics sobre les conseqüències per a la salut de l'MGF (a curt i llarg termini) per a les nenes i les dones. Tenen una legitimitat, d'una banda, com a professionals sanitaris, i d'una altra, com a persones que vetllen per la salut de les famílies, de manera que tenen un paper vital en la prevenció d'aquesta pràctica (Kaplan, Salas i Mangas 2015).

Els professionals han d'haver rebut formació sobre l'MGF per tractar un tema tan complex i sensible, i que té un potent significat social per a les comunitats que la practiquen. Els coneixements sobre els antecedents antropològics i les raons socials per les quals duen a terme l'MGF són crucials per deconstruir-la amb les famílies i per tenir més probabilitats d'èxit en la intervenció preventiva. Si el professional no ha rebut formació, no podrà identificar l'MGF o dur a terme la prevenció adequada d'aquesta pràctica. El professional ha de tenir en compte el rerefons cultural i social de l'usuari, així com la seva història personal de migració. La transferència de coneixements hauria d'anar sempre acompanyada de respecte i suport emocional, ja que el professional pot ser que estigui entrant en una esfera molt íntima i dolorosa. L'empatia, el diàleg, la creació de confiança i disposar de prou temps són tots elements necessaris per poder compartir experiències i opinions sobre el tema. Les dones normalment estan obertes a parlar-ne, si la intervenció es fa d'aquesta manera.

Els professionals de la salut també tenen el deure d'informar les pacients sobre el marc legal de l'MGF al país on viuen ara. Per damunt de tot, els professionals han d'oferir suport a les famílies per poder ajudar-les a evitar aquesta pràctica i a protegir les seves filles, atesa la gran pressió social dels seus països d'origen, especialment dels països de l'Àfrica. Les intervencions preventives tenen també un efecte transnacional en els països d'origen, en informar les famílies i comunitats de les pacients sobre el caràcter perjudicial d'aquesta pràctica.

- Els factors de risc més comuns per realitzar-li l'MGF a un nadó o una nena són:
- La seva família prové d'un país i/o pertany a un grup ètnic que practica l'MGF.
- La seva mare i/o les seves germanes han estat sotmeses a l'MGF.
- La seva família té previst tornar a viure al seu país d'origen i busca la integració en la comunitat.
- La seva família té previst viatjar al seu país d'origen durant les vacances, per visitar la família i/o presentar la nova filla.
- La seva família expressa la seva intenció de realitzar-li l'MGF.

- És molt important avaluar minuciosament la situació abans de considerar que una nena pugui estar en risc.

2.2. Intervenció preventiva: qui la fa i com

Les intervencions preventives es duen a terme principalment en les àrees sanitàries següents:

- personal de pediatria i d'infermeria pediàtrica;
- personal facultatiu i d'infermeria de medicina general;
- medicina comunitària i
- serveis sanitaris i de salut reproductiva (obstetrícia, ginecologia, infermeria d'obstetricoginecologia).

El personal de pediatria i d'infermeria pediàtrica té un paper clau en el marc del sector de la salut, perquè treballa amb la família quan neix una nena, durant el seu cicle vital, per prevenir aquesta pràctica. Els serveis sanitaris i de salut reproductiva poden tenir un paper important en la detecció de dones amb MGF i avaluar si necessiten ajuda, així com desenvolupar intervencions preventives en el cas que hi hagi nenes o futurs nadons nenes a la família. El personal facultatiu de medicina general i metges de medicina comunitària hi poden tenir un paper fent intervencions preventives en les seves pràctiques de medicina general, ja que les famílies solen confiar molt en aquests professionals.

Les intervencions es poden classificar de la manera següent:

- Intervenció preventiva a llarg termini: Es desenvolupa més sovint mitjançant controls de pediatria quan la nena neix o durant el seu cicle vital. Es pot iniciar en serveis sanitaris i de salut reproductiva mitjançant controls d'embaràs, informant el personal de pediatria d'un possible risc en una família.
- Intervenció preventiva específica: La realitzen més sovint els facultatius i el personal d'infermeria de medicina general, però també es pot desenvolupar en altres serveis. Quan el professional troba una complicació de salut que es pot deure a l'MGF, aprofita l'oportunitat per parlar-ne, iniciant una intervenció. És preferible haver establert una relació abans de parlar sobre l'MGF; si no fos així, cal anar amb compte i ser respectuós i sensible.
- Prevenció comunitària: Els professionals sanitaris poden parlar de les conseqüències per a la salut de l'MGF en conferències o activitats organitzades amb les comunitats. Les activitats de grup poden ser molt beneficioses si es duen a terme amb els coneixements adequats i amb respecte per la tradició –el debat que sorgeixi pot facilitar un debat posterior sobre l'adequació d'aquesta pràctica dins de la comunitat.
- Gestió de les conseqüències per a la salut de l'MGF: El primer pas és avaluar la transcendència dels danys físics, psicològics i sexuals, i avaluar

els tractaments potencials i adequats. Si la dona està embarassada o vol quedar-se embarassada, és important avaluar el grau de complicacions potencials durant el part. Si el futur nadó és una nena, poden començar a dur-se a terme intervencions preventives. Els professionals poden oferir suport psicològic, derivant la dona a un servei de salut mental. Pot ser una dona amb complicacions físiques i sexuals, o una mare amb sentiment de culpabilitat que adopta una actitud contrària a la pràctica, i que no la realitza en una filla tot i que amb l'altra filla sí ho va fer, etc. Les noies adolescents –que necessiten informació i suport pel que fa a la seva sexualitat– es poden sentir incòmodes en una cultura on es culpabilitza l'MGF (Kaplan, Salas i Mangas 2015).

2.3. Eines per a la prevenció de l'MGF

Els principals elements necessaris per dur a terme intervencions preventives adequades són: tenir coneixement sobre l'MGF, i demostrar respecte, sensibilitat i sentit comú. Hi ha altres eines que també poden ajudar a desenvolupar intervencions, com ara les següents:

- Compromís preventiu¹⁴: El compromís preventiu és un document o carta dissenyat perquè les famílies puguin recollir mostres de suport contra aquesta pràctica quan viatgen als seus països d'origen. En aquesta carta, les famílies es comprometen a tenir cura de les seves filles durant la seva estada fora, seguint les instruccions dels centres internacionals de vacunació i evitant la realització de l'MGF. És un document que ha funcionat a Gàmbia, el Senegal i Guinea-Bissau. Les famílies mostren el document "oficial" amb segells del seu centre de salut a les seves persones grans, perquè coneguin les conseqüències per a la salut que pot tenir aquesta pràctica i la prohibició de dur-la a terme que és vigent segons la legislació dels països de destinació dels membres de la seva família, així com les conseqüències fatals que podria tenir si es dugués a terme.
- Pòsters desplegable, guies i manuals: Hi ha una gran diversitat de manuals i guies sobre la prevenció i la gestió de l'MGF per part dels facultatius de la salut en diferents països europeus. També hi ha disponibles pòsters desplegable per utilitzar-los en el marc de les consultes mèdiques¹⁵.
- La importància del registre: És important registrar les intervencions preventives o la detecció de l'MGF en la història clínica, mitjançant la Classificació Internacional de Malalties (CIM), on s'inclou la codificació de l'MGF. Si la dona/nena ha estat sotmesa a la pràctica,

¹⁴ Per obtenir més informació sobre el compromís preventiu, vegeu: Fundació Wassu-UAB. 2015. 'Compartir eines per la prevenció.' Consulta del 27 d'octubre de 2016. http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html.

¹⁵ Vegeu, per exemple: Fundació Wassu-UAB. 2015. 'Compartir eines per la prevenció.' Consulta del 27 d'octubre de 2016. http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html.

cal registrar-ho, i si la nena està en risc, també. Això pot facilitar les intervencions coordinades amb altres professionals en cas necessari, tot i que, a vegades, si els professionals no han rebut formació, podria donar lloc a confusió (Kaplan, Salas i Mangas 2015).

Un exemple d'intervenció preventiva en pediatria

Aquest cas fa referència a una família egípcia que viu en una ciutat propera (Barcelona) amb cinc fills/es: quatre noies (de 22, 19, 16 i 14 anys) i un nen petit (9 mesos).

La pediatra ha estat assistint la família els darrers cinc anys, però no va pensar en l'MGF fins que en va rebre formació i va saber que a Egipte hi ha una alta prevalença d'aquesta pràctica. Decideix parlar amb la família sobre el tema i iniciar una intervenció.

La mare va al centre amb totes les filles i fills per a una revisió del petit. La metgessa li pregunta obertament si ella i les nenes han estat "tallades". Té prou confiança amb la família per fer-ho, amb respecte i sensibilitat, després de rebre formació sobre l'MGF. La mare respon que sí, és clar, les han "tallat" a l'hospital –a ella i les seves tres filles grans– perquè és una pràctica normal, una tradició, al seu país. A la nena més petita no l'hi havien fet perquè fa poc temps ha estat prohibit a Egipte per llei, segons diu.

En aquest cas, és beneficiós fer una intervenció preventiva a llarg termini amb la família. Pensen que l'MGF és una bona pràctica per tradició, i la metgessa pot desconstruir aquestes creences pas a pas, amb coneixements científics sobre les conseqüències que pot comportar per a la salut.

La nena més petita no ha estat circumcidada perquè ha estat prohibit. Vam poder preguntar a la família per què un país prohibeix una pràctica que és "bona" per a les nenes i les dones. Aquesta nena podria patir l'MGF en un viatge a Egipte. Mitjançant la intervenció preventiva, podem prevenir que altres nenes de la família se sotmetin a aquesta pràctica. Per exemple, la filla més gran està a punt de casar-se a Egipte i, si té una nena, és probable que s'hi sotmeti.

D'un programa d'assessorament sobre l'MGF d'un centre d'assistència sanitària primària de Catalunya, de la Fundació Wassu-UAB.

Exercici: Identifiqueu possibles maneres de continuar amb la intervenció preventiva amb aquesta família

Cas: Es tracta d'una família del Senegal. Tenen dos fills (un de 9 anys, nascut al Senegal, i un de 6, nascut a Catalunya) i una filla (de 4 anys, nascuda a Catalunya). La pediatra ha estat atenent la família durant sis anys, s'ha anat guanyant la seva confiança i, després de formar-se sobre l'MGF, decideix iniciar una intervenció. Pregunta a la mare si l'MGF es practica al seu país d'origen i la mare li diu que sí, que a ella li havien fet el procediment, però que no vol fer-li a la seva filla. Quan la pediatra li explica les conseqüències que podria tenir per a la salut aquesta pràctica, la mare torna a dir que no vol fer-li a la seva filla. Amb tot, abans de sortir de la consulta, pregunta: "No seria bo, aleshores, fer-li l'MGF a la meua filla, per curar-li la coïssor que té?"

És obvi que aquesta dona no està convençuda que l'MGF tingui més inconvenients que avantatges per a la seva filla. Penseu en el que podeu fer com a facultatiu sanitari per continuar duent a terme la intervenció preventiva.

D'un programa d'assessorament sobre l'MGF d'un centre d'assistència sanitària primària de Catalunya, de la Fundació Wassu-UAB.

3. GESTIÓ CLÍNICA DE L'MGF I DE LES COMPLICACIONS RELACIONADES

Els Leye (VUB)

3.1. Gestió de les complicacions a llarg termini, inclosos el queloide, fistules i incontinència, abscessos, neuromes i quists en el clítoris (FOD Volksgezondheid 2011)

Neuroma del nervi dorsal del clítoris: pot passar en totes les formes d'MGF. El tall d'aquest nervi i la pressió que fa sobre el nervi el teixit cicatricial poden ocasionar la proliferació de teixit neural i, en el pitjor dels casos, el creixement d'un tumor dolorós. Un neuroma pot tenir un diàmetre d'uns quants centímetres. El tractament és l'extirpació. *Queloide:* pot passar en totes les formes d'MGF. El queloide és difícil de tractar, perquè el teixit cicatricial extirpat sovint reapareix després d'extirpar-se. Per aquest motiu és crucial reduir-ne el risc al màxim. Després de l'operació, la formació de teixit cicatricial es pot evitar si s'apliquen corticoesteroides localment.

Fístula: és una complicació que es produeix en la majoria dels casos en l'MGF de tipus III. El tractament de la fístula requereix una experiència específica i l'ha de dur a terme un cirurgià capacitat. En casos poc complexos, el tractament té un índex d'èxit del 90 %; en els casos més complexos, d'un 60 %. Les cures postoperatòries han de fer-se durant dues setmanes com a mínim per evitar infeccions i garantir un resultat sostenible. També es recomana rebre assessorament psicològic. Es recomana la cesària en els embarassos i parts posteriors.

Quists d'inclusió epidèrmica: pot passar en totes les formes d'MGF. A l'hora de decidir si s'extirpa, s'ha de tenir en compte la ubicació del quist i les conseqüències iatrogèniques d'una intervenció quirúrgica en el teixit ja danyat. En els casos de quists grans o infectats, s'ha de fer una marsupialització (una obertura quirúrgica permanent amb sutura del quist per permetre un flux permanent del contingut del quist).

Pseudoinfibulació: pot produir-se després de l'excisió (tipus II). La pseudoinfibulació és l'adhesió de les vores dels llavis menors extirpats durant la cicatrització de les ferides. No s'ha d'aplicar crema amb estrògens. Es farà una incisió en tota la llargada de l'adhesió i els llavis s'estendran amb gasses untades amb vaselina, per exemple, fins que la ferida estigui del tot curada.

3.2. Desinfibulació (FOD Volksgezondheid 2011; OMS 2016)

L'Organització Mundial de la Salut recomana la desinfibulació per prevenir i tractar les complicacions obstètriques i urològiques en dones i nenes que conviuen amb una MGF de tipus III.

En la primera consulta, totes les dones o nenes que han sofert l'MGF s'han d'examinar per determinar de quin tipus d'MGF es tracta i l'amplada de la vulva. Els resultats s'han d'anotar amb cura a la història clínica de la pacient, per evitar exàmens recurrents. Els professionals de la salut han de proporcionar informació detallada, imparcial i objectiva sobre el procediment de desinfibulació i explicar per què és necessari dur-lo a terme, així com els beneficis esperats i els riscos potencials que pot tenir, juntament amb informació sobre els canvis anatòmics i psicològics que es poden preveure després de l'operació (p. ex., micció més ràpida, secreció vaginal augmentada). Tot això s'ha de fer durant una sessió preoperatòria.

La desinfibulació es pot fer antepartum o intrapartum, per facilitar el part a les dones que conviuen amb una MGF de tipus III, segons el context. També s'ha de permetre a les dones expressar les seves preferències pel que fa al moment de la intervenció, tot i que també dependrà de l'accessibilitat als centres d'assistència sanitària (prepart, en cas que la dona visqui lluny d'un centre de salut), el lloc del part (prepart, en cas de tenir un part a casa) i el nivell de capacitació del professional de la salut (prepart, si es tracta d'un professional amb poca experiència).

El cas de la Giulia / Fragment de l'entrevista (Bagaglia et al. 2014, 87-89)

La Giulia és una llevadora italiana que treballa en un hospital públic. Va tenir l'oportunitat de tractar una dona somali que va decidir que li fessin la desinfibulació per poder tenir un part natural.

«No la veia com una persona subjugada, o com algú que no acceptés les crítiques. Al contrari! Veia una persona amb determinació que prenia les seves decisions amb consciència. [...] Ens vam conèixer com dues dones adultes que vivíem vides i experiències diferents, que coneixíem una altra persona i compartíem moltes coses. [...] Quan llegim o escoltem les notícies a la televisió, pensem que l'MGF és quelcom llunyà, però la realitat no és aquesta. Parlen d'infibulacions i sempre penses "Sí, però aquesta no és la meua realitat. No vull pensar-hi. No és el meu problema!"

Fins i tot quan el nostre hospital ens va demanar que féssim els cursos de formació o d'actualització, dient-nos que era un problema molt important, mai no vaig pensar que fos quelcom de realment interessant per a mi, però per primera vegada era una realitat que havia de prendre en consideració. Jo hi era. No era quelcom de tant llunyà, i quan vaig veure-ho amb els meus propis ulls no em va horroritzar. Honestament, no vaig sentir repugnància ni ràbia. Estava tan contenta de veure com n'era de valenta i els grans coneixements que tenia, que no eren de subjugació ni de limitació o por. Era com si estigués dient: "Sí, bé, abans feien aquestes coses, però ara sabem que el que feiem era un error!" De la mateixa manera que, de nosaltres, algú podria dir: "Ens van treure els carnots", perquè als anys setanta del segle passat, si estaves malalt et treien els carnots –no cal enfadar-s'hi, hi estaven acostumats, era quelcom d'habitual.

Aquesta persona tenia un nivell educatiu molt baix –només educació primària–, però jo tenia la impressió que era molt conscient de la seva pròpia situació. [...] La reobertura amb desinfibulació comportava una ferida quirúrgica que havia de curar-se per sí sola –com diuen els metges, "cicatrització per segona intenció"–, deixant que les diferents capes de la pell es recuperessin espontàniament i només netejant-ho amb aigua i sabó, sense reconstruir el teixit.

És clar que, com a dona, en posar-li la medicació en aquests genitals, en aquesta zona tan sensible, m'identificava amb ella, i això va tenir un impacte molt fort en mi, personalment. [...] Penso que va ser molt bona, molt, perquè aquesta zona està en contacte amb els fluids biològics, perquè durant l'embaràs has de fer pipí més sovint, i l'orina crema! El pipí cremava la ferida que estava cicatritzant, una cicatriu molt ben feta i uniforme, però de recuperació molt lenta. A més, quan seia, hi posava tot el pes al damunt, doncs estava en el segon trimestre de l'embaràs i ja tenia l'abdomen i l'úter molt grossos. Jo li preguntava: "Com ho pots resistir?! M'adono que ho estàs fent molt bé". I ella responia: "Sí, al començament em feia mal, però ara ja m'hi estic acostumat!"»

3.3. Assessorament i teràpia psicosexuals

Les nenes i les dones que se sotmetran o ja s'han sotmès a una intervenció quirúrgica per corregir les complicacions per a la salut de l'MGF han de tenir accés a una assistència psicològica. Aquesta assistència pot anar des de programes especials fins a simples modificacions o addicions poc costoses en els procediments mèdics necessaris, que poden incloure oferir informació sobre el procediment o suport emocional.

L'OMS proposa que es consideri la possibilitat de fer teràpia cognitivoconductual amb les nenes i les dones que s'han sotmès a l'MGF i que estan experimentant símptomes que concorden amb trastorns d'ansietat, depressió o trastorns per estrès posttraumàtic (PTSD). Per prevenir o tractar la disfunció sexual entre les dones que conviuen amb l'MGF es recomana l'assessorament sexual (Directrius de l'OMS, 2016). No obstant això, es poden considerar també altres teràpies, segons la situació personal de la dona/nena.

3.4. Cirurgia reconstructiva del clítoris després de l'MGF

Aquest tipus de cirurgia actualment s'ofereix en diversos països, principalment a Europa. La tècnica consisteix a retirar la pell que cobreix l'extrem distal del monyó clitoridi. El clítoris s'allibera així del teixit cicatricial que l'envolta, i aleshores es talla el lligament de suspensió del clítoris per fer-lo baixar al lloc on normalment està situat el gland clitoridi. Una puntada al voltant del periosti i la interposició dels dos músculs bulbocavernosos per sobre de la part distal del monyó clitoridi eviten que el monyó estiri cap amunt. La part superior de la incisió es cus després en dues parts (Directrius de l'OMS, 2016).¹⁶ La cirurgia reconstructiva del clítoris l'ha de dur a terme un equip multidisciplinari que ofereixi assessorament psicològic i sexual.¹⁷ És important observar que l'OMS no ha emès cap recomanació sobre aquest tipus de cirurgia, per la manca de proves concloents dels seus avantatges.

¹⁶ Per a més informació sobre el procediment tècnic, vegeu: Abdulkadir, Rodriguez i Say 2015.

¹⁷ Per a més informació sobre aquesta atenció, vegeu: De Schrijver, Leye i Merckx 2016.

Dilema

Encara hi ha debats sostinguts (ètics, legals, antropològics i mèdics) sobre els paral·lelismes que es poden establir entre l'MGF (condemnada i prohibida) i la cirurgia genital estètica i biomèdica (permesa i promoguda), així com sobre l'ètica que envolta les justificacions de l'MGF¹⁸.

3.5. Exemples de directrius i serveis sanitaris existents a Europa

Hi ha diversos serveis disponibles per als professionals sanitaris que els poden servir d'ajuda a l'hora d'oferir atenció i assistència adequades a les dones i nenes que conviuen amb l'MGF. Van des de directrius tècniques, com ara sobre el procediment de desinfibulació, fins a codis de conducta per a organismes professionals que ajuden a prendre decisions informades i centres multidisciplinaris especialitzats que proporcionen no només la gestió clínica de problemes relacionats amb l'MGF sinó també assessorament psicològic i sexual per a les dones i les seves famílies.

A continuació s'enumeren alguns enllaços a aquests recursos:

African Well Woman Clinics al Regne Unit

<http://about-fgm.co.uk/resources/specialist-health-services>

Centres de consulta sobre l'MGF a Bèlgica

www.stpierre-bru.be/nl/service/gyneco/cemavie.html

Guies del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Regne Unit

www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf

Curs en línia per a professionals de la salut

www.e-lfh.org.uk/programmes/female-genital-mutilation

Centre Regional per a la prevenció i l'atenció a l'MGF, Hospital Universitari de Careggi (Florència, Itàlia)

www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=1965&lang=it

Centre de l'Úmbria per a l'Estudi i la Prevenció de l'MGF (Perugia, Itàlia)

www.mgf-umbria.it

Departament d'Obstetrícia i Ginecologia, Hospital Universitari de Ginebra (Suïssa)

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27350225

Recursos en vídeo sobre l'MGF per a professionals sanitaris (Regne Unit)

www.gov.uk/government/publications/fgm-video-resources-for-healthcare-professionals

Clínica Dexeus, Barcelona

<http://campus.dexeus.com/quienes-somos/fundacion-dexeus/accion-social>

Departament de Ginecologia, Hospital Universitari Clínic de Barcelona

www.hospitalclinic.org

¹⁸ Com a lectura complementària sobre els paral·lelismes entre l'MGF i la cirurgia genital cosmètica, vegeu: Hellsten 2004; Kelly i Foster 2012; Johnsdotter i Essén 2010; Sheldon i Wilkinson 2002; i/o Fusaschi 2011.

Protocol comú per a l'actuació sanitària davant l'MGF, publicat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (Espanya)

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.

Orientacions per a professionals sanitaris, publicades pel Ministeri de Sanitat de Portugal, especialment "Fluxogram: approach and protection of the newborn, child and youth in the framework of Female Genital Mutilation" (p. 11)

https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/orientacao_DGS.pdf

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari i Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Regione Umbria Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.
- De Schrijver, Lotte, Els Leye i Mireille Merckx. 2016. "A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 21:4. Consulta del 2 de setembre de 2016. doi:10.3109/13625187.2016.1172063.
- Leon Eisenberg. 1977. "Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 9-23.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu and GAMS België. 2011. *Vrouwelijke genitale verminking. Handleiding voor de betrokken beroepssectoren*. Brussel-les: FOD Volksgezondheid.
- Fusaschi, Michela. 2011. "“Designer vagina”": immaginari dell'indecenza o ritorno all'età dell'innocenza?" *Genesis* x/1:63-84.
- Hellsten, Sirkku Kristiina. 2004. "Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom—critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation." *Journal of Medical Ethics* 30:248-53.
- Sara Johnsdotter i Birgitta Essén. 2010. "Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Adriana Kaplan, Pere Toran i Maria Helena Bedoya. 2006a. "Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria." *Atención Primaria* 38(2):122.
- Adriana Kaplan, Pere Toran i Maria Helena Bedoya. 2006b. "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales." *Revista Migraciones* 19:189-217.
- Kaplan, Adriana, Pere Toran, i Juana Moreno. 2009. "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence." *BMC Public Health* 9:11. Kaplan, Adriana, Juana Moreno i María José Pérez Jarauta. 2010a. *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Espanya: Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE/PTP), UAB, Bellaterra. Consulta del 30 d'octubre de 2016. http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html.
- Kaplan, Adriana, Natividad Fernández i Juana Moreno. 2010b. "Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families." *BMC Public Health* 10:193.

- Kaplan, Adriana, Nora Salas i Aina Mangas. 2015. *La Mutilación Genital Femenina en España*. Espanya: Delegació del Govern per a la Violència de Gènere, Govern d'Espanya. Consulta del 5 de desembre de 2016. http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/mgf_definitivo.pdf.
- Kelly, Brenda i C. Foster. 2012. "Should female genital cosmetic surgery and genital piercing be regarded ethically and legally as female genital mutilation?" *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119:389-92.
- Russell, Andrew. 2009. *Lecture Notes: The Social Basis of Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Sheldon, Sally i Stephen Wilkinson. 2002. "Female genital mutilation and obstetric outcome: Regulating Non-Therapeutic Body Modification." *Bioethics* 12:4. Consulta del 28 d'octubre de 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8519.00117/abstract>.
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*. Ginebra: United Nations High Commissioner for Refugees, Protection Policy and Legal Advice Section, Division of International Protection Services, 1-15. Consulta del 22 d'agost del 2016. <http://www.refworld.org/docid/4a0c28492.html>.
- Vissandjée, Bilkis, Shereen Denetto, Paula Migliardi i Jodi Proctor. 2014. "Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences." *BMC International Health and Human Rights* 14:13. Consulta del 30 d'octubre de 2016. doi: 10.1186/1472-698X-14-13.
- Organització Mundial de la Salut. 2016. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut.

Capítol V.

Drets humans, dret penal i drets d'asil

Objectius didàctics:

1. Que els estudiants de dret es familiaritzin amb els conceptes i problemes principals relacionats amb l'MGF
2. Mostrar i debatre aspectes rellevants de drets humans, asil i migració en relació amb l'MGF
3. Revisar la legislació internacional essencial sobre l'MGF
4. Revisar la legislació nacional, el dret penal i les sentències sobre asil en relació amb l'MGF
5. Realitzar exercicis pràctics i debatre sobre temes teòrics al voltant de l'MGF

Resum:

1. Drets humans i MGF
 - 1.1. L'MGF com a pràctica perjudicial i violació dels drets humans (Julia Roper Carrasco, URJC; Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 1.2. Multiculturalisme i drets humans (Cristina Santinho, ISCTE-IUL; Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 1.3. Androcentrisme dels drets humans (Magaly Thill, URJC)
 - 1.4. L'MGF en l'àmbit del dret internacional (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 1.5. L'MGF en l'àmbit del dret europeu (Rut Bermejo Casado, URJC)
2. Dret penal i l'MGF
 - 2.1. Dret penal a l'Àfrica, l'Orient Mitjà i l'Àsia (Magaly Thill, URJC)
 - 2.2. Dret penal a la Unió Europea (Els Leye, VUB)
 - 2.3. Perpetradors i motivacions culturals (Magaly Thill, URJC)
 - 2.4. Legitimació i efectivitat del dret penal: El principi de proporcionalitat (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 2.5. Problemes derivats de la promulgació del dret penal (Julia Roper Carrasco, URJC)
3. Legislació sobre immigració i asil
 - 3.1. L'asil i l'MGF (Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 3.2. El reagrupament familiar i l'MGF (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 3.3. Comparació entre estigmatització i integració (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)
 - 3.4. Cooperació internacional i prevenció de l'MGF (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)

Taules i quadres:

- Taula 1. Països amb lleis contra l'MGF i dates d'adopció
- Quadre 1. Disposicions de la legislació nacional aplicables a l'MGF
- Quadre 2. Sentències pronunciades per tribunals nacionals en relació amb l'MGF
- Quadre 3. Exercicis pràctics per fer servir a l'aula
- Quadre 4. Avaluació

Referències bibliogràfiques

1. DRETS HUMANS I MGF

1.1. L'MGF com a pràctica perjudicial i violació dels drets humans

Julia Roperó Carrasco i Rut Bermejo Casado (*URJC*)

La mutilació genital femenina (MGF) és definida per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com un conjunt de procediments perjudicials que impliquen l'extirpació total o parcial dels genitals femenins externs o altres lesions als òrgans genitals femenins, per raons no terapèutiques de caire cultural, religiós o altres. L'MGF pot donar lloc a complicacions per a la salut a curt termini –xoc, sagnat, infecció i lesions– que poden causar la mort. També produeix perjudicis greus a llarg termini en la salut reproductiva i sexual, incloses infeccions recurrents, infertilitat, quists i complicacions durant el part i el naixement del nadó.

A les dones que han estat sotmeses a l'excisió, l'MGF els pot anul·lar o impedir el gaudi sexual, mentre que, en la seva forma més agressiva –la infibulació– la primera relació sexual serà extremadament dolorosa per a la dona, que probablement s'haurà de sotmetre a un altre procediment abans de la penetració de la vagina perquè sigui possible accedir-hi. D'altra banda, l'MGF pot comportar seqüeles psicològiques, com trastorns per estrès posttraumàtic, ansietat crònica, inseguretat i manca de confiança (Roperó Carrasco 2003, 357-58).

A causa dels seus efectes potencialment mortals a curt termini i de les seves conseqüències físiques, sexuals i psicològiques a llarg termini, l'MGF ha estat definida per les Nacions Unides, en els seus quatre tipus, com una pràctica perjudicial, una forma de tortura i maltractament, una forma de violència contra les nenes i les dones, i una violació dels drets de l'infant, que no té cap possibilitat de donar-li el seu consentiment informat (ibid. 360-61).

1.2. Multiculturalisme i drets humans

Cristina Santinho (*ISCTE-IUL*); Rut Bermejo Casado (*URJC*)

“La mutilació genital femenina no és una tradició. No és cultura. És un crim.” Aquesta declaració forma part d’una campanya contra l’MGF presentada a Lisboa al juliol del 2016 i duta a terme, en col·laboració, pels governs de Portugal i de Guinea-Bissau.

I segueix: “La mutilació genital femenina és una forma de violència física i psicològica i una violació dels drets humans de les nenes i les dones. Dir-hi no és un dret i un deure (P&D Factor 2016).”

És temptador enfocar l’MGF des del punt de vista dels drets humans, fer-los servir com a elements dissuasius quan hi ha la possibilitat d’aplicar sancions segons el dret penal (Mutua 2002), però hem de recordar que l’MGF és una pràctica cultural –seria arriscat no fer-ho– amb implicacions polítiques, econòmiques i religioses, i d’altres relacionades amb el gènere i el poder (Boyle 2002).

Per mantenir un equilibri entre drets humans i multiculturalisme en relació amb l’MGF en un món globalitzat on les mercaderies, les persones i les pràctiques estan en moviment, és necessari tenir en compte els aspectes següents:

1. Els drets humans s’interpreten sovint com valors morals d’Occident i s’associen amb imposicions polítiques històricament arrelades en el colonialisme.
2. Els drets humans s’han convertit també en una preocupació per als països no-occidentals, però és important comprendre si s’implementen realment en contextos locals i de quines maneres.
3. Algunes intervencions institucionals desenvolupen un biaix racista etiquetant l’MGF de pràctica barbàrica que pertany a cultures “retrogrades” en les quals el paper de les dones està constantment relegat a una posició subordinada. Cal recordar que situacions anàlogues en contextos occidentals, resultants de la pressió social sobre l’estètica, fan que les dones se sotmetin a procediments quirúrgics com l’augment o la reducció dels llavis majors, la reducció del clítoris, plects vaginals o, en altres nivells, l’anorèxia.
4. L’aplicació dels drets humans hauria de cercar protegir la dignitat humana. Això implica un treball etnogràfic detallat, i cercar el significat social, simbòlic i econòmic de l’MGF, en lloc de demonitzar qui la practica. Seria una oportunitat per crear un diàleg intercultural que sigui introspectiu i profund, i que respecti aquesta dignitat.
5. Considerant els aspectes relacionats amb la globalització, la cultura s’hauria de percebre com en constant transformació i no essencialitzada.

En un intent de superar les posicions relativistes que deneguen la mera possibilitat d’universalisme, Parekh afirma que el fet que els éssers humans

creixin i visquin en un món culturalment estructurat no vol dir que estiguin determinats per les seves cultures, en el sentit que siguin incapaços d'avaluar críticament les seves creences i pràctiques (Parekh 2000, 336). D'acord amb aquesta visió, algun tipus d'universalisme moral –relativament mínim i coherent en els seus conceptes abstractes força genèrics, com ara els drets humans– és perfectament compatible amb el multiculturalisme (ibid. 133-34).

1.3. Androcentrisme dels drets humans

Magaly Thill (*URJC*)

Com a fenòmens que regulen els comportaments individuals i les relacions socials en un context específic, les lleis reflecteixen els models socialment regulats d'homes i dones que hi ha arrelats en cada societat i les seves relacions mútues i amb tot el grup. La jurisprudència feminista ha fet notar que el principi d'universalitat dels drets humans proclamada pels filòsofs moderns (aplicable inicialment als homes terratinents blancs i posteriorment ampliada a tots els éssers humans) era, de fet, errònia (MacKinnon 2006). El principi de no-discriminació per raó de sexe, reconegut a la *Declaració Universal de Drets Humans* com a resultat de les demandes de les dones de ser incloses en el sistema internacional de protecció de drets i llibertats, no va comportar la revisió del subjecte que suposadament era neutre, però que a la pràctica és masculí (Facio i Fries 1999).

Van sorgir crítiques contra el fet que les convencions internacionals de drets humans reafirmessin la dicotomia entre espais públics i privats, sense reconèixer drets que són especialment importants per a les dones, com ara els drets sexuals i reproductius, la discriminació en l'esfera íntima i familiar, el treball reproductiu i el dret a no patir violència per raó de sexe (Charlesworth 1994).

Després d'unes quantes dècades d'activisme i advocacia organitzats, les demandes de les feministes finalment van ser ateses. Empesos per la innovadora *Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones* de l'Assemblea General de les Nacions Unides, al 1979, i diverses conferències internacionals sobre la situació de les dones, els governs i tot el món va reconèixer que “els drets de les dones són drets humans” a la Conferència Mundial de Drets Humans de Viena (1992). Aquest reconeixement va ser adoptat per la *Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones* (1993) de les Nacions Unides i la seva *Declaració i Plataforma d'Acció de Pequín* (1995).

La teoria crítica i feminista del Dret ha perseguit la redefinició dels drets humans que faria possible la participació real de les dones i reflectiria les seves necessitats i els seus desitjos –un nou pacte de ciutadania que consideri les dones com a subjectes de deures, en lloc d'objectes de regulació jurídica (Bodelón 2009, 113). La incorporació, si bé lenta, de l'MGF en el dret internacional com una

violació dels drets humans és un exemple de com l'activisme de les dones pot instigar el canvi.

La definició de l'MGF com una forma de discriminació i violència contra les dones ha conduït al bandejament creixent d'aquesta pràctica. També permet l'establiment d'una distinció legal entre la forma menys intrusiva del tipus I, anomenada comunament *Sunna*, i la intervenció quirúrgica comparable a la circumcisió masculina, fent referència a les relacions patriarcals de subordinació que promou la primera. Així mateix, els plantejaments feministes suggereixen analitzar críticament el concepte de consentiment tenint en compte les implicacions profundes que les dones tenen en la manca d'autonomia social, econòmica i psicològica sobre la seva capacitat per donar el lliure consentiment (Rahman i Toubia 2000, 65-66).

1.4. L'MGF en l'àmbit del dret internacional

Julia Roper Carrasco (*URJC*)

Durant segles, la pràctica de l'MGF no ha atret l'atenció dels poders públics en l'esfera internacional. Aquesta manca d'interès es pot explicar per una sèrie de raons, inclosa una reticència a ficar-se en la vida familiar o amb una possible pràctica cultural, i una manca d'interès en un problema que només afecta els grups socials marginalitzats, el de les dones del Tercer Món. UNICEF, l'OMS i altres agències de les Nacions Unides han estat les primeres a condemnar l'MGF, de la mateixa manera que les organitzacions de drets humans i de la societat civil han promogut programes d'educació contra aquesta pràctica i han demanat als Estats i organismes supranacionals que adoptessin diferents mesures (Roper Carrasco 2001, 1393-96).

En dret internacional, el punt de partida va ser la *Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones* de les Nacions Unides, al 1979, a l'article 5 de la qual es demana que tots els Estats "prenguin totes les mesures adients [...] per modificar els patrons socials i culturals de conducta d'homes i dones, amb la finalitat d'aconseguir l'eliminació dels prejudicis i costums i totes les altres pràctiques que es basin en la idea de la inferioritat o superioritat d'algun dels dos sexes o en rols estereotipats per a homes i dones". Així mateix, a la *Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones* de les Nacions Unides, que data del 1993, s'estableix en l'Article 4 que l'Estat no pot invocar cap costum, tradició o consideració religiosa per eludir les seves obligacions de procurar eliminar la violència contra les dones. El *Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals* reconeix el dret a gaudir del més alt nivell possible de salut mental i física (ibid. 1393-94).

Però no va ser fins la dècada de 1990 que l'MGF va ser esmentada expressament als textos internacionals. La Conferència Internacional sobre

Població i Desenvolupament del 1994 (El Caire) va reclamar als governs que desenvolupessin programes específics per erradicar l'MGF; així mateix, la *Declaració i Plataforma d'Acció de Pequín* (1995) va condemnar la pràctica, demanant als Estats que adoptessin les mesures necessàries per a la seva erradicació. La *Resolució 56/128 de l'Assemblea General sobre pràctiques tradicionals i consuetudinàries que afecten la salut de les dones o les nenes* (2001), amb un contingut similar al de la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament, va posar un èmfasi especial en reforçar els drets humans i la independència de les dones.

Finalment, el 2012, l'Assemblea General de les Nacions Unides aprovà la seva primera resolució específica sobre la MGF: *Resolució A/RES/67/146: Intensificant esforços globals per a l'eliminació de les mutilacions genitals femenines*. La legislació internacional sobre l'MGF ha estat reforçada encara més amb iniciatives regionals com el *Protocol de la Carta Africana dels Drets Humans i dels Pobles sobre els drets de la dona a l'Àfrica* (Carta de Banjul), de la Unió Africana, i el *Conveni sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica* (Conveni d'Istanbul), del Consell d'Europa.

1.5. L'MGF en l'àmbit del dret europeu

Rut Bermejo Casado (URJC)

La UE ha expressat un fort compromís amb l'eliminació de l'MGF. La *comunicació de la Comissió Europea COM (2013) 833 final, Envers l'eliminació de la mutilació genital femenina* estableix una llista de mesures que la Comissió prendrà els propers anys (Comissió Europea, 2013). Després de la resolució històrica de l'Assemblea General de les Nacions Unides del 2012, *Intensificació dels esforços globals per a l'eliminació de les mutilacions genitals femenines* (UNGA 2012), la UE va adoptar aquesta comunicació, centrada en:

- donar suport al treball no-governamental de lluita contra l'MGF en l'àmbit comunitari,
- donar suport als projectes dels països de fora de la UE on hi ha una alta prevalença de l'MGF, i
- promoure l'Institut Europeu d'Igualtat de Gènere, que desenvolupa i proporciona recursos sobre l'MGF.

Abans d'aquesta comunicació específica, la UE havia inclòs l'MGF entre les formes de violència de gènere i violència contra els infants, tal com s'afirma en la seva *Estratègia per a la igualtat entre dones i homes: 2010-2015*, en la *Directiva 2012/29/UE*, sobre els drets de les víctimes, i en l'*Agenda de la UE per als Drets dels Infants* (Comissió Europea 2010, 2011; Unió Europea 2012).

La comunicació de la UE del 2013 va ser desenvolupada a partir d'una opinió escrita del Comitè Consultiu de la UE sobre Igualtat d'Oportunitats per a Dones i Homes, i sobre la base de les recomanacions d'una taula rodona d'alt nivell sobre l'MGF. Cobreix polítiques internes i externes, i desenvolupa un plantejament holístic i integral, amb un èmfasi especial en la prevenció.

2. DRET PENAL I L'MGF

2.1. Dret penal a l'Àfrica, l'Orient Mitjà i l'Àsia

Magaly Thill (*URJC*)

L'article 5 del *Protocol de la Carta Africana de Drets Humans i dels Pobles relatiu als drets de les dones a l'Àfrica* (2003) estipula que "Estats Participants han de prohibir i condemnar totes les formes de pràctiques perjudicials que afectin negativament els drets humans de les dones i que siguin contràries a les normes internacionals reconegudes, inclosa [...] la prohibició, amb mesures legislatives recolzades per sancions, de totes les formes de mutilació genital femenina, escarificació, medicalització i paramedicalització de la mutilació genital femenina, així com totes les altres pràctiques per tal d'erradicar-les."

D'acord amb aquesta obligació, 24 països africans han promulgat lleis contra l'MGF (vegeu la Taula 1) i, a la resta de països, aquesta pràctica pot ser perseguida gràcies a diverses disposicions generals sobre lesions.

Taula 1. Països amb lleis contra l'MGF i dates d'adopció

País	Any d'adopció de lleis penals
Benín	2003
Burkina Faso	1996
República Centreafricana	1966, 1996
Txad	2003
Costa d'Ivori	1998
Djibouti	1995, 2009
Egipte	1996, 2008
Eritrea	2007
Etiòpia	2004
Gàmbia	2015
Ghana	1994, 2007
Guinea	1965, 2000, 2006
Guinea-Bissau	2011
Kenya	2001, 2011
Mauritània	2005
Níger	2003
Nigèria	2015
Senegal	1999
Somàlia	2012
Sudan (dos estats):	
Estat de Kordofan del Sud	2008
Estat de Gedaref	2009
Tanzània	1998
Togo	1998
Uganda	2010
Zàmbia	2005, 2011

Fonts: Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppó. 2010. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals: The Gambia* (2ª edició), 35-36. Barcelona: UAB, Bellaterra; i el Fons de les Nacions Unides per a la Població (UNFPA). 2015. "Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions." Consulta del 4 de novembre de 2016. http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#banned_by_law.

Tot i que els estudis han demostrat que l'MGF és present també a l'Orient Mitjà (Emirats Àrabs Units, Iraq, Kuwait, Oman, Iemen, Iran, etc.), a l'Àsia Occidental (Indonèsia, Índia, Malàisia, Pakistan i Sri Lanka) i en alguns grups ètnics de l'Amèrica Llatina (Colòmbia, Equador i Perú), pocs països han adoptat prohibicions legals contra l'MGF: Iemen (2001), Colòmbia (resolució núm. 001

del 2009, de les autoritats indígenes) i el Kurdistan Iraquià (2011). El tabú que encara envolta els drets sexuals i la sexualitat de les dones en general, sumat a la descripció de l'MGF com una pràctica retrògrada i a l'èmfasi que han posat els organismes internacionals en l'"africanisme" de l'MGF, poden haver contribuït a l'obstaculització del reconeixement de la seva prevalença i a l'adopció de disposicions legals contra aquesta pràctica per part de països no africans.

Malgrat que la prohibició legal de l'MGF aclareix què és incorrecte i què és correcte segons la legislació, donant així legitimitat al treball de prevenció, continua essent una pràctica generalitzada. L'aplicació esporàdica de lleis i els baixos índexs de penes n'han desvirtuat l'efecte dissuasiu i han permès que l'MGF sigui cada vegada més medicalitzada (Muthumbi et al. 2015, 38). Quan la prohibició no comporta programes d'educació per a la comunitat destinats a introduir canvis efectius en les pràctiques, té el possible efecte col·lateral d'inhibir la cerca d'ajuda per part de les persones quan sorgeixen complicacions, la qual cosa augmenta els índexs de mortalitat de les nenes (Kaplan et al. 2010, 35-36). Així mateix, qui s'encarrega de l'extirpació –en la majoria dels casos, dones– no sempre coneix de la prohibició, especialment en entorns rurals i aïllats. A més a més, les normes culturals al voltant de temes ètnics i religiosos solen estar més arrelades en els països amb institucions estatals febles.

També cal recordar que la legislació penal pot requerir diversos passos abans de la seva aprovació i enfrontar-se a molta resistència durant el procés. Al Sudan, per exemple, el projecte de Llei dels infants del 2008 va ser revisat pel Consell de Ministres, i el seu article 13, on es prohibia l'MGF, va ser eliminat a causa d'una fàtua del Consell de Jurisprudència Islàmica, que reclamava una distinció entre els diferents tipus d'MGF i no prohibir la pràctica coneguda com a *Sunna* (tall del clítoris) (Redress 2009). En canvi, la prohibició de l'MGF a Kenya, que data del 2001, es va ampliar al 2011 perquè s'apliqués a les dones adultes, i s'hi va afegir una clàusula d'extraterritorialitat en què s'estenia la persecució als ciutadans que cometien el crim a l'estranger.

2.2. Dret penal a la Unió Europea

Els Leye (*VUB*)

A la Unió Europea, l'MGF està prohibida per lleis penals específiques sobre l'MFG o per la legislació penal general. Als països on l'MGF és constitutiva de delictes sota la legislació penal general, la disposició i els articles sobre lesions corporals, lesions greus i mutilació són aplicables a l'MGF i es poden fer servir per processar una persona davant dels tribunals de justícia. En altres països s'han introduït lleis penals que tracten específicament l'MGF. És el cas d'Àustria, Bèlgica, Croàcia, Xipre, Dinamarca, Alemanya, Irlanda, Itàlia, Malta, els Països

Baixos, Noruega, Portugal, Espanya, Suècia, Suïssa i el Regne Unit (EIGE 2015; Johnsdotter i Mestre i Mestre 2015; Leye i Sabbe 2009).

És important tenir en compte el principi d'extraterritorialitat en la persecució de l'MGF. Aquest principi fa possible perseguir judicialment aquesta pràctica, encara que es cometi fora de les fronteres d'un país europeu (p. ex., a l'Àfrica). Les condicions per a l'aplicació d'aquest principi varien d'un Estat a un altre (podeu consultar-ne un resum a Leye i Sabbe 2009). La majoria dels països de la UE inclouen aquest principi en la seva legislació penal general, i tots els Estats membres de la UE amb lleis específiques sobre l'MGF preveuen el principi de l'extraterritorialitat en les seves lleis respectives (EIGE 2013).

Malgrat tot, és important considerar detingudament la implementació de les lleis penals. En aquest àmbit s'han identificat una sèrie d'obstacles, especialment en relació amb la informació de casos i la manera de trobar proves suficients per portar un cas als tribunals (Leye et al. 2007). Processar els pares no hauria de ser el principal objectiu de la intervenció d'un país que vulgui treballar per a l'erradicació de l'MGF. Un cop realitzat l'acte, la prevenció i la protecció ja han fracassat. Per propiciar un canvi social sostenible que permeti l'erradicació de totes les formes d'MGF, els esforços s'han de centrar especialment en la prevenció d'aquesta pràctica, més que no pas en desenvolupar i implementar mesures repressores.

2.3. Perpetradors i motivacions culturals

Magaly Thill (*URJC*)

En la majoria dels casos, les persones que duen a terme l'extirpació són dones de la comunitat o la família de la víctima que es guanyen la vida amb aquesta activitat. La pràctica de l'MGF els proporciona també un estatus social, com a iniciadores d'aquest valorat ritu de pas. Segons les creences socials, culturals i religioses, l'MGF és considerada pels pares i els qui la perpetren com una pràctica que beneficiarà la nena, perquè n'incrementarà les possibilitats de matrimoni.

Tot i que l'MGF la poden practicar en secret les persones que circumciden quan venen de visita, normalment envien les nenes que viuen en països europeus (on l'MGF és un delictes penal) al seu país d'origen per sotmetre's al procediment i evitar així ser processats. Això ha conduït a un major reconeixement del principi de l'extraterritorialitat en l'acció penal contra l'MGF –tot i que sovint qui perpetra la pràctica i qui s'hi sotmet han de ser ciutadans o residents del país europeu en qüestió– i del principi de cancel·lació de la doble incriminació (EIGE 2013, 43).

Tot i que els pares poden ser demandats com a perpetradors per ser còmplices de la realització de l'MGF, la dificultat d'aconseguir que una nena testimonii en contra dels seus pares, a més de les conseqüències negatives per al seu benestar

que tindria la implementació d'una sentència de presó a un o ambdós progenitors, és un dilema que cal sospesar; doncs ha de prevaldre l'interès superior de l'infant.

2.4. Legitimació i efectivitat del dret penal: El principi de proporcionalitat

Julia Roper Carrasco (*URJC*)

La legislació penal és un instrument institucionalitzat i coercitiu que té l'efecte principal de dictar l'empresonament dels perpetradors, privant-los del seu dret a la llibertat. Per tant, en la tradició cultural i política de drets humans i valors democràtics de la comunitat internacional, l'ús de la llei penal està limitat pel principi de mínima intervenció: per ser legítima, una sanció ha de ser eficaç i evitar les violacions de drets i dels interessos fonamentals.

Pel que fa a l'MGF, la legitimitat de la intervenció penal es basa en la protecció dels drets humans fonamentals: el dret a la vida, a la integritat física i a la salut, en un sentit ampli, inclòs el dret a poder gaudir plenament de la sexualitat com a part essencial de tota persona. En aquest sentit, la qüestió del consentiment pràcticament no té rellevància. Sens dubte no en té si o quan es tracta de menors, perquè legalment un menor no pot donar el seu consentiment amb validesa. A més a més, ni la llei comparada ni la llei internacional no reconeixen la plena validesa del consentiment dels adults quan es perjudica la seva salut i integritat física. En aquests casos, el consentiment només s'utilitza com a atenuant d'una pena, però no pot donar lloc a l'exempció d'una pena.

L'efectivitat de la llei penal planteja diversos problemes, també. En els països d'origen, principalment a l'Àfrica subsahariana, el baix índex d'investigació i els càstigs limitats de la pràctica, malgrat la seva criminalització explícita, han consolidat la creença que l'MGF està justificada com un dret cultural i, per tant, queda fora de l'abast de la legislació penal. En els països de destinació dels migrants africans, l'efectivitat de la legislació penal està amenaçada per dos factors: en primer lloc, els migrants no són conscients que l'MGF és il·legal, o creuen que no és un delictes penat; en segon lloc, perquè el drama humà d'una intervenció penal pot dissuadir els jutges de dictar sentències contra els perpetradors (Sanz Mulas 2014, 42). Pel que fa a aquest darrer punt, hi ha un debat sobre si les dures penes per les mutilacions genitals en la majoria de països occidentals són proporcionals a les lesions causades o si és necessari fer distincions entre diferents casos.

2.5. Problemes derivats de la promulgació del dret penal

Julia Roper Carrasco (URJC)

L'aplicació de la legislació penal per castigar l'MGF en els països occidentals s'ha hagut d'enfrontar a diversos problemes pràctics, però també a d'altres de tipus social i ètic.

Des d'un punt de vista tècnic, aportar proves d'MGF no és una tasca difícil – qualsevol metge o professional sanitari pot determinar si s'ha produït i oferir un testimoni vàlid en el procés penal. Malgrat tot, sorgeixen obstacles en dues àrees, bàsicament: determinar el lloc on s'ha practicat l'MGF (i és important per establir la competència del tribunal) i determinar la persona que s'ha de considerar responsable del delict. Per superar el primer obstacle, alguns països reconeixen la competència dels seus tribunals amb independència del lloc on s'ha dut a terme l'MGF, sempre que la nena o dona es trobin en una zona dins de la seva jurisdicció (Torres Fernández 2005, 943-44).

La majoria de països reconeixen la responsabilitat dels pares, derivada de l'omissió en l'atenció o protecció de la filla, amb independència de si han participat o no directament en el procediment. Aquesta responsabilitat per omissió requereix l'existència de falta intencionada –és a dir, el pare o la mare saben que es duria a terme l'MGF a la seva filla. És per això que l'error o la ignorància és una circumstància que s'ha de tenir en compte. Si els pares no són conscients del fet que s'ha practicat l'MGF a la seva filla, s'hauria d'aplicar l'exempció o atenuació de la pena. L'error també pot estar relacionat amb la prohibició de la pràctica, p. ex. si els pares no saben que l'MGF estava prohibida o, tot i saber que ho estava, creien que hi havia motius que la justificaven basant-se en l'exercici legítim d'un dret. Aquesta situació no és descabellada d'assumir en el cas dels migrants que provenen de països on aquesta pràctica és estesa, malgrat la prohibició. Un cop més, aquesta circumstància podria servir d'atenuant de la pena (Roper Carrasco 2003, 368-74).

Per últim, si la legislació penal i la societat en general volen reforçar el seu interès per protegir les dones que s'han sotmès o estan en risc de sotmetre's a aquest procediment, no poden evitar el dilema ètic de la intervenció penal. Si bé la necessitat de protegir els menors pot dur a empresonar els pares i activar mecanismes oficials d'acolliment i atenció de l'infant, l'aplicació d'aquestes penes fa que es desmunti la unitat familiar en un sector social especialment desfavorit. A més a més, l'etiqueta que es deriva de la sanció penal representa un obstacle per a la protecció òptima de les dones que han passat pel procediment de l'MGF.

3. LEGISLACIÓ SOBRE IMMIGRACIÓ I ASIL

3.1. L'asil i l'MGF

Rut Bermejo Casado (URJC)

La *Nota orientativa sobre les sol·licituds d'asil relatives a la mutilació genital femenina* de l'ACNUR, amb data del maig del 2009, indica que “una nena o una dona que sol·licita asil perquè ha estat emesa a sotmetre's o és probable que se sotmeti a l'MGF pot rebre la condició de refugiada segons la *Convenció relativa a l'estatut dels refugiats* del 1951”. Les directrius de l'ACNUR consideren que l'MGF és una forma de violència per raó de sexe que infligeix lesions mentals i físiques greus i que ha de ser perseguida.

En aquest sentit, la *Resolució del Parlament Europeu del 2 de febrer del 2006 sobre la situació actual del combat contra la violència contra les dones i qualsevol acció futura*, ens assegura que, malgrat que l'MGF no estigui esmentada literalment en la *Directiva del Consell 2004/83/CE, de 29 d'abril del 2004, relativa als requisits mínims perquè els ciutadans de tercers països i altres persones apàtrides sol·licitin i rebin l'estatus de refugiats o de persones que necessiten protecció internacional i el contingut de la protecció atorgada*, aquestes pràctiques estan incloses en el concepte d'actes de violència sexual. A més a més, si bé cap Estat membre de la UE excepte Hongria no esmenta l'MGF en les disposicions sobre asil, les legislacions nacionals deixen espai per sol·licitar l'asil per por de patir aquesta pràctica, inclosa la reinfibulació, com una forma de persecució per raó de sexe o com un acte de persecució específica contra els infants.

Per exemple, el Tribunal Suprem d'Espanya va proclamar, en les seves sentències del 15 de febrer del 2007, de l'11 de maig del 2009 i del 15 de juny del 2011, que “en els casos en què hi ha prou proves, d'acord amb les circumstàncies de cada cas, que demostrin que una dona és perseguida per raó de sexe, que ha estat el motiu pel qual se li han imposat pràctiques contràries a la dignitat humana, com el matrimoni forçat i la mutilació d'un òrgan genital, i que el marc jurídic del país d'origen no ofereix una tutela judicial efectiva, se l'ha de concedir protecció d'asil d'acord amb els articles 3 i 8 de la *Llei 5/1984, de 26 de març, reguladora del dret d'asil i de la condició de refugiat*”. Aquestes sentències foren dictades pel Tribunal Suprem espanyol el 15 de febrer del 2007, l'11 de maig del 2009 i el 15 de juny del 2011 (Pérez Vaquero 2010).

A la Unió Europea, 14 països més ofereixen ja protecció internacional als sol·licitants d'asil en relació amb l'MGF: Àustria, Bèlgica, França, Alemanya, Hongria, Irlanda, Itàlia, Lituània, Letònia, els Països Baixos, Romania, Eslovàquia, Suècia i el Regne Unit (EIGE 2013, 46-47).

3.2. El reagrupament familiar i l'MGF

Julia Roper Carrasco (URJC)

El dret al reagrupament familiar és el dret d'un migrant a mantenir la seva família unida. Aquest dret està justificat per altres drets fonamentals i està reconegut en tractats i en lleis internacionals sobre drets humans, com el dret a la privacitat i a la vida familiar. La *Directiva del Consell 2003/86/CE, de 22 de setembre del 2003, sobre el dret al reagrupament familiar* pretén establir normes comunes que permetin als membres de la família de persones no nacionalitzades a la UE amb residència legal dins del seu territori per reunir-se amb les seves famílies al país on viuen actualment. D'acord amb aquesta directiva, la major part dels països europeus han inclòs disposicions per fer valdre aquest dret en la seva legislació nacional sobre migració.

En la pràctica, el dret al reagrupament familiar pot xocar amb la prohibició penal de l'MGF. Això succeeix quan un migrant vol exercir el seu dret al reagrupament familiar d'una filla que ha estat sotmesa a l'MGF en el país d'origen. L'arribada de la menor podria acabar amb un procediment penal contra el pare o, més probable encara, contra la mare, amb qui s'està reunint i normalment es considera que ha acceptat que se li practiqués l'MGF a la seva filla. Aleshores, la prohibició penal de l'MGF és un element òbviament dissuasiu contra aquesta aspiració tan legítima del reagrupament familiar (Roper Carrasco 2003, 384-85).

3.3. Comparació entre estigmatització i integració

Cristina Santinho (ISCTE-IUL)

El terme "mutilació", associat amb polítiques de criminalització, ha generat debats encesos, especialment en l'antropologia feminista (Walley 1997). Diversos autors han assenyalat que l'ús d'aquest terme, combinat amb la criminalització de l'MGF, planteja el risc d'estigmatitzar les famílies i les dones que la practiquen.

S'han de tenir en compte algunes consideracions:

1. Els arguments occidentals per justificar la persecució i condemna legal són responsables de l'ocultació d'aquesta pràctica. Això es deu al fet que, a nivell cultural, la gent pensa que estan fent quelcom de positiu per a la integració futura de les nenes en la societat, per exemple, garantint un matrimoni socialment adequat.
2. El terme "mutilació" pot ser rebutjat perquè l'MGF es pot considerar, per a qui la practica, un embelliment de l'òrgan sexual, que proporcionarà avantatges futurs a la dona casada.

Diversos antropòlegs i activistes suggereixen fer servir el terme "tall" o "excisió" en lloc de "mutilació", per evitar l'estigmatització i l'ocultació d'aquesta pràctica. La limitació del llenguatge és un reflex de la complexitat d'aquest tema.

La integració de comunitats que duen a terme aquesta pràctica en un context occidental i la fi desitjada de l'MGF haurien de basar-se en el desenvolupament d'accions i polítiques no discriminatòries i no estigmatitzadores. Els projectes sanitaris i educatius destinats a l'erradicació d'aquesta pràctica són més efectius quan es treballa estretament amb les comunitats. El diàleg intercultural per arribar a un acord mutu per a l'erradicació de l'MGF hauria de ser una conseqüència natural d'haver fomentat de manera més generalitzada la professió de mediador intercultural.

3.4. Cooperació internacional i prevenció de l'MGF

Cristina Santinho (*ISCTE-IUL*)

Una revisió de la bibliografia mostra que les mesures adoptades en cooperació internacional per a l'erradicació i prevenció de l'MGF no han estat molt efectives. Les Nacions Unides han advertit del fet que, malgrat que els índexs han mostrat una disminució sostinguda durant les últimes tres dècades, el creixement de la població podria donar lloc a xifres de fins a 63 milions de nenes que haurien passat per una MGF al 2050 (UNICEF 2016). El nombre alarmant de nenes que se segueixen sotmetent a l'MGF porta a la conclusió que la cooperació internacional en els seus aspectes legals i la creixent criminalització de la pràctica en les legislacions nacionals podrien continuar tenint efectes reduïts, si no és que es posa en pràctica una estratègia diferent i les pràctiques tenen en compte l'arrelament sociocultural profund d'aquesta pràctica, tant en els països d'origen com en tota la diàspora (Shell-Duncan 2008; Shweder 2002; Thiam 1983).

A més a més, mentre que les lleis determinen sentències per a les persones responsables de la pràctica, les conseqüències penals pràcticament no es perceben. Tot i que arriben pocs casos als tribunals i, en el marc d'un suport sociocultural ampli, és poc probable l'empresonament dels perpetradors i/o dels pares, l'adopció del dret penal contra l'MGF no dissuadirà els pares de sotmetre-hi les seves filles. Això demostra que la mera prohibició legal no és suficient i que la necessitat d'emfatitzar i d'incrementar el diàleg social entre els organismes de l'Estat, les ONG i les xarxes de poder local, tant en els contextos occidentals com en els països d'origen, conduirà al desistiment d'aquesta pràctica mitjançant programes de prevenció efectius.

La cooperació internacional per a l'eliminació de l'MGF serà tan efectiva com la seva capacitat per consolidar xarxes institucionals i associacions locals, amb la col·laboració de líders religiosos, circumcidadores i altres actors responsables de la pràctica, així com professionals clau a les escoles i als serveis socials i d'assistència sanitària. També podem predir que l'eficiència en l'erradicació de la pràctica augmentarà com més ens centrem en la protecció dels infants, mitjançant instruments com la *Convenció sobre els drets de l'infant* (UNGA 1989) i la implementació massiva de l'accés a l'escolarització de les nenes.

Quadre 1. Disposicions de la legislació nacional aplicables a l'MGF

LEGISLACIÓ ESPANYOLA EN RELACIÓ A L'MGF ¹⁹	
<p>Codi penal:</p> <p>Regulació específica després de la reforma de 2003, per la Llei 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers i després de la Llei 1/2015, de 30 de març, de Reforma del Codi Penal, que introdueix entre les agreujants genèriques, les raons de gènere. Això permet que les penes aplicables siguin imposades en la seva modalitat més elevada si es considera que la lesió s'explica per raons de gènere.</p>	<p>“Título III, “De las lesiones”</p> <p>Artículo 149.</p> <p>(...) 2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.”</p> <p>“Artículo 22. Son circunstancias agravantes:</p> <p>(...) 4.³ Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, orientación o identidad sexual, razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad.”</p>
<p>Llei Orgànica del Poder Judicial:</p> <p>L'article 23 de la Llei Orgànica del Poder Judicial estableix la competència dels tribunals espanyols en atenció als següents criteris: territorialitat, personalitat activa, de protecció d'interesos i principi d'universalitat o de justícia mundial¹⁹.</p>	<p>“Artículo 23. (Versión vigente tras la reforma introducida por la Ley Orgánica 1/2014)</p> <p>1. En el orden penal corresponderá la jurisdicción española el conocimiento de las causas por delitos y faltas cometidos en territorio español o cometidos a bordo de buques o aeronaves españoles, sin perjuicio de lo previsto en los tratados internacionales en que España sea parte.</p>

¹⁹ En el cas de la Mutilació Genital Femenina, es va plantejar la possibilitat de que, davant d'una denúncia d'un processament i per tal d'evitar el judici, els imputats poguessin al·legar que els fets s'havien comès en el país d'origen, abans de venir a Espanya, o en un viatge de vacances, impeding als Tribunals espanyols poder arribar a conèixer l'assumpte. Davant d'aquesta situació, es va procedir a reformar l'article 23 de la Llei Orgànica del Poder Judicial, amb la intenció de donar cabuda a la persecució de les mutilacions, inclús si s'havien comès a l'estranger, sotmeses a la jurisdicció universal. D'aquesta manera, després de la Reforma de 2005, l'MGF fou incluída en el número 4 de l'article 23 com a un dels delictes greus que permet la justícia mundial, quedant l'article 23 de la següent manera:

“Artículo 23. (Versión vigente entre el 10/07/2005 y el 20/11/2007)

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

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

Tanmateix, els problemes internacionals i diplomàtics plantejats per l'aplicació d'aquest principi per part dels Tribunals espanyols, va afavorir el 2014 una nova reforma amb l'objectiu de limitar l'abast de la jurisdicció universal (Llei 1/2017, de 13 de març, de Reforma de la Llei Orgànica del Poder Judicial). Així, la competència dels Tribunals espanyols en aquests casos ja no pot sustentar-se únicament al principi de justícia mundial davant la gravetat dels fets, sinó que s'exigeix un vincle de connexió amb Espanya i l'absència de conflicte amb altres Estats. Amb aquesta reforma, l'MGF ja no apareix expressament mencionada, encara que podria ser un dels supòsits que permet la jurisdicció dels Tribunals espanyols, al ser un acte de violència de gènere.

	<p>(...) 4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas.</p> <p>(...) l. Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.º el procedimiento se dirija contra un español; 2.º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; o, 3.º el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.”
<p>Llei d'Enjudiciament Criminal.</p> <p>Obligació de denunciar els fets</p>	<p>Com que la mutilació genital femenina és un delictes, ha de tenir-se en compte el que es disposa a l'article 262 de la Llei d'Enjudiciament Criminal:</p> <p>“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”.</p> <p>L'article 355 d'aquesta Llei menciona de manera explícita l'obligació dels i les professionals de medicina en aquest sentit: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.</p>
<p>Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència.</p>	<p>“Artículo 11. Principios rectores de la acción administrativa.</p> <p>(...)2. Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores: a) La supremacía de su interés superior. b) El mantenimiento en su familia de origen, salvo que no sea conveniente para su interés, en cuyo caso se garantizará la adopción de medidas de protección familiares y estables priorizando, en estos supuestos, el acogimiento familiar frente al institucional. c) Su integración familiar y social. d) La prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal. e) La sensibilización de la población ante situaciones de desprotección (...) i) La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso (...)”</p>

<p>Llei 12/2009, de 30 d'octubre, reguladora del dret a l'asil i de la protecció subsidiària.</p> <p>La Llei d'asil no reconeix expressament la MGF com a causa que permeti adquirir la condició de refugiat, requisit previ per a sol·licitar el dret d'asil. Algunes sentències, però, han concedit l'asil perquè han admès que la MGF pot ser entesa com a una circumstància de persecució pel fet de pertànyer a un grup (sobre la base del gènere), o per basar-se en raons de gènere.</p>	<p>“Artículo 2. El derecho de asilo. El derecho de asilo es la protección dispensada a los nacionales no comunitarios o a los apátridas a quienes se reconozca la condición de refugiado en los términos definidos en el artículo 3 de esta Ley y en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951, y su Protocolo, suscrito en Nueva York el 31 de enero de 1967.”</p> <p>“Artículo 3. La condición de refugiado. La condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna de las causas de exclusión del artículo 8 o de las causas de denegación o revocación del artículo 9.”</p>
--	--

Quadre 2. Sentències pronunciades per tribunals nacionals en relació amb l'MGF

SENTÈNCIES I RESOLUCIONS DELS TRIBUNALS ESPANYOLS SOBRE MGF	
<p>Jurisdicció Penal Sentències del Tribunal Suprem i de l'Audiència Nacional</p>	<p>Sentència del Tribunal Suprem 939 / 2013, de 16 de desembre. Absol a la mare d'una nena mutilada, arribada de Senegal, del delictes de lesions greus, al·legant error de la prohibició penal, qui prèviament havia estat condemnada. La Sentència de l'Audiència Nacional 36 / 2012, de 24 de juliol, havia absolt al pare de la nena, que havia immigrat en primer lloc a Espanya, invocant el desconeixement de la situació. La Sentència de l'Audiència Nacional 9 / 2013, de 4 de juliol, tanmateix, condemnà a la mare, al considerar que la mare no podia al·legar el desconeixement de la mutilació de la seva filla.</p> <p>Sentència del Tribunal Suprem 835 / 2012, de 31 d'octubre. Condemna als pares d'una nena mutilada, ambdós d'origen gambià, per un delictes de lesions greus. Rebutgen la invocació de l'error de prohibició o de motius culturals.</p> <p>Sentència del Tribunal Suprem 399 / 2014, de 8 de maig. Condemna als pares d'una nena mutilada, ambdós d'origen gambià, per un delictes de lesions greus rebutjant la invocació de l'error de prohibició.</p> <p>Sentència de l'Audiència Nacional 5 / 2014, de 24 de febrer. Absol als pares d'una nena mutilada al·legant l'absència de dol, de coneixement i d'intenció de causa de lesions.</p>

Jurisdicció Civil	Sentència 305 / 2010, d'11 de maig, de l'Audiència Provincial de Barcelona. Confirma la prohibició de traslladar a una menor des d'Espanya a Gàmbia pel risc de que se li practiqui l'MGF.
	Auto nº 26 / 2012, de 13 de març, de l'Audiència Provincial de Barcelona. Prohibeix la sortida d'Espanya d'una menor pel risc de que se li practiqui l'MGF.
	Auto nº 274 / 2005, de l'Audiència Provincial de Balears. Prohibeix la sortida d'Espanya d'una menor pel risc de que se li practiqui l'MGF.
	Auto nº 24 / 2004, de l'Audiència Provincial de Girona. Prohibeix la sortida d'Espanya d'una menor pel risc de que se li practiqui l'MGF.
Jurisdicció Contenciosos -Administrativa. Rebuig o admissió d'asil referits a l'MGF.	Admet: Sentència del Tribunal Suprem d'11 de maig de 2009. Declara improcedent la denegació d'asil realitzada pel Ministeri de l'Interior (Resolució d'11 d'abril de 2004) i anul·la la Sentència de l'Audiència Nacional de 24 de març de 2003 , que havia rebutjat l'asil però havia concedit la permanència per raons humanitàries. El Tribunal Suprem concedeix l'asil.
	Admet: Sentència de l'Audiència Nacional de 24 de novembre de 2014. Concedeix el dret d'asil.
	Admet: Sentència de l'Audiència Nacional de 21 de juny de 2006. Concedeix el dret d'asil.
	Rebutja: Auto del Tribunal Suprem de 17 de juliol de 2014
	Rebutja: Sentència del Tribunal Suprem de 4 de juliol de 2008. Rebutja la concessió d'asil al·legant la falta de verosimilitud de l'alegació.
	Rebutja: Sentència del Tribunal Suprem de 2 de febrer de 2015. Rebutja la concessió d'asil al·legant la falta de verosimilitud de l'alegació.
	Rebutja: Sentència del Tribunal Suprem de 10 de febrer de 2004. Rebutja la concessió d'asil al·legant la falta de verosimilitud de l'alegació.

Quadre 3. Exercicis pràctics per fer servir a l'aula

Exercici pràctic núm. 1:

Els estudiants han de llegir atentament les disposicions sobre l'MGF de la legislació penal nacional i el cas següent.

Un home senegalès ha viscut al vostre país diversos anys i se li ha concedit el reconeixement administratiu del dret al reagrupament familiar. La seva dona i les seves filles han arribat al vostre país fa poc. La primera vegada que la filla gran, de 8 anys, va a un centre de salut del vostre país, el metge determina que s'ha sotmès l'MGF i ho denuncia. El pare és absolt, mentre que la mare és arrestada amb càrrecs de lesions causades per aquesta pràctica, duta a terme quan la nena estava sota la seva custòdia al Senegal.

Després, els estudiants es dividiran en dos grups:

Un grup intentarà demostrar que la mare havia de ser imputada, adoptant la postura del fiscal.

Un altre grup prepararà la defensa de la mare. Actuant col·lectivament com a advocats de la defensa, tindran en compte també els elements relacionats amb la protecció de l'infant.

En el debat, els estudiants han de posar èmfasi en els drets en conflicte que hi ha en joc (els de la mare, la filla i la filla més petita, de 3 mesos, que no ha estat sotmesa a l'MGF).

Exercici pràctic núm. 2:

DB, una nigeriana, ha sol·licitat asil al Ministeri de l'Interior d'Espanya. En la sol·licitud, ha indicat que va néixer a Uselu, una ciutat del sud de Nigèria, a prop de la ciutat de Benín. Hi ha explicat que, al seu poble, el seu pare va organitzar el seu matrimoni amb un home musulmà molt més gran que ella, que gaudia d'un bon estatus socioeconòmic i ja estava casat amb dues dones joves. La sol·licitant també s'havia sotmès a l'MGF. Per poder escapar del matrimoni, va rebutjar donar-li el seu consentiment, i va fugir cap a Togo, d'allà cap a Ghana i, després, cap a Espanya. Actualment viu a València i té una relació personal amb algú altre.

El Ministeri de l'Interior, en la seva Resolució del 14 d'abril del 2004, va denegar la petició d'asil de la sol·licitant, amb l'argument que la seva declaració era inversemblant i incongruent, i que no hi havia proves de persecució. La sol·licitant va recórrer la resolució davant de l'Audiència Nacional, que li va denegar parcialment el dret d'asil en la seva sentència del 24 de març del 2006. Amb tot, després que s'admetessin les proves d'MGF, el tribunal va aprovar la decisió de permetre a la sol·licitant romandre a Espanya per raons humanitàries, d'acord amb l'article 17.2 de la Llei d'asil espanyola.

Aquesta decisió va ser recorreguda també per la sol·licitant, basant-se en una violació de l'article 3.1 de la Llei d'asil espanyola i l'article 1.A.2 de la Convenció de Ginebra. Segons la sol·licitant, complia les condicions jurídiques per obtenir l'estatus de refugiada (lesions físiques i psicològiques a causa d'MGF i risc de matrimoni forçat). El Tribunal Suprem, en la seva sentència de l'11 de maig del 2009, va fallar a favor seu, remetent a judicis anteriors en què havia conclòs que una situació de vulnerabilitat i marginalització social, política i cultural patides per una dona al seu país d'origen, que infringeixen els seus drets humans de manera evident i greu, és un motiu per concedir-li l'asil. El tribunal va determinar també que el motiu de persecució per raó de gènere, inclòs l'assetjament i les amenaces de forçar una dona a casar-se, poden interpretar-se com a part d'una persecució social. El tribunal també va afirmar que a Nigèria l'MGF es practica habitualment a les dones adultes i que aquestes dones no tenen tutela judicial efectiva contra aquestes pràctiques en aquest país, per la qual cosa reconeixia el dret d'asil de la sol·licitant.

En un altre cas, el mateix tribunal (en la seva sentència del 4 de maig del 2008) havia revocat el dret d'asil a una dona nigeriana que havia fugit per raons similars a les de la DB. Vivía a Warri, i quan tenia 12 anys, un pretendent amb qui no es volia casar va ser acceptat pel seu pare, que va intentar sotmetre-la a l'MGF. Ella ho va rebutjar, i la van colpejar diverses vegades fins que va aconseguir escapar, amb l'ajuda de la seva mare i una amiga. El tribunal va desestimar la sol·licitud, amb l'argument que no s'havia aportat prou informació sobre la situació geopolítica a Nigèria per justificar-ne l'asil.

Preguntes:

1. Tenint en compte les disposicions nacionals i internacionals sobre asil, està ben fonamentada la denegació d'asil?
2. Avalueu críticament (amb arguments a favor i en contra) el fet que la situació a Nigèria pel que fa a la protecció dels drets humans sigui considerada de manera diferent en tots dos judicis.
3. Si es concedeix l'asil a una dona nigeriana basant-se en qüestions d'MGF, d'acord amb el judici de la sentència de l'11 de maig del 2009, com és compatible aquesta decisió amb les mesures punitives preses contra les dones amb MGF que arriben a Espanya amb les seves filles, que també han estat sotmeses a l'MGF?

Quadre 4. Avaluació

1. Seleccionen i analitzen dues sentències penals per MGF, una de condemnatòria i una d'absolutòria, adoptades per un tribunal nacional o regional. Podeu consultar la legislació i la jurisprudència nacionals i internacionals. Doneu la vostra opinió tenint en compte els dilemes que plantegen aquestes decisions.
2. Responen a les preguntes següents.
 - Creieu que la legislació penal és un instrument útil per combatre l'MGF?
 - Quins són els riscos que comporta la intervenció penal?
 - Quins principis legals han de prevaldre en la persecució de les persones que practiquen l'MGF?

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Bodelón, Encarna. 2009. "Feminismo y derecho: Mujeres que van más allá de lo jurídico." Dins *Género y dominación: Críticas feministas del derecho y el poder*, editat per Gemma Nicolás i Encarna Bodelón, 95-116. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Boyle, Elizabeth Heger. 2002. *Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Charlesworth, Hillary. 1994. "What are 'Women's International Human Rights'?" Dins *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, editat per Rebecca J. Cook. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Consell d'Europa. 2011. *Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Council of Europe Treaty Series No. 210*. Consulta del 5 de setembre de 2016. <https://rm.coe.int/coermpubliccommonsearchservices/displaydctmcontent?documentid=090000168008482e>.
- European Commission. 2010. *COM (2010) 491 final, 21.9.2010, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Strategy for equality between women and men: 2010-2015*.
- European Commission. 2011. *COM (2011) 60 final, 15.2.2011, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The EU Agenda for the Rights of the Child*.

- European Commission. 2013. *COM (2013) 833 final, 25.11.2013, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: Towards the elimination of female genital mutilation.*
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere (IEIG). 2015. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union.* Vilnius: EIGE.
- Institut Europeu per a la Igualtat de Gènere. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia.* Vilnius: Oficina de Publicacions de la Unió Europea.
- European Union. 2012. *European Union Directive 2012/29/EU, establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime.*
- Facio, Alda i Lorena Fries. 1999. "Feminismo, género y patriarcado." Dins *Género y Derecho*, editat per Alda Facio i Lorena Fries. Washington: American University Washington College of Law.
- Sara Johnsdotter i Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases.* Luxemburg: Comissió Europea, Direcció General de Justícia.
- Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppo. 2010. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2ª edició). Barcelona: UAB, Bellaterra.
- Leye, Els i Alexia Sabbe. 2009. *Responding to Female Genital Mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention.* Gent: International Centre for Reproductive Health.
- Leye, Els, Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johnsdotter, Adwoa Kwateng-Kluytse, Linda Weil-Curiel i Marleen Temmerman. 2007. "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe." *Crime, Law and Social Change* 47, 1:1-31.
- MacKinnon, Catharine A. 2006. *Are Women Human? And Other International Dialogues.* Cambridge: Harvard University Press.
- Muthumbi, Jane, Joar Svanemyr, Elisa Scoralo, Marleen Temmerman i Lale Say. 2015. "Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen." *African Journal of Reproductive Health* 19, 3:32-40.
- Mutua, Makau. 2002. *Human Rights: A Political and Cultural Critique.* Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- P&D Factor: Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento. 2016. "O direito a viver sem mutilação genital feminina." Consulta del 5 de novembre de 2016. <http://popdesenvolvimento.org/o-direito-a-viver-sem-mgf.html>.
- Parekh, Bhikhu. 2000. *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory.* Basingstoke i Londres: Macmillan.
- Pérez Vaquero, Carlos. 2010. "La mutilación genital femenina en España y la Unión Europea." Consulta del 5 de setembre de 2016. <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4721-la-mutilacion-genital-femenina-en-espana-y-la-union-europea->.
- Rahman, Anika i Nahid Toubia. 2000. *Mutilació genital femenina: A Guide to Laws and Policies Worldwide.* Londres: Zed Books.
- Redress. 2009. *Project for criminal law reform: Comments on the ban of female genital mutilation in Sudan's legislation.* Consulta del 5 de setembre de 2016. http://www.redress.org/downloads/publications/fgm_bill_commen_eng.pdf.
- Ropero Carrasco, Julia. 2001. "El derecho penal ante la mutilación genital femenina." *La Ley* 6:1393-1410.
- Ropero Carrasco, Julia. 2003. "La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual." A *Cursos de Derechos Humanos de Donostia-San Sebastián*. Sant Sebastià: Universitat del País Basc.

- Sanz Mulas, Nieves. 2014. "Diversidad cultural y política criminal: Estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español)." *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Consulta del 5 de setembre del 2016. <http://criminnet.ugr.es/recpc/16/recpc16-11.pdf>.
- Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention." *American Anthropologist* 110(2):225-36.
- Shweder, Richard A. 2002. "What about female genital mutilation? and why understanding culture matters in the first place." Dins *Engaging Cultural Differences: The Multicultural Challenge in Liberal Democracies*, editat per Richard A. Shweder, Martha Minow i Hazel Rose Markkus, 216-51. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Thiam, Awa. 1983. "Women's fight for the abolition of sexual mutilation." Dins *International Social Science Journal* XXXV 4:747-57. París: UNESCO. Consulta del 5 de setembre de 2016. <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000579/057959eo.pdf#namedest=58013>.
- Torres Fernández, María Elena. 2005. "El nuevo delito de mutilación genital." Dins *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinat per Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.
- UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nova York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Consulta del 5 de setembre de 2016. [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf).
- Assemblea General de les Nacions Unides (UNGA) 1989. *Convenció sobre els drets de l'infant*, adoptada per la resolució 44/25 de l'Assemblea General, amb data del 20 de novembre del 1989. Consulta del 5 de setembre de 2016. <http://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/crc.pdf>.
- Assemblea General de les Nacions Unides (UNGA) 2012. *Resolució 67/146 de l'UNGA, adoptada el 20 de desembre del 2012, sobre la intensificació dels esforços globals per a l'eliminació de les mutilacions genitals femenines*.
- Walley, Christine J. 1997. "Searching for 'Voices': Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations." *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.

Capítol VI.

Treball social, educació i psicologia

Objectius didàctics:

1. Millorar les competències culturals dels estudiants de treball social, educació i psicologia en relació amb l'MGF;
2. Millorar el diàleg intercultural sobre temes sensibles com l'MGF;
3. Trobar estratègies per tractar i ajudar les nenes i les dones pel que fa a l'MGF; i
4. Promoure el debat i la discussió mitjançant casos crítics i exemples dilemàtics.

Resum:

1. Treball social (Cecilia Gallotti, Roma Tre)
 - 1.1. Aspectes generals
 - 1.2. Aspectes pràctics
 - 1.3. Aspectes crucials
 - 1.4. Dilemes
 - 1.5. Orientacions
2. Educació (Valentina Vitale, Roma Tre)
 - 2.1. Aspectes generals
 - 2.2. Aspectes crucials
 - 2.3. Orientacions i suggeriments
3. Psicologia (Carla Moleiro, ISCTE-IUL)
 - 3.1. Introducció general i referències teòriques
 - 3.2. Aspectes pràctics
 - 3.3. Orientacions per a una avaluació

Quadres:

Fragments d'entrevistes (Gallotti 2009)

Debateu sobre les diferents respostes: Parlar-ne o no parlar-ne?

Debateu sobre el dilema següent: Com puc descobrir què en pensen realment?

Suggeriments per a anàlisis de casos

Un suggeriment per a una anàlisi de casos a classe

Debateu sobre el dilema següent.

Referències bibliogràfiques

1. TREBALL SOCIAL

Cecilia Gallotti (*Roma Tre*)

1.1. Aspectes generals

El compromís amb la lluita contra l'MGF en els contextos de migració ha fet evident la necessitat d'una connexió més gran entre els sectors social i sanitari, i d'un canvi d'una visió exclusivament centrada en l'assistència clínica cap a un enfocament que tracti el fenomen des de la seva complexitat sociocultural. Actualment, l'MGF forma part de les polítiques socials dels països de la UE, no només amb objectius relacionats amb la comparació, sinó també amb d'altres relacionats amb la prevenció pel que fa a la "intervenció social" de les dones i les nenes implicades en les pràctiques d'MGF.

Més enllà de les especificitats i diferències significatives entre les estratègies adoptades, podem identificar algunes tendències generals en el treball social de prevenció de l'MGF: la implementació de xarxes socials i sanitàries integrades com a base per a un model d'acció coordinada; l'organització de procediments d'acollida i serveis de suport dedicats; la formació a treballadors socials, i la realització d'activitats educatives per a les generacions més joves a les escoles i les associacions locals.

1.2. Aspectes pràctics

Xarxes socials i sanitàries locals i integrades

Els principals objectius de les xarxes són, entre d'altres:

- la coordinació d'esforços pel que fa a l'assistència social i sanitària, p. ex., en ginecologia, obstetrícia, pediatria, medicina general, infermeria, sexologia, psicologia, treball social, educadors i mediadors, així com professionals que treballen en els camps de l'asil i l'exploació de persones;
- la integració de les accions de les diferents parts interessades (altres serveis i associacions) en l'àmbit local i nacional; i
- un treball social efectiu, per informar i conscienciar sobre la prevenció de l'MGF entre les dones i les seves famílies de manera coherent i generalitzada.

Aquest últim punt és sens dubte el més delicat. D'una banda, la informació sobre els aspectes legals i sanitaris ofereix a les dones la possibilitat d'entendre com s'interpreta la seva circumcisió en els contextos migratoris en què viuen. De

l'altra, la comunicació destinada a la prevenció pot causar estigmatització i, com a conseqüència, resistència cultural.

Sovint, els missatges unilaterals “de dalt a baix” de prevenció no tenen en compte les relacions interculturals que hi ha subjacents a l'MGF. Per aquest motiu, algunes xarxes han introduït projectes participatius i comunitaris fent servir mediadors i *dones intermediàries*. S'entén que la major part de les dones implicades consideren el tema de l'MGF com un afer privat, i traslladar-lo al domini públic no s'hauria de donar per suposat.

Procediments d'acollida dedicats

Alguns contextos es consideren especialment significatius en el treball de prevenció: assistència sanitària, embaràs i part, a més de l'assessorament i els centres juvenils que treballen amb educació sexual, i els centres d'acollida per a sol·licitants d'asil.

Pel que fa a l'entorn de l'assistència sanitària, alguns hospitals i altres serveis amb un alt nombre de dones amb MGF estan equipats amb sistemes específics per a les necessitats de desinfecció relacionades amb el part (i les possibles/subsegüents sol·licituds de reinfecció) i, en alguns casos, fins i tot d'assessorament psicològic. Pel que fa als serveis socials, els centres dedicats no són estrictament necessaris. Algunes associacions nacionals i internacionals (GAMS Belgique i INTACT 2014) han pressionat per designar i formar “persones de referència”, com a contacte dintre del servei en si mateix, per acompanyar i assessorar els col·legues que tracten casos d'MGF. A més a més, s'ha promogut la instauració d'un grup de mediadors interculturals i líders de la comunitat sobre el tema de l'MGF.

Conscienciació i formació de professionals

Si bé ja s'ha ofert formació dedicada en alguns contextos, els professionals sanitaris i socials continuen sentint-se poc competents a l'hora de tractar aquest tema (Simonelli et al. 2013). Qüestionen els seus propis rols, l'obligació o l'abast del secret professional, l'enfocament correcte que cal adoptar, etc.

Els objectius generals de la formació dels treballadors socials són, entre d'altres:

- incrementar els seus coneixements sobre la variabilitat contextual de les modificacions genitals femenines;
- millorar les seves competències en interactuar amb dones que han sofert l'MGF; i
- proporcionar-los tècniques d'entrevista per al diàleg interpersonal quan es relacionen amb les famílies.

També es poden ressaltar alguns objectius específics.

La formació dels treballadors socials ha de transmetre coneixements sobre l'MGF i orientacions pràctiques, però també ha d'aspirar a proporcionar una comprensió més complexa i crítica del fenomen en si mateix, concretament:

- situant l'MGF dins d'una matriu més àmplia de representacions culturals de la salut, la sexualitat i les pràctiques de modificació del cos, considerant els canvis històrics i culturals de les "tradicions" en paisatges globals;
- proporcionar coneixements sobre la variabilitat territorial, la pluralitat de les històries d'emigració i les diferències en els contextos vitals de les dones que conviuen amb MGF;
- tenir en compte el sistema específic de poder, gènere i generacions, i les negociacions dins de les famílies i els grups a què pertanyen les dones, i
- considerar els punts de vista de les dones en els serveis socials i sanitaris, les modalitats d'accés a i ús d'aquests serveis, les seves percepcions i necessitats pel que fa al tractament mèdic de l'MGF i, de manera més general, en relació amb les seves interaccions interculturals.

1.3. Aspectes crucials

El treball de prevenció ja no es pot veure com un procés en una sola direcció. Els estudis en què s'exploren els punts de vista de les dones migrants que conviuen amb MGF demostren que aquesta "tradició" s'emmarca ara en un context de significats global i en xarxa, en el qual les funcions de la pràctica canvien i el paradigma del judici negatiu, almenys en principi, s'està tornant hegemònic. Això té el poder de generar algunes contradiccions i noves vulnerabilitats associades amb l'estigma i les relacions interculturals.

De fet, en el context dels serveis socials, posar les relacions interculturals en el "context humanitari de l'ajuda" (Fusaschi 2015) i l'MGF en un marc conceptual de "condemna" és quelcom d'habitual entre els professionals. S'ha observat que això no només obstaculitza la participació de les dones en els programes de prevenció, sinó que a més contribueix a crear vulnerabilitats específiques relacionades amb l'estigma de "ser circumcidades i, per tant, censurades".

Aquestes dones no poden continuar essent considerades com l'objecte de les estratègies de suport per part d'"altres" dones, suposadament millors i "més lliures". El treball de prevenció s'ha d'emmarcar en un context més ampli d'aliança i no d'ajuda, reconeixent el fet que aquestes dones demanen una major participació, creen laboriosament les seves pròpies associacions i informen de problemes sense disposar d'espais públics. En resum, reclamen una estratègia comuna en relació amb la "integritat" del cos i la "integració social".

1.4. Dilemes

Molts treballadors socials “descobreixen” l'MGF tot just quan acompanyen les dones que s'han posat al seu càrrec a fer-se exàmens ginecològics. Fins i tot en contextos d'assistència sanitària, excepte en casos de part, els professionals no reconeixen l'MGF fàcilment, especialment en casos d'excisió. Un dels dilemes més comentats és el que anomenem “el cicle de negació”.

Fragments d'entrevistes (Gallotti 2009)

Un ginecòleg que treballa en el servei públic:

«Quan les visito, els pregunto què els ha passat, com i per què, però m'esquiven [la pregunta] i somriuen sense entrar en detalls. No sé si és per reticència o si no comprenen per què els ho pregunto, com si els preguntés per què tenen una orella.»

Una dona nigeriana, usuària del servei:

«És la primera vegada que veuen dones, aquests treballadors. Les miren estranyats i no sé què dir, però estic una mica... avergonyida, perquè, encara ara, quan vaig a fer-me una visita mèdica, pensen malament, com dient: “Què és aquesta cosa? Què és això?”, simplement perquè no ho coneixen! Per això s'ho miren com si fos quelcom d'estrany –“Déu meu, és fastigós!”–, però si veig un metge que és negre com jo, això no passa!»

El prejudici del “tabú cultural” que envolta l'MGF pot esdevenir un doble vincle amb efectes paradoxals: totes dues parts semblen atrapades en un sistema mutu on tots dos pensen que l'altre no en vol parlar. Això no obstant, segons el conegut axioma de la teoria de la comunicació, “no és possible *no* comunicar”, allò que no es diu sobre les excisions inevitablement genera interpretacions vagues i estereotips i malentesos recíprocs, que acaben tots ells fent més gran la distància i la incomprensió.

Exercicis/casos pràctics per debatre i orientacions

Debateu sobre les diferents respostes.

Parlar-ne o no parlar-ne?

1. Respectant el suposat tabú cultural i evitant problemes anomenant l'MGF d'una manera adequada i no respectant la intimitat i la privacitat de les dones.
2. Parlant-ne perquè ser conscients del problema és un element crucial per a la prevenció i la dissuasió de la perpetuació de l'MGF en les nenes.
3. *«Preguntar és necessari, i també investigar, però no cal cridar a massa gent! És un tema personal –personal!–, per tant, si tu em preguntes, jo t'explicaré què és.»* (Extret d'una entrevista amb una dona somali en un estudi etnogràfic; Gallotti 2009.)

Debateu sobre el dilema següent.

“Com puc descobrir què en pensen realment?”

Aquesta és la pregunta que va fer la Christine Walley durant el seu treball de camp a Kenya (Walley 1997). Ella interpreta la resistència de les dones a parlar sobre l'MGF com una conseqüència del fet que no puguin criticar públicament la circumcisió.

En contextos migratoris, la mateixa pregunta se la plantegen sovint els professionals que es troben amb dones que han patit l'MGF, però la causa de la seva resistència a parlar sembla ser la inversa, perquè es deriva del fet que no poden *criticar-la* públicament. Discutiu sobre aquesta aparent paradoxa.

Suggeriments per a anàlisis de casos:

Una dona medidora que treballa en un centre d'assessorament atès per dones amb MGF “confessa” a una col·lega en qui confia haver estat en el passat una operadora de circumcisions masculines i femenines al seu país.

— *Així, quan eres petita, veies el teu pare fent-ho?*

— *Sí, sí, però aquí no. No, el meu pare no era metge. Ho va aprendre del seu pare. S'ha anat transmetent de pares a fills. Em va explicar que fer-ho a les dones era més fàcil! S'extirpen tots dos llavis menors des de la base... es treu tot això i tot allò i després una mica del clitoris –se'n treu una mica, un trosset, i ja n'hi ha prou. Amb els nens, en canvi, s'ha d'estirar tot cap amunt, perquè quan una persona sap com fer-ho pot veure quan està tot ben estirat, i aleshores ho talla... i també perd sang, i es lliga amb un fil –fèiem servir fil negre. Aquí ho fan a casa, no saben com fer-ho o no tenen els estris adequats, però jo aquí només forado orelles i prou. No faig res més.* (Gallotti 2009)

Debateu les diferents reaccions que poden produir-se en aquest cas:

1. Informar de l'assumpte el cap del centre o considerar-ho un secret professional.
2. Vigilar la medidora per veure si menteix o si manté una doble moral, o provar de trobar una manera de valorar les seves competències.

Feu una llista d'altres situacions similars. Representeu els dos papers a la inversa (mediadora/col·lega) per explorar les emocions i reflexions sobre les vostres pròpies reaccions a la confessió de la medidora.

1.5. Orientacions

Reflexioneu sobre el significat i l'ús del silenci per part de les dones. El silenci pot ser subversiu. La suposada reticència de les dones a parlar sobre l'MGF amb els treballadors socials pot ser que tingui a veure no només amb una necessitat comprensible de protegir-se a si mateixes, la seva esfera privada i la seva integritat social, sinó també amb l'estigma intercultural i amb la dificultat de gestionar la pertinença pluricultural en un món que jutja l'MGF com una “barbaritat”.

Tingueu en compte que el mateix sistema d'assistència social i sanitària, amb les seves categoritzacions institucionals, forma part d'un procés de canvi

constant. Per tant, un factor decisiu en una intervenció adequada és la reflexió crítica del servei en si, el seu llenguatge i les seves ideologies.

Considereu l'MGF no només com un problema objectiu que s'ha de prevenir, sinó també, especialment en contextos migratoris, com un element d'un camp d'interaccions en què ens trobem tots immersos. En aquest sentit, per als qui treballen als serveis socials, és important en principi posar en pràctica la descentralització cultural i millorar la competència intercultural.

2. EDUCACIÓ

Valentina Vitale (*Roma Tre*)

2.1. Aspectes generals

Una altra àrea important en l'aplicació de projectes de prevenció social relacionats amb l'MGF és l'entorn educatiu i escolar. La manera de tractar les noies i dones és un tema complex. Cal tenir en compte l'esfera privada i íntima de la família. És un tema extremadament delicat i controvertit al mateix temps. Alguns experiments que s'han fet en alguns països d'origen han generat un important debat.

En alguns països africans (p. ex., Burkina Faso²⁰), algunes escoles han adoptat procediments com ara exàmens dels genitals de les nenes durant les revisions mèdiques que es fan a l'escola –una pràctica considerada discriminatòria i traumàtica per a la nena que està en risc. Potser, en aquests casos, un enfocament més suau seria la via correcta per iniciar un diàleg amb les nenes i possiblement amb els pares, durant els exàmens mèdics, però la qüestió educativa ha esdevingut més evident en països amb flux migratori, especialment.

D'una banda, la confrontació amb les estructures socials i culturals del país d'immigració pot donar lloc a una major consciència sobre els danys d'aquest tipus d'operacions i donar lloc a un qüestionament de les raons per les quals se segueixen perpetuant aquestes pràctiques. D'altra banda, la pressió per mantenir la pràctica pot fins i tot augmentar en la comunitat migrant, perquè es reforça el sentiment de protecció d'una "identitat cultural" i les tradicions. En contextos migratoris, l'MGF pot ser, per als pares de nenes, una via per reforçar les tradicions socioculturals i una manera de mantenir les famílies simbòlicament unides a les seves arrels i de sentir-se acceptades per la societat quan tornen als seus països d'origen.

²⁰ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. 2011. "Ending Female Genital Mutilation." Consulta de l'1 de desembre del 2016. <https://www.giz.de/expertise/downloads/giz2011-en-fgm-bildung.pdf>.

Com que aquestes nenes van a l'escola als països europeus d'acollida, els mestres i personal d'administració de les escoles haurien d'implicar-se activament en les iniciatives i intervencions de formació i conscienciació sobre l'MGF.

El creixement dels fluxos migratoris amb el pas dels anys ha revifat el debat sobre la inclusió dels estudiants migrants en els països d'acollida. L'escola representa una institució que contribueix en la inclusió dinàmica dels migrants, en primer lloc perquè normalment és una de les primeres institucions en què les famílies migrants estableixen una relació estable i, en segon lloc, per la connexió educativa i relacional entre les parts implicades. L'entorn de l'escola és un context important per a la inclusió social, i altres institucions la consideren una possible base per a la discussió, informació i prevenció de l'MGF. Es creu, per tant, que les escoles haurien de proporcionar també coneixements, capacitacions i eines d'intervenció adequades, que permetin identificar les nenes que podrien estar en risc de patir-la i emprendre accions per a la decisió parental de practicar les modificacions genitals a les seves filles.

2.2. Aspectes crucials

Sens dubte, els mestres i experts tenen els coneixements i les eines adequats per tractar cada cas de modificació genital (segons les estadístiques existents fins a data d'avui, rarament ho fan). Des d'un punt de vista crític, en el context escolar, l'educació, la prevenció i el compliment en relació amb l'MGF vol dir essencialitzar el tema de la violència, difondre inquietuds socials i contribuir a augmentar els estereotips negatius del continent africà, produint discriminació contra els alumnes migrants que provenen de les zones on es practica l'MGF.

La formació de mestres i personal dels centres, així com les iniciatives de conscienciació per a alumnes i pares, no s'han de centrar en el tema de l'MGF. A les escoles no se n'ha de parlar de manera exclusiva, sinó com a part d'una temàtica molt més àmplia, com ara la violència per raó de sexe. El paper de les escoles i els mestres és crear inclusió i augmentar la socialització entre els estudiants que tenen diferents experiències i antecedents, minimitzant les formes de discriminació i exclusió.

És crucial, doncs, que els mestres i el personal dels centres estiguin formats i preparats per:

- tractar amb les diferències culturals i lingüístiques, així com amb les discapacitats i els problemes d'aprenentatge, per evitar el risc de crear un mètode d'anàlisi no uniforme;
- implementar models educatius d'alteritat, ajudant els alumnes i pares a superar posicions assimilatives i etnocèntriques;
- reduir les dificultats en la integració escolar dels alumnes; i
- contribuir a reduir els índexs d'abandonament escolar.

D'altra banda, l'escola té la tasca de difondre la informació correcta, promoure la prevenció, sensibilitzar sobre la violència de gènere, i desenvolupar projectes o activitats per preparar els mestres i animar els estudiants joves a reflexionar sobre temes com ara el gènere com a construcció social, estereotips i biaixos de gènere, models patriarcals, discriminació per gènere i violència sexual contra les dones, violència domèstica, l'assetjament escolar (*bullying*), etc.

A banda d'aquestes discussions sobre la violència de gènere amb els estudiants, l'escola hauria de tractar altres temes que afecten el cos, com ara la sexualitat i altres tipus de modificacions (ser transgènere, per exemple), introduint l'MGF en un discurs més ampli sobre els cossos i la cultura.

D'aquesta manera, l'escola difondrà la idea que la violència de gènere és un problema estès a tot Europa i que no es pot atribuir exclusivament a contextos no europeus i, per tant, només identificar-se en pràctiques d'MGF.

2.3. Orientacions i suggeriments

En el cas que l'escola es trobi amb una menor que ha estat sotmesa a l'MGF, hi ha alguns aspectes importants que cal tenir en compte pel que fa a la manera d'actuar. Cal contactar amb els serveis sanitaris (p. ex., pediatria, ginecologia, etc.) i els serveis socials (p. ex., orientació familiar). Aquestes figures poden tenir un paper important de suport, especialment en les relacions amb la família. Si la nena o altres membres de la família tenen problemes de comunicació per una barrera idiomàtica, es recomana demanar la participació d'un mediador lingüístic que pugui fer d'interpret.

L'escola, aleshores, en col·laboració amb els serveis sanitaris i socials, és responsable de promoure un entorn de confiança mútua, evitant actituds de superioritat cultural i abstenint-se de fer judicis de valors, per establir un contacte i iniciar un diàleg amb la família de l'infant.

És crucial evitar emprendre accions estigmatitzadores tant per a la família com per a la menor, que pot ser que no es percebi a si mateixa com a "mutilada". Si se'ls ho fa percebre, es crea la percepció que l'infant és una "víctima". La intervenció a l'escola, juntament amb la dels serveis rellevants, ha de tenir en compte el fet que els pares pot ser que no se sentin còmodes parlant públicament de l'MGF. Això es deu al fet que parlar sobre qualsevol cosa relacionada amb la sexualitat és un tabú per a moltes comunitats de migrants. Una intervenció dins un sistema protegit com és la família sovint es percep com una interferència en qüestions confidencials, que no tenen res en comú amb la resta de la societat.

Aquesta actitud pot ser malinterpretada per les famílies migrants, que provenen de contextos socials i culturals diferents de l'occidental on es troben ara, i aliens als sistemes d'intervenció institucionals. Trobar canals de comunicació

adequats també depèn d'una major consciència per part de les comunitats que practiquen l'MGF que, als països europeus, és una violació de la llei.

Si es detecta a l'escola un cas d'MGF realitzat en una menor, és necessari evitar qualsevol tipus d'intervenció agressiva o exclusivament repressiva que pugui fer que la família tregui la nena de l'escola, la qual cosa li seria més perjudicial per al seu creixement personal i la seva inclusió social.

3. PSICOLOGIA

Carla Moleiro (ISCTE-IUL)

3.1. Introducció general i referències teòriques

Competències d'assessorament intercultural

Com a psicòlegs, emmarquem el treball en aquest camp en el domini de l'assessorament intercultural i/o les competències clíniques. Conceptualitzades inicialment com a sensibilitat o capacitat de resposta cultural, les definicions i perspectives del significat de "competència intercultural" varien.

Els fonaments de l'assessorament multicultural els van establir Sue, Arredondo i McDavis (1992), que van presentar un model tridimensional que definia el paper central que té (i) la consciència per part de l'assessor/terapeuta dels seus propis valors i biaixos, i la visió del món del pacient; (ii) els coneixements, i (iii) les capacitats/estratègies d'intervenció culturalment sensibles (Arredondo et al. 1996).

La primera dimensió, la consciència, fa referència a la manera com les actituds, les creences, els valors, les assumpcions i la percepció d'un mateix de qui proporciona l'ajuda afecta la manera com interactua amb els pacients que són culturalment diferents d'ell o ella. Implica l'exploració d'un mateix com a ésser cultural i dels propis prejudicis culturals.

La segona dimensió, els coneixements, fa referència a la comprensió informada de les cultures que són diferents de la pròpia, incloses les històries, les tradicions, els valors, les pràctiques, etc. També implica coneixements sobre aquests conceptes i processos com a influències culturals en el desenvolupament psicosocial, models d'aculturació i estrès aculturatiu, desenvolupament de la identitat ètnica i racial, estils de comunicació cultural en la relació d'ajuda, la discriminació percebuda com un factor de risc per al benestar, i els síndromes vinculats a la cultura i les intervencions específiques per a cada cultura.

Per últim, una tercera dimensió important és la capacitat d'establir interaccions efectives i significatives amb persones diverses, inclòs el desenvolupament d'una

relació, integrant la pròpia consciència i coneixements en capacitats pràctiques en la relació d'ajuda, avaluació i intervenció (Arredondo et al. 1996; Pope-Davis et al. 2003).

Preses de manera conjunta, totes les perspectives de les competències interculturals impliquen que els facultatius (com ara psicòlegs) en entorns clínics siguin capaços de demostrar la seva capacitat de proporcionar una assistència de qualitat adequada a pacients culturalment diversos. Com a tal, s'ha definit com el procés dinàmic i complex de ser conscient de, i reconèixer, les diferències individuals i culturals, que es reflecteixen en les actituds i creences, els coneixements i les capacitats del facultatiu en el treball amb persones de diversos grups culturals, incloses les que es classifiquen per raça, ètnia, religió, gènere, classe social, orientació sexual o discapacitat (Constantine i Ladany 2001; Daniel et al. 2004).

Un enfocament biopsicològic (de la salut)

Un segon fonament teòric important per als psicòlegs que treballen amb dones i comunitats amb pràctiques d'MGF és l'enfocament biopsicològic de la salut. Aquest enfocament defineix la salut com un estat general de benestar físic, mental i social complet, i no només com l'absència de malaltia o trastorn (OMS 2000). Com a tal, emmarca la salut en un context holístic (benestar mental i físic) i sistèmic (dins d'un de microsistèmic, mesosistèmic i macrosistèmic).

Els processos de salut (i de malaltia) són el resultat de factors biològics (lesions i infeccions, per exemple), psicològics (com ara comportaments i actituds individuals, estrès i mecanismes d'afrontament) i factors socials (p. ex., suport social, comportaments de salut comunitària i normes socials). Per tant, desenvolupar intervencions des d'una visió psicològica de la salut (Straub 2013) vol dir examinar temes relacionats amb la salut com ara l'MGF mitjançant processos psicosocials (p. ex., gènere, identitats i normes socials, processos interculturals, discriminació i opressió) i en un context cultural. També vol dir fer ús del concepte d'"interacció social" per integrar, en un marc coherent, els diferents nivells d'anàlisi en temes de salut: el nivell individual, el nivell interpersonal, el nivell de grup i el nivell de comunitat.

3.2. Aspectes pràctics

Les intervencions psicològiques en aquest context poden produir-se en diferents àmbits, com s'indica a continuació.

Àmbit individual: Comprendre i examinar les conseqüències per a la salut, psicològiques, familiars i socials de l'MGF per a una nena o dona concreta, p. ex., trastorn per estrès posttraumàtic i la relació d'experiències de discriminació i perjudicis per a la salut mental i física.

Àmbit interpersonal: Promoure l'empatia cultural en la relació professional (inclosa la comunicació verbal i no verbal), amb la implicació de mediadors culturals en el context clínic.

Àmbit grupal: Comprendre i examinar temes de gènere i la identificació amb la pertinença a grups, intervenint, per exemple, en favor de les víctimes de violència de gènere, promovent processos d'integració-migració (reconèixer models de desenvolupament de la identitat ètnica i processos d'aculturació).

Àmbit comunitari: Estudiar les normes socials de la comunitat, promoure l'apoderament de la comunitat i implicar els líders de la comunitat, p. ex. en canvis de comportament amb el compromís de la comunitat mitjançant el disseny d'intervencions a mida basades en una predisposició al canvi i estudis d'accions participatives (Barrett et al. 2015)

Exemples de polítiques i intervencions:

Dilemes (exercicis/casos pràctics per debatre i orientacions)

Un suggeriment per a una anàlisi de casos a classe:

Una dona de 25 anys de Conakry (Guinea) es presenta a la vostra clínica, que li ha recomanat un professional de l'assistència primària. Té una sèrie de símptomes somàtics (maldecaps forts, fatiga crònica) i ansietat (se sent nerviosa fora de casa i evita els esdeveniments socials o comunitaris). Està casada i té dos fills, i va arribar al vostre país fa menys d'un any. En aquests moments està esperant el seu tercer fill i està rebent assistència prenatal del professional d'assistència primària.

Debateu sobre algunes de les coses que us preocupen d'aquest cas:

1. Establir la relació com a assessor.
2. Avaluar el seu context sistèmic (relacions maritals, familiars i socials).
3. Establir conjuntament els objectius i les tasques per al vostre treball amb ella com a assessors.

Debateu sobre el dilema següent

Esteu treballant en una llar d'infants on hi ha tres infants d'una família de refugiats que han arribat fa poc. Provenen de Somàlia. Són totes tres nenes i tenen 2, 4 i 5 anys. En la reunió setmanal de l'equip de l'escola, la mestra de la filla gran diu que la Muna encara té dificultats per controlar els músculs dels esfínters i sovint es mulla. El director de l'escola us informa junt amb tot l'equip que la mare de la Muna li ha dit que va ser circumcidada i des d'aleshores té problemes constants per controlar els esfínters. Alguns membres del claustre són del parer que hauríeu d'informar els Serveis de protecció de la infància sobre aquesta pràctica i la situació de la família, però n'hi ha d'altres que no ho aconsellen.

3.3. Orientacions per a una avaluació

1. Representeu la primera consulta en una situació d'assessorament.
2. Escriviu un debat sobre una vinyeta del cas.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Arredondo, Patricia, Rebecca Toporek, Sherlon Pack Brown, Janet Jones, Don C. Locke, Joe Sanchez i Holly Stadler. 1996. "Operationalization of the multicultural counseling competencies." *Journal of Multicultural Counseling and Development* 24(1):42-78.
- Barrett, Hazel, Katherine Brown, Yussif Alhassan i David Beecham. 2015. *The REPLACE* Approach: Supporting Communities to end FGM in the EU*.
- Constantine, Madonna G., i Ladany, Nicholas. 2001. "New visions for defining and assessing multicultural counseling competence." Dins *Handbook of Multicultural Counseling* (2^a edició), editat per Joseph G. Ponterotto, 482-98 Thousand Oaks: Sage Publications.
- Daniel, Jessica Henderson, Gargi Roysircar, Norman Abeles i Cyndy Boyd. 2004. "Individual and cultural diversity competency: Focus on the therapist." *Journal of Clinical Psychology* 60(7):755-70.
- Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy." *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.
- Gallotti, Cecilia. 2009. "Le Mutilazioni Genitali Femminili come posta in gioco nei processi di cambiamento culturale ('Female Genital Mutilation as stakes in the processes of cultural change')." Dins *Migrazioni Generi Famiglie. Pratiche di escissione e dinamiche di cambiamento in alcuni contesti regionali*, editat per Daniela Carrillo i Nicola Pasini, 185-265. Milà: Franco Angeli-Fondazione Ismu.
- GAMS Belgique i INTACT. 2014. *Recommandations visant à améliorer la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision*. Consulta del 29 de novembre de 2016. http://gams.be/wp-content/uploads/2016/03/recommandations-mgf_2014-02-04_def.pdf.
- Pope-Davis, Donald B., Hardin L. K. Coleman, William Ming Liu i Rebecca L. Toporek. 2003. *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling and Psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Simonelli, Ilaria, Alice Barbieri, Francesca Beraldo i Fabrizio Simonelli. 2013. "Female genital mutilation between culture and health: A quanti-qualitative study." *Research and Best Practice* 3(3):90-97.
- Straub, Richard O. 2013. *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. Macmillan.
- Sue, Derald Wing, Patricia Arredondo i Roderick J. McDavis. 1992. "Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession." *Journal of Counseling & Development* 70(4):477-86.
- Walley, Christine J. 1997. "Searching for 'Voices': Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations." *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.
- WHO. 2000. *Mutilació genital femenina: A Handbook for Frontline Workers*. Consulta de l'1 de desembre de 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fch_wmh_005/en.

Capítol VII.

Antropologia i desenvolupament internacional

Objectius didàctics:

1. Familiaritzar els estudiants amb els enfocaments antropològics de l'MGF;
2. Conscienciar els estudiants sobre les implicacions socioculturals de les polítiques de desenvolupament relacionades amb l'MGF;
3. Comprendre la importància de l'enfocament de base etnogràfica de l'MGF; i
4. Ressaltar la importància dels enfocaments autoreflexius i crítics de la intervenció humanitària.

Resum:

1. Etnografia: L'MGF i les diferències culturals (Ricardo Falcão i Clara Carvalho, ISCTE-IUL)
 - 1.1. MGF, violència, sexualitat i edat per contraure matrimoni
 - 1.2. L'MGF vista pels homes i la pressió social exercida envers les dones
2. L'MGF com a tradició i l'MGF com a norma social (Adriana Kaplan i Neus Aliaga, Fundació Wassu-UAB)
 - 2.1. Un ritual de transició i un ritual d'institució
 - 2.2. Què és una norma social?
3. Economies morals i desenvolupament internacional (Giovanna Cavatorta i Francesco Pompeo, Universitat Roma Tre)
 - 3.1. Àmbits d'intervenció: fòrums socials, temes amb diferents postures i camps locals de definició
 - 3.2. Drets humans i economies morals: una visió general
 - 3.3. Cerca de l'objecte humanitari i moral de l'MGF

Quadres:

Debat: Conèixer les diferències culturals

Debat: L'estudi de la sexualitat a l'Àfrica

Debat: Com es percep la 'violència' en les diferents cultures?

Debat: Les possibilitats de matrimoni, els matrimonis interètnics, la pressió social i la contingència a l'Àfrica de l'Oest

Debat: La importància de l'MGF

Debat: Anticultura o antiprogrés?

Exercici: Joc de rols

Avaluació

Referències bibliogràfiques

1. ETNOGRAFIA: L'MGF I LES DIFERÈNCIES CULTURALS

Ricardo Falcão i Clara Carvalho (ISCTE-IUL)

L'MGF és un tema complex que aborda la contraposició dels drets individuals amb les normes socials, entre actors externs i persones locals, i entre institucions internacionals i l'autonomia nacional. La visió antropològica pretén comprendre els diversos punts de vista de l'MGF. Tracta tant de les activitats i les justificacions ètiques de la iniciativa humanitària implicada en campanyes contra l'MGF, com dels que hi intervenen localment, inclosos els qui en són responsables, els que la practiquen i els que en són l'objecte.

L'antropologia afavoreix un enfocament holístic per comprendre l'MGF com una part d'una construcció social més àmplia de la diferència de gènere en diferents societats. Les identitats femenines es construeixen per estar contraposades i, malgrat tot, ser complementàries a les identitats masculines, i això ho duen incorporat en els seus cossos de moltes maneres diferents, com ara, l'MGF.

Mitjançant un enfocament etnogràfic, basat en descripcions detallades dels processos i els actors de l'MGF, els antropòlegs poden comprendre les diferents experiències de la pràctica, la seva evolució i adaptació. Destaquen les interpretacions dels actors de la realitat social i les representacions culturals (la perspectiva *emic*), en contraposició amb la representació social de la mateixa realitat (la perspectiva *etic*).

Ressaltant l'enfocament emic, alguns antropòlegs prefereixen l'expressió "modificacions genitals femenines", que no estigmatitza les dones sotmeses a aquesta pràctica dient que estan "mutilades", com passa amb l'MGF. La perspectiva antropològica de l'MGF es preocupa per la diferència cultural, percebuda i elaborada com una relació entre els observadors i els observats, els qui s'han criat amb l'MGF com a referència cultural i els qui no s'hi han criat. L'estudi d'aquesta relació i els límits d'aquests coneixements es defineixen habitualment com a epistemologia.

L'epistemologia antropològica afirma que el coneixement absolut de l'alteritat cultural no és possible, i advoca per un "relativisme metodològic" o el relativisme com a mètode. L'etnografia són els coneixements adquirits en experimentar les percepcions d'alteritat cultural, la importància simbòlica de ser al món, com a identitat col·lectiva i com a jo individual i cos. Aquest coneixement emergeix de les múltiples interaccions de les persones en la vida social –les seves interpretacions, representacions i manipulacions de les regles i normes socials. És una traducció de la complexitat d'un espai social i una educació envers què vol dir habitar diferents realitats.

Kirsten Hastrup afirma que "Com que les persones són per naturalesa parts d'un espai social més gran [...], però també representen discontinuïtats dins seu [...], l'espai social en la pràctica és discutit i remodelat constantment. El treball de camp revela com en la pràctica s'arriba o es trenquen els acords. L'espai social és dinàmic... (Hastrup 2005, 139)".

L'etnografia és com una educació en allò que vol dir interpretar el món des d'un punt de vista concret, més que no pas un mètode que podem aplicar a la realitat per fer-la parlar.

Comprendre la importància de l'etnografia per explicar millor com és que l'MGF ha esdevingut una pràctica socialment rellevant, on sigui que pugui ocórrer, és:

- 1) considerar l'existència de diferents processos i negociacions socials en un espai social perquè
- 2) els actors socials tenen una postura que és complexa, dinàmica i canviant; i
- 3) les posicions relatives dels actors socials pel que fa a la pràctica de l'MGF depenen d'una infinitat de variables i contingències (Hernlund i Shell-Duncan 2007); i
- 4) finalment, rebutjar estratègies individuals per abordar l'MGF o les explicacions individuals del fenomen.

Debat: Conèixer les diferències culturals

Penseu, per exemple, en una dona gambiana del grup ètnic dels mandinga que va a un centre de salut de Barcelona. Sabent que, en la seva cultura, les dones normalment són circumcidades com a ritu de transició, considerariu que l'MGF és sinònim de "convertir-se en una dona" i un factor a tenir en compte a l'hora de parlar-li de la possibilitat que la seva filla ho sigui també?

1.1. MGF, violència, sexualitat i edat per contreure matrimoni

"Els costums socials [...] no són patologies (Shell-Duncan 2008, 229)."

Si bé a vegades els coneixements etnogràfics es consideren interpretatius, això no elimina la possibilitat de fer servir una anàlisi estructurada per intentar respondre a preguntes concretes, contribuint a una millor comprensió de tendències concretes. Aquests coneixements sovint interrelacionen realitats inesperades i temes aparentment inconnexos. Aquesta visió s'exemplifica en estudis de sexualitat, violència i possibilitats de matrimoni en contextos africans.

Debat: L'estudi de la sexualitat a l'Àfrica

Signe Arnfred, acadèmica noruega que ha estudiat la sexualitat a l'Àfrica, assenyalava una dimensió sovint oblidada quan pensa en:

"... les maneres com es conceptualitzen les qüestions sobre sexualitat a l'Àfrica en els estudis i debats contemporanis (sovint promoguts per finançadors), centrats en la malaltia i la violència (VIH/SIDA, mutilació genital femenina). [...] La sexualitat –i especialment la sexualitat femenina– sembla estar vinculada amb la violència o la mort. No es parla gaire sobre plaer i gaudi, ni sobre el desig –certament no el de les dones (Arnfred 2004, 59)".

Això posa de manifest el contrast fonamental entre “malaltia i violència” i entre “plaer i gaudi, o desig”. Aquest fort contrast evidencia la càrrega negativa que tenen els temes relacionats amb la sexualitat a l'Àfrica, i també el que sembla ser un dualisme inherent entre les visions que assenyalen una realitat negativa i les que posen èmfasi en una visió més positiva i apoderada del món de les dones, en què les visions de gènere no són reïficades en un patriarcat que tot ho engloba, sense la comprensió de les seves manifestacions particulars.

La significació de l'MGF com una forma de violència de gènere és limitada quan la violència contra les dones és a voltes generalitzada i part de la vida quotidiana. Metodològicament, ens hauria d'interessar saber que la negativitat que envolta les perspectives de gènere sembla existir abans de cap anàlisi, convertint-ho en un problema en la pràctica de l'MGF. Les categories inequívokes que normalment s'empren en les anàlisis de l'MGF no fan referència a conceptualitzacions locals i, per tant, tenen importants limitacions pel que fa a la comprensió dels costums i les percepcions locals. Així doncs, les percepcions negatives de l'MGF requereixen una confirmació molt cautelosa per part dels actors socials perquè els activistes i investigadors puguin comprendre el suport social, o la manca de suport, que té la pràctica. Els biaixos positius i negatius envers l'MGF s'han d'explorar en tota la seva complexitat, i s'ha d'emprar sempre un enfocament de relativisme metodològic –no hi ha unes normes morals superiors amb les quals puguem jutjar la realitat.

Les descripcions detallades poden proporcionar percepcions alternatives i més complexes. Les dones en les comunitats on es practica l'MGF pot ser que no es percebin a si mateixes com a víctimes de violència. La idea de “violència” s'ha de contextualitzar culturalment quan es tracta d'MGF. Aquesta idea va dur Fuambai Ahmadu, una antropòloga que treballa als EUA i és originàriament de Sierra Leone, a circumcidat-se a si mateixa per expressar el seu malestar amb el fet que: “la major part dels estudis sobre iniciació femenina i el significat de l'ablació dels genitals segueixen insistint en què aquesta pràctica necessàriament ha de ser ‘dolorosa’ [...], basant-se en els suposats efectes físics, psicològics i sexuals de l'ablació dels genitals femenins [...] [i que] d'acord amb aquesta línia d'anàlisi, l'excisió és necessària per al patriarcat (Ahmadu 2000, 284)”.

El posicionament d'Ahmadu en el debat sobre l'MGF és controvertit, especialment per als partidaris del moviment de tolerància zero, però es presenta com una subjectivitat necessària que ens fa reconsiderar les diferents realitats que hi ha subsumides en l'abreviatura MGF, que ella considera excessivament centrada en la infibulació i, per tant, en la seva forma més extrema.

Debat: Com es percep la “violència” en les diferents cultures?

Imagineu-vos que sou part d'una comunitat que practica l'MGF i creieu que mantenir les tradicions és un element important de la vostra identitat. Com us sentiríeu si la gent que no compartís el vostre context cultural us digués que sou víctimes de violència de gènere? Podeu explicar-ho? Podeu explicar algun exemple recent d'aquesta manera d'enfocar la diferència cultural? Debateu els arguments contraris a l'MGF com una conseqüència dels drets de les persones, els infants i les dones, i com una forma de violència de gènere. Contraposeu aquests arguments contraris a l'MGF amb els de qui estan a favor de mantenir les tradicions, encara que compartin casos de manipulacions corporals.

La posició radical de l'Ahmadu en rebutjar una posició “a favor” o “en contra” envers l'MGF ens recorda la complexitat de les pràctiques que condueixen a l'ablació de les dones a la majoria d'edat. La criminalització d'aquestes pràctiques s'ha enfrontat a considerables reaccions contràries, cosa que indica la força i resiliència de les creences culturals. Segons Ahmadu, les comunitats practicants de Gàmbia ja no duen a terme l'MGF com a part de les grans festes després de la collita de l'hivern, sinó en ambients més recollits i a edats cada vegada més joves. El seu treball de camp a Gàmbia l'ha duta a considerar l'MGF com una pràctica de gènere important que no és fàcil que tinguin en compte els forasters que adopten un discurs global en aquesta matèria (vegeu la tercera secció d'aquest capítol).

Promoure un “canvi de comportament envers l'MGF”, quan aquest comportament està arrelat en normes i creences socials, implica desenvolupar la capacitat de comprendre el que l'experiència de rebre l'ablació diu sobre els rols de gènere com a construccions culturals. Les explicacions d'Occident, basades en paradigmes racionals-utilitaris es poden percebre com a externes i imposades per persones amb un rerefons cultural i una visió del món diferents. Això és el mateix que dir que els drets de les persones protegits per instruments de drets humans estan essent externalitzats, és a dir, estan essent imposats per agendes que no tenen en compte el seu caràcter local o el caràcter espacial de les relacions socials. La major part de la resistència local a les accions contra l'MGF és fruit d'una mala gestió de les “diferències culturals”, que expressen les conceptualitzacions culturals de gènere, individualitat, família, estructura social i moralitat, però també de violència o plaer, i de malaltia o gaudi. En diferents moments i llocs, les persones conceptualitzen el món d'acord amb diferents termes culturals, simbòlics i lingüístics, retenint diferents orígens i utilitzant diferents representacions culturals.

Hi ha enfocaments socials “estratègics” a l'hora de considerar com es duu a terme la pràctica de l'MGF, però, en ser una tendència general, no confirma ni denega cap argument teòric preconcebut, com ara el que addueix que “l'MGF existeix a causa dels homes” i no com una forma de constitució en jerarquies de gènere paral·leles, per exemple, en comunitats on es practica la circumcisió masculina i la femenina.

1.2. L'MGF vista pels homes i la pressió social exercida envers les dones

D'una banda, el patriarcat és una característica general que s'associa normalment amb l'MGF, especialment en els plantejaments feministes. De l'altra, la complexitat de la dinàmica social que contribueix a la seva continuïtat també requereix que s'utilitzin indicadors concrets per poder comprendre les actituds relacionades amb aquesta pràctica.

Un estudi que explora els coneixements i les actituds dels homes gambians envers l'MGF ens ofereix una visió de les percepcions generals d'aquesta pràctica:

“L'MGF s'ha practicat durant segles i ha adquirit un profund significat cultural. Dins d'una visió compartida del món en què la vida es comprèn per cicles, l'MGF havia estat vinculada amb el moment en què una nena passa a ser dona en moltes societats. Durant el ritu de transició a l'edat adulta, dins d'una cerimònia celebrada en secret lluny dels ulls dels forasters, especialment dels homes, es parla a les iniciades sobre la riquesa cultural i social de la seva comunitat i dels seus rols i responsabilitats com a dones, mares i mullers, establint relacions de poder de gènere (Kaplan et al. 2013, 2)”.

El mateix estudi mostra que els homes participen poc en el procés de presa de decisions i que, per tant, “l'MGF sembla ser sobretot una elecció de les dones (75,8 %) o una decisió d'altres parents i membres de la comunitat (10,0 %) (ibid., 4)”. També manté que “Vist amb ulls d'home, el món secret de les dones roman immers en conceptes borrosos modelats per la cultura en tradició ètnica, també sota la influència de la religió... (ibid., 8)”.

Les actituds i els coneixements tant pel que fa a l'àmbit individual com col·lectiu són importants per comprendre millor com influeix la sociologia de l'MGF en la seva prevalença.

Debat: Les possibilitats de matrimoni, els matrimonis interètnics, la pressió social i la contingència a l'Àfrica de l'Oest

Si bé les **possibilitats de matrimoni** són un argument freqüent de la prevalença de l'MGF, té diferents valors en diferents contextos culturals. A l'Àfrica de l'Oest (països com Gàmbia o el Senegal) i l'Àfrica de l'Est (països com Kenya), aquest “factor de prevalença” de l'MGF àmpliament acceptat sembla tenir una càrrega relativa diferent. Segons Hernlund i Shell-Duncan:

“El tema de les possibilitats de matrimoni és cabal en el model de convenció proposat per Mackie (2000) i aquesta preocupació sens dubte sembla ser la que dona força a la pràctica en moltes parts d'Àfrica. Amb tot, tal com va concloure Hernlund en estudis anteriors principalment en àrees urbanes de Gàmbia, la idea que l'MGF és necessària perquè una dona pugui ‘trobar marit’ no és evident en aquesta regió (Hernlund 2003; vegeu també Ahmadu 2005). Per començar, és molt estrany trobar una dona a Gàmbia que es quedi sense casar contra la seva voluntat. En segon lloc, en ser tan acceptat i freqüent el matrimoni interètnic, no és creïble que una dona gambiana –d'un grup que circumcida, tot i que ella no ho estigui– es pogués percebre a si mateixa com a incapaç de casar-se, doncs el conjunt de potencials marits inclou els homes dels grups ètnics que no circumciden” (Hernlund i Shell-Duncan 2007, 51).

En lloc d'això, Hernlund i Shell-Duncan consideren que un element molt més fort que afavoreix la prevalença de l'MGF en les societats senegambianes és la pressió social.

“El factor determinant de la persistència de l'MGF ha estat una potent convenció de pressió femenina, més que no pas una preocupació per les possibilitats de matrimoni (vegeu també Ahmadu 2005). [...] La pressió social femenina es manifesta no només en el context del matrimoni interètnic, sinó també en els grups d'iguals d'etnicitat mixta i entre les dones joves. Algunes vegades, les noies wòlof, per exemple, s'ajunten amb les seves amigues quan els arriba el moment de la circumcisió, fins i tot contra la voluntat dels seus pares (Hernlund 2003). A data d'avui, estem observant, però, que aquests casos s'estan tornant una mica menys freqüents, almenys en àrees urbanes de Gàmbia, on les nenes cada vegada més se sotmeten a la circumcisió soles o amb una altra nena, i amb poc ritual o formació d'acompanyament. En aquests casos, es produeix menys la dinàmica de grup en què les nenes sense circumcidat se senten arrossegades” (Hernlund i Shell-Duncan 2007, 53).

- Considereu les possibles implicacions de recalcar aquests elements explicatius diferents: les possibilitats de matrimoni i la pressió social.
- Considereu de quina manera representen diferents dinàmiques socials.

2. L'MGF COM A TRADICIÓ I L'MGF COM A NORMA SOCIAL

Adriana Kaplan i Neus Aliaga (*Fundació Wassu-UAB*)

L'acte de l'MGF està vinculat amb la religió, l'etnicitat, el gènere (promoció de la feminitat), la sexualitat, la salut, la higiene, l'edat, el matrimoni (virginitat prematrimonial, fidelitat marital) i la socialització (ritus de transició, honor). No només té importància dins d'un grup d'una comunitat, sinó que també té un significat per a la persona, que s'ajusta a una creença i un sistema de valors que difereix en cada comunitat practicant i en cada context, i que canvia amb el temps.

Debat: La importància de l'MGF

“En la Kenya actual, la importància de la circumcisió femenina ha canviat i la pràctica és vista de manera diferent per les persones i pels diferents grups de dones. Com diu Njambi més amunt, va ser mentre es feia gran que se li va inculcar la idea de la necessitat de circumcidat-se i per tant es va sotmetre a aquesta pràctica pel que volia dir per a ella com a dona individual. I ho va fer malgrat la manera com ho percebien els altres –com ara els seus pares–; per a ella es tractava d'un viatge personal. Aquest és només un exemple de la situació en què la pràctica tendeix a tenir més importància personal que no de grup: Njambi (2007) fins i tot presenta la pràctica com un mitjà d'apoderament. La circumcisió femenina permetia l'accés al poder social, polític i social en una societat innegablement patriarcal (Njambi, 2004). Per tant, la perpetuació de la circumcisió responia tant als interessos de la persona com als de la comunitat. Reforçava el sentit de solidaritat femenina que es vivia durant i després d'aquestes cerimònies, la qual cosa duia a la reformació o reinvençió de les pràctiques tradicionals” (Esho, Van Wolputte i Enzlin 2011, 64).

2.1. Un ritual de transició i un ritual d'institució

En algunes comunitats, i en termes culturals i socials, la circumcisió (tant masculina com femenina) forma part d'un ritu de transició de la infantesa a l'edat adulta, i les edats en què es practica poden ser diferents segons variables com ara el sexe, l'etnicitat i la densitat demogràfica dels grups practicants. El ritual és essencial per al futur accés per part dels nois i les noies al món dels adults i, com en moltes cultures, el món secret de les dones és clarament definit i diferent del món secret dels homes (Kaplan et al. 2013). La circumcisió és una petita marca que simbolitza la inclusió en un grup, i és una qüestió de pertinença social –la diferència entre ser dins o fora (Kaplan, Hechavarría i Puppo 2015, 31-32).

Arnold Van Gennep (1960) va descriure el ritu de transició com un fenomen social de gran importància, comprès per tres etapes principals i presentat mitjançant l'exemple de l'MGF:

1. Separació: Les noies i els nois s'aïllen de la comunitat i se'ls circumcidada. La ruptura amb l'etapa anterior (la infantesa) està marcada pel prepuci tallat o l'excisió del clítoris, la sang i el dolor.
2. Marginalització: Dura mentre es cura la ferida. Aquest és el moment en què es transfereixen les lliçons sobre l'edat adulta, amb fermesa i serietat, per tal d'obtenir una riquesa cultural i social, i per comprendre tots els drets i obligacions de la societat. És un període de molt risc, envoltat per atencions i normes estrictes, tabús i prohibicions pel que fa a l'MGF, higiene, menjar, robes, etc., i normes de conducta sobre les relacions amb els pares, les persones grans, l'altre sexe i altres grups ètnics (aprenent la història de les interrelacions entre ells).
3. Integració: Els iniciats són presentats públicament en una gran celebració, com a nous membres que han adquirit nous rols i un nou estatus social. Estan legitimats i acceptats per la comunitat, i ara pertanyen al món secret de les dones o dels homes.

Els actors del ritual són els supervisors de la iniciació i estan legitimats per les persones de més edat del poble. La persona que dirigeix el grup organitza l'operació i és responsable de la regulació, el desenvolupament i la realització del ritual (Kaplan, Moreno Navarro i Pérez Jarauta 2010).

La idea de "comunitas", el tipus d'interacció humana que emergeix quan no hi ha una estructura social específica, ofereix una descripció més explícita, indicada pel període liminar dels rituals, quan les persones se sotmeten a una autoritat comuna i igual en la seva condició ambigua, sense ser avaluades en aquesta etapa (Turner 1969).

Quan l'MGF es descriu com un ritual, hem d'establir la "funció social" i la "importància social" de les fronteres o els límits que determinen a qui pertany el ritu i a qui no, definint la separació dels "qui han estat subjectes d'un ritus dels

qui encara no l'han realitzat i els qui no el realitzaran de cap manera" (Bourdieu 1991, 117). Centrar l'atenció en la "línia" (que divideix els qui estan subjectes al ritus dels qui no ho estan) en lloc de centrar-nos en la "transició" implica que els "ritus de transició" són "ritus de consagració", "ritus de legitimació" o "ritus d'institució" (Bourdieu 1991).

"El ritus d'institució tendeix a integrar específicament oposicions socials, com ara masculí/femení, en una sèrie d'oposicions cosmològiques, que representa una manera molt efectiva de naturalitzar-les. D'aquesta manera, els ritus diferenciats sexualment consagren la diferència entre els sexes, ja que constitueixen una simple diferència d'un fet com una distinció legítima, com una institució" (Bourdieu 1991, 118).

Una noia que s'ha sotmès a l'MGF és reconeguda per la seva comunitat com "una dona com cal", i és tractada de manera diferent de les noies que no han estat circumcidades. El cos i els genitals de la nena estan socialment i culturalment vinculats amb un gènere i, per tant, amb un acte d'institució concret ("esdevenir allò que ets"). Una noia/dona circumcidada també té l'obligació de comportar-se com s'espera d'ella (diferentment que un noi/home) i de "complir i viure d'acord amb la seva essència social". En paraules de Bourdieu: "Instituir, donar una definició social, una identitat, és també imposar límits [...] no només acordats i reconeguts com a drets i privilegis, sinó també assignats, imposats, com a deures, per mitjà de l'èmfasi, el recolzament i els tocs d'atenció constants" (Bourdieu 1991, 121).

Debat: Anticultura o antiprogrés?

"La direcció que prenen les dones ha de ser triada lliurement per elles i els seus familiars directes. De la mateixa manera que els acèrrims 'tradicionalistes' han de renunciar a continuar insistint que les dones sense circumcidat no són socialment i culturalment 'dones' i, per tant, se'ls han de negar els drets legals i la dignitat dins de la societat, els esforços de la línia dura dels abolicionistes per forçar les dones a rebutjar la pràctica i estigmatitzar les qui mantenen les seves tradicions ancestrals com a "analfabetes, 'retrògrades' i contràries als 'drets de les dones' i el 'progrés' són inacceptables. En aquest 'debat', la majoria de les dones africanes 'circumcidades' estan per desgràcia atrapades entre l'espasa i la paret, com diu el refrany: o bé trenquen les seves lleis consuetudinàries tradicionals i s'enfronten a les conseqüències de no 'pertànyer' o ignoren els esforços cada vegada més grans de prohibir aquesta pràctica i s'enfronten a possibles sancions legals instigades pels qui volen erradicar-la en l'àmbit nacional i internacional. Actualment, sembla que la pressió sobre les dones africanes 'circumcidades', educades o no, és triar entre aquestes dues posicions extremistes: ser 'anticultura' o 'antiprogrés'" (Ahmadu 2000, 309).

Actualment, en algunes cultures i en àrees urbanes, l'edat de les nenes a les quals es practica l'MGF està disminuint, i se'ls hi realitza de manera individual i sense celebració (Hernlund 2000). Aquest acte molt privat, fins i tot secret, és conseqüència de les sancions penals existents als països on es realitza l'MGF i de les campanyes contra aquesta pràctica en l'àmbit internacional.

2.2. Què és una norma social?

El 2008, Hobart Peyton Young va resumir el concepte de les normes socials d'aquesta manera:

“Les normes socials són regles consuetudinàries de comportament que coordinen les nostres interaccions amb els altres. Quan una determinada manera de fer les coses s'estableix com una norma, continua vigent perquè preferim complir la norma, amb l'expectativa que els altres també l'acceptaran (Mackie et al. 2015, 21)”.

Mackie et al. (2015) explica que una norma social:

- és una acció que es considera normal, típica o adequada de fer dins d'un grup (Paluck i Ball 2010);
- rep el suport d'un grup de referència;
- depèn de les accions dels altres;
- és dependent de les creences i expectatives socials dels altres;
- té un grup de referència que la manté;
- rep l'aprovació o la desaprovació, i és influïda socialment;
- és una norma de comportament que coordina i influencia la interacció amb els altres; i
- està formada per tres elements: 1) expectatives socials (una creença sobre allò que els altres fan i allò que els altres creuen que hom hauria de fer); 2) un grup de referència; 3) la influència social (aprovació o desaprovació amb sancions positives o negatives).

Hi ha indicadors (DHS i MICS) que ajuden a identificar (però no establir) quan una norma social és present en una comunitat concreta.

Els principals indicadors són (Mackie et al. 2015, 59-63):

- una prevalença molt alta de la pràctica/norma en un lloc o grup ètnic concret, i una prevalença molt baixa en un altre lloc/grup proper;
- desacord entre actituds i comportaments (és a dir, oposar-se personalment a la pràctica/norma, però continuar practicant-la malgrat tot);
- persistència de la pràctica amb el pas del temps, i
- canvis ràpids en la pràctica.

Mackie (1996, 2000) proposa un model de la teoria dels jocs per explicar per què la pràctica necessita un canvi de paradigma per animar a abandonar l'MGF (una massa de persones que abandonin la pràctica i permetin que els seus fills es casin amb dones sense circumcidar), sempre que la pràctica sigui una convenció social i sigui seguida sense dubtar (Shell-Duncan et al. 2011).

Exercici: Joc de rols

“Quan les comunitats practicants migren a Europa, apareixen noves complexitats que envolten la continuació de tradicions com l'MGF.

Imagineu-vos que proveniu d'una comunitat on es realitza l'MGF i heu migrat a Europa recentment, on us heu trobat el context que s'explica a continuació. Proveu d'imaginar-vos quina seria la vostra reacció, pensaments, decisions i influències, i què implicaria un canvi en la norma social.

Una trobada amb una cultura no practicant que no necessàriament coneix l'MGF i que, si ho fa, la condemna i la persegueix amb instruments legals que criminalitzen la tradició.

Incertesa sobre l'estabilitat jurídica i administrativa.

Un conflicte de lleialtats amb les persones grans dels països d'origen: Provenen de societats gerontocràtiques on el poder l'ostenten les persones amb més edat, que representen i legitimen la recurrència de la tradició.

La percepció que l'MGF no és un problema que es deriva d'altres necessitats bàsiques i urgències (treball, escola, residència, qüestions legals).

La violència simbòlica al voltant de l'MGF que està tan generalitzada als mitjans de comunicació, a través d'imatges i paraules.

La necessitat del mite del retorn i la seva incidència en el procés de socialització dels infants i en la construcció de la identitat ètnica” (Kaplan, Moreno Navarro i Pérez Jarauta 2010, 26-27).

3. ECONOMIES MORALES I DESENVOLUPAMENT INTERNACIONAL

Giovanna Cavatorta i Francesco Pompeo (*Universitat Roma Tre*)

3.1. Àmbits d'intervenció: fòrums socials, temes amb diferents postures i camps locals de definició

En un nivell general, l'antropologia, amb la seva combinació de participació i observació, comporta una implicació emfàtica amb els seus interlocutors i produeix la visió privilegiada que és necessària per comprendre la dinàmica social en la vida quotidiana. En aquest sentit, ofereix alguns conceptes reflexius clau, ajudant els investigadors socials, desenvolupadors i operadors que tracten la “qüestió de l'MGF” a gestionar els reptes que han d'afrontar.

En primer lloc, com que les posicions subjectives locals en relació amb les pràctiques no són mai homogènies ni monolítiques, cal una noció més precisa de l'actor social. Si considerem les persones com a subjectes multiposicionats, Henrietta Moore suggereix que els actors socials no expressen una posició de gènere subjectiva singular, sinó que cadascú adopta posicions múltiples, fins i tot contradictòries, “dins d'una varietat de discursos i pràctiques” (Moore 1994, 55). Això implica que cada societat té actituds i visions diferents que no es poden reduir a un sol sistema de gènere o ètic. Per tant, és essencial comprendre i localitzar

simultàniament el posicionament múltiple per evitar que els desenvolupadors o mediadors socials adoptin actituds culturalistes, com ara creure “que les concepcions compartides peculiars d’un determinat entorn social, i més encara, d’un determinat poble de l’Àfrica, són estables i antigues, que existeixen en tots els àmbits, que són homogènies i que reflecteixen una visió del món cimentada en valors comuns” (Olivier de Sardan 2005, 83).

En segon lloc, l’enfocament històric, dinamista i crític que ofereix l’antropologia ens obliga a reconsiderar el macrocontext en què sorgeix l’MGF com un problema i com s’articula en cada context local. En l’agenda global dels drets humans promoguda per les agències de l’ONU i altres organitzacions transnacionals, algunes modificacions irreversibles dels genitals de les dones són, amb l’etiqueta de “mutilació femenina”, considerades com una pràctica universal descontextualitzada (vegeu Fusaschi, III.2., “Els genitals i la construcció del cos de la dona”, al tercer capítol comú d’aquesta guia). D’altra banda, es produeix una moral global i social d’intolerància. Aquesta producció discursiva estructura polítiques i interaccions locals sobre el terreny que determinen les asimetries de poder entre els actors implicats. Els projectes educatius i de desenvolupament que tracten sobre l’MGF i en promouen l’abandonament constitueixen llocs comuns en els quals cada acte de denominació, definició i localització de la mutilació o el perjudici és complex i, sovint, conflictiu.

“Les iniciatives de desenvolupament són sempre un àmbit en què es confronten diverses lògiques i estratègies: les dels iniciadors de la iniciativa de desenvolupament s’enfronten a les de la denominada població objectiu (Olivier de Sardan 2005, 137)”.

En aquest sentit, en projectes que promouen l’abandonament de l’MGF, s’han de tenir molt en compte les relacions de poder entre els diferents actors implicats (expatriats i personal local d’ONG, autoritats governamentals i locals d’altra mena, grups destinataris, etc.), doncs també representen una dimensió econòmica. Això implica analitzar les jerarquies socials entre membres de comunitats i els “experts”, inclosos “experts” locals que perceben ingressos i beneficis del projecte. La dimensió econòmica és, de fet, un factor significatiu en aquestes pràctiques, no només en relació amb les persones que efectuen la circumcisió (Gosselin 2000a, 2000b). El privilegi econòmic és també un dels temes en què alguns grups a favor de l’MGF basen el seu discurs antioccidental/antineocolonialista (Cavatorta 2015).

En cada camp local de definició de pràctiques irreversibles realitzades en els genitals femenins, ja sigui a Europa o en un altre lloc, trobem significats culturals profundament arrelats i diferents posicionaments morals. D’ençà de l’*informe Hosken* (1982), aquests camps locals s’han estructurat pel conflicte entre la gent a favor del discurs que coincideix amb el marc occidental hegemònic “contrari a l’MGF” i les persones que no hi estan a favor. Tanmateix, entre aquestes últimes hi ha persones que no són defensores d’aquestes pràctiques, tampoc, i que, tot i que hi estan en desacord per altres motius, estan força d’acord amb abandonar

la pràctica i lluiten per aconseguir-ho. Per exemple, molts treballs de camp han posat de manifest la importància social del posicionament contrari a l'MGF, que proposa un fort discurs confessional sobre el caràcter intocable del cos d'una dona (considerat un artefacte "diví"), acceptant que la interpretació religiosa és molt autoritària (Abusharaf 2006; Hadi 2006; Cavatorta 2015).

3.2. Drets humans i economies morals: una visió general

Si analitzem les institucions humanitàries transnacionals, aquestes pràctiques progressivament han passat de considerar-se una qüestió de salut a veure's com un problema de drets humans (Shell-Duncan 2008) i, en última instància, com una barreja de tots dos (Baer i Brysk 2009). Aquest procés dista molt de ser neutral, i cal un replantejament del règim de drets humans.

L'antropòloga Sally Engle Merry (2006), en el seu estudi sobre el moviment transnacional contra la violència envers les dones, va explicar com s'han desenvolupat el discurs i les lleis basats en els drets humans, especialment els que estan relacionats amb la violència de gènere. Posant èmfasi en les asimetries entre països en els àmbits globals de definició i lobbisme, Merry demostra que les nocions globals de justícia i drets es promouen contra les cultures (produint representacions essencialitzades i ahistòriques), i contra les opinions i pràctiques de la gent subalterna. L'enfocament de drets humans que en resulta obstaculitza la comprensió dels significats i el diàleg amb els grups "destinatariis", i sovint continua essent ostatge d'una actitud moralista i cega. El règim de drets humans és moral, i els actors humanitaris transnacionals, les ONG i els grups de defensa estan explotant "sentiments morals" en el seu treball (Fassin 2012, 1), transmetent la idea que és un tema ètic únic i universal que produeix situacions de moral "intolerable".

Des d'una perspectiva antropològica, no podem parlar de quelcom "universalment intolerable". Només la "universalitat d'allò que és intolerable" es pot comprovar (Fassin 2005, 47). Cada societat humana produeix les seves situacions intolerables "perquè cada societat humana es refereix a un univers de valors integrat en sensibilitats", partint de la base que "dibuixen una línia que no es pot creuar sense renunciar a allò que el fonamenta" (Fassin 2005, 47). Els antropòlegs, en estudiar aquesta producció d'intolerables, han d'assumir que "*el nostre* sentit moral no es correspon amb *el seu* sentit social" (Fassin 2005, 29), i també han de comprendre la base social i cultural sobre la qual s'elabora cada intolerable. Això comporta comprendre la raó mateixa per la qual deixar intactes els genitals femenins es podria considerar localment com quelcom d'insuportable (p. ex., per posar en risc la fertilitat o la salut de la dona, subvertint les jerarquies socials basades en el gènere i les generacions, etc.). Al mateix temps, implica comprendre les causes socials i materials profundes subjacents, com ara el fet de no tenir accés a l'aigua i, per tant, a la higiene, la dependència

de la dona dels ingressos del seu marit, la pobresa estructural, etcètera. Aquest treball etnogràfic i hermenèutic és crucial si volem implicar-nos efectivament en la promoció de l'erradicació d'aquestes pràctiques.

La categorització de l'MGF que fa l'OMS s'hauria de reconsiderar com el resultat d'una economia moral transnacional amb aspiracions hegemòniques i a vegades colonials que han de ser situades socioculturalment i històricament. En l'última dècada, la noció d'una "economia moral" ha estat redefinida com la circulació de valors i d'intolerables en els mons socials (Fassin 2009). Mitjançant aquesta noció, Didier Fassin va ressaltar la imbricació dels intolerables morals i la indignació social amb governamentalitats humanitàries i estatals pel que fa a les dones, els infants i, en general, els grups que la biopolítica i la necropolítica consideren víctimes. Aquests tipus de governamentalitats, segons defensa Fassin, estan produint una ontologia de desigualtat que jerarquitzava les persones en funció del valor que s'atribueix a les seves vides (Fassin 2012). Una declinació d'aquesta mena de política és el paradigma de "compassió i repressió" del govern (Fassin 2012, 133-160), que els estats europeus tenen envers les dones sol·licitants d'asil que provenen de països amb índexs elevats de risc d'MGF (vegeu Falcão, III.3., "Migració, moviments migratoris i etnicitat", al tercer capítol comú d'aquesta guia). Aquesta classificació s'ha de comprendre, no com a dades neutres, sinó com a determinants d'aquestes governamentalitats (Foucault 2007; Fusaschi 2014; Merry 2016).

3.3. Cerca de l'objecte humanitari i moral de l'MGF

Des de diverses perspectives i diferents formes de treball de camp, alguns investigadors antropològics han estat estudiant la manera com les economies morals conformen l'MGF com a objecte humanitari i com una qüestió d'Estat local. Aquests estudis revelen les relacions de poder, la dinàmica de l'exclusió i la violència epistèmica (p. ex., un biaix eurocèntric) en joc en les polítiques contràries a l'MGF. Algunes qüestions teòriques que sorgeixen en aquest context també tenen una significació ètica i política.

Un línia d'investigació analitza la diferència de valor entre humans (Fassin 2005; Butler 2004) que aquests tipus de polítiques instiguen, especialment quan s'apliquen en països europeus. Una pregunta podria ser: com s'emmarquen i es "tracten" les intervencions en els genitals dels infants a Europa? És des d'aquesta perspectiva que Fusaschi (2015) analitza dos casos d'intervenció a Itàlia, una pel que fa als genitals d'una nena, i una altra, els d'un nen. Demostra que el tractament jurídic i mediàtic dels dos casos va revelar que el gènere, la religió, la pertinença a una comunitat i el color de la pell són essencialitzats i, precisament per la biopolítica d'Estat contrària a l'MGF, han esdevingut eixos de jerarquia social i d'exclusió de poblacions migrants. Un altre enfocament teòric analitza el vincle entre la política del cos (Scheper-Hughes i Lock 1987) i el consentiment. Pel que

fa a la política del cos, podem reconèixer fàcilment la discrepància en les actituds de societats occidentals envers la cirurgia genital cosmètica femenina i l'ablació genital femenina "etnitàtzada" i "discriminada" (Johnsdotter i Essén 2010). Amb aquesta última, un cos immigrant "aliè" es construeix per ser domesticat i adscrit a la subalternitat (Fusaschi 2014).

Pel que fa al tema del consentiment, els antropòlegs reconeixen que és una qüestió problemàtica i ambigua (Godelier 1986; Mathieu 1991). La noció liberal occidental de consentiment el considera una qüestió "universal" neutra, on s'oblida el fet que només algunes dones tenen dret al consentiment. Per exemple, hi ha mares a qui se'ls permet decidir si a les seves filles se'ls farà la modificació dels genitals (p. ex., al Regne Unit, en el cas de les noies que es fan pírcings a les parts íntimes) i altres a qui no (p. ex., en el cas que una noia demani de fer-se la *Sunna* a Djibouti). D'aquesta manera, les jerarquies estan institucionalitzades. A més a més, no hem d'oblidar-nos de la representació dels infants. Si estudiem la part de la història de Kenya relacionada amb la prohibició de l'MGF, Thomas (1996) se centra en la subjectivitat de les nenes i, destacant les relacions de poder entre les generacions en qüestió, descriu els intents de les dones de prendre el control sobre les persones de més edat, precisament desafiant-ne la prohibició i intentant circumcidat-se l'una a l'altra.

Una altra manera d'enfocar l'assumpte és qüestionar la categoria de "víctimes", pedra angular de les polítiques sobre els cossos de les dones, on creuen els discursos amb la retòrica que trobem en el camp humanitari per part de l'antic feminisme eurocèntric. El treball de camp antropològic i el "relativisme metodològic" (Jackson 2005), que considera les noies i les dones com a actors, destaca les relacions de poder complexes que entren en joc entre gèneres i generacions. A més a més, aquest punt de partida teòric reflexiu i de base etnogràfica problematitza els discursos feministes eurocèntrics i essencialistes. Això confirma que, lluny de ser un simple signe d'un règim patriarcal aclaparador, "la circumcisió i les seves implicacions socials" poden fins i tot "ser utilitzades per les dones com a eines de regateig per negociar l'estatus subaltern i fer respectar la seva complementaritat amb els homes" (Boddy 1989, 319). Del seu treball de camp al Nord del Sudan, Janice Boddy constata que "la majoria de la gent veuen la circumcisió no tant com una font d'opressió (després de tot, ningú no coneix l'experiència de viure com a adults intactes) que com una realització" (Boddy 1989, 319).

Les pràctiques d'ablació dels genitals femenins són el centre mateix de la dinàmica del poder i, en aquest sentit, èticament no ens hauria de fer cap por acceptar que es poguessin fer servir com una tàctica. Més aviat ens obliga a comprendre com poden assumir aquesta configuració. A més, la discriminació i la violència d'Estat en relació amb l'MGF no va acabar amb el colonialisme, però es mantenen, tal com ho indiquen els casos de Suècia d'exàmens ginecològics obligatoris de les noies migrants (Johnsdotter 2009). La recerca antropològica confirma que les adopcions actives d'aquestes pràctiques estan també

correlacionades amb campanyes i polítiques destinades a erradicar l'ablació dels genitals femenins amb plantejaments de victimització i neocolonialisme.

Avaluació

Els articles següents es basen en l'anàlisi de projectes i campanyes de promoció de l'abandonament de les denominades pràctiques d'MGF en alguns països africans. Debateu els plantejaments teòrics proposats pels autors i els desafiaments socials, morals i polítics que sorgeixen a cada àmbit local.

Diop, Nafissatou J., i Ian Askew. 2006. "Strategies for encouraging the abandonment of female genital cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali." Dins *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editat per Rogaia Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.

Gosselin, Claudie. 2000. "Handing over the knife: Numu women and the campaign against excision in Mali." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-London: Lynne Rienner.

Hadi, Amal Abdel. 2006. "A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha." Dins *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editat per Rogaia Mustafa Abusharaf, 104-24. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.

Thomas, Lynn M. 2000. "'Ngaitana (I will circumcise myself)': Lessons from Colonial Campaigns to Ban Excision in Meru, Kenya." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 129-50. Boulder-London: Lynne Rienner.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abusharaf, Rogaia Mustafa. 2000. "Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese Feminists." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 151-66. Londres: Lynne Rienner.
- Abusharaf, Rogaia Mustafa (ed.). 2006. "Introduction: The Custom in Question." *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, 1-25. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Ahmadu, Fuambai. 2000. "Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 283-312. Londres: Lynne Rienner.
- Ahmadu, Fuambai. 2005. "Cutting the Anthill: The Symbolic Foundations of Female and Male Circumcision among the Mandinka of Brikama, The Gambia." Tesi doctoral, London School of Economics.
- Arnfred, Signe (ed.). 2004. "'African Sexuality'/Sexuality in Africa: Tales and Silences." *Re-thinking Sexualities in Africa*, 59-78. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Baer, Madeline i Alison Brysk. 2009. "New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues." Dins *The International Struggle for New Human Rights*, editat per Bob Clifford, 93-107. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Boddy, Janice. 1989. *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*. Madison: University of Winsconsin Press.
- Bourdieu, Pierre. 1991. "Rites of Institution." Dins *Language and Symbolic Power*, editat per John Thompson, 117-26. Cambridge: Harvard University Press.

- Butler, Judith. 2004. *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Londres: Verso.
- Cavatorta, Giovanna. 2015. *Rapport de recherche anthropologique*. Roma i Ciutat de Djibouti: Institut Nacional de Sanitat, Migració i Pobresa i Ministeri de Sanitat de Djibouti.
- Esho, Tammary, Steven Van Wolputte i Paul Enzlin. 2011. "The Socio-Cultural-Symbolic Nexus in the Perpetuation of Female Genital Cutting: A Critical Review of Existing Discourses." *Afrika Focus* 24(2):53-70.
- Fassin, Didier. 2005. "L'ordre moral du monde: Essai d'anthropologie de l'intolérable." Dins *Les constructions de l'intolérable*, editat per Didier Fassin i Patrice Bourdelais, 17-50. París: La Découverte.
- Fassin, Didier. 2009. "Les économies morales revisitées." *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64:1237-66.
- Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkley: University of California Press.
- Foucault, Michel. 2007. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France 1977-1978*. Basingstoke: Palgrave.
- Fusaschi, Michela. 2014. "Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques." *Synergies Italie* 10:95-107.
- Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy." *Cahiers d'études africaines* 217:11-28.
- Godelier, Maurice. 1986. *The Making of Great Men: Male Domination and Power among the New Guinea Baruya*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gosselin, Claudie. 2000a. "Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-London: Lynne Rienner.
- Gosselin, Claudie. 2000b. "Feminism, Anthropology and the Politics of Excision in Mali: Global and Local Debates in a Postcolonial World." *Anthropologica* XLII(1):43-60.
- Hadi, Amal Abdel. 2006. "A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha." Dins *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editat per Rogaia Mustafa Abusharaf, 104-24. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Hastrup, Kirsten. 2005. "Social Anthropology: Towards a Pragmatic Enlightenment?" *Social Anthropology* 13(2):133-49.
- Hernlund, Ylva. 2000. "Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-Ritualization of Initiation in the Gambia." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 235-52. Londres: Lynne Rienner.
- Hernlund, Ylva, i Bettina Shell-Duncan. 2007. "Contingency, Context, and Change: Negotiating Female Genital Cutting in the Gambia and Senegal." *Africa Today* 53(4):43-57.
- Hosken, Fran. 1982. *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington: Women's International Network News.
- Jackson, Michael. 2005. *Existential Anthropology: Events, Exigencies and Effects*. Oxford: Berghahn Books.
- Johnsdotter, Sara. 2009. "Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden." *FoU Rapport* 3. Malmö: Malmö University. Consulta del 25 d'octubre de 2016. <https://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/8219/sara%20inlaga.pdf?sequence=1>.
- Sara Johnsdotter i Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Kaplan, Adriana, Juana Moreno Navarro i María José Pérez Jarauta (eds.). 2010. *Mutilación genital femenina (MGF): Manual para profesionales*. UAB, Bellaterra: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

- Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin A. Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco i Mireia Utzet. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men." *Obstetrics and Gynecology International*. Consulta del 7 de novembre de 2016. doi:10.1155/2013/643780.
- Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría i Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2^a edició). Espanya: UAB, Bellaterra.
- Mackie, Gerry. 1996. "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account." *American Sociological Review* 61(6):999-1017.
- Mackie, Gerry. 2000. "Female Genital Cutting: The Beginning of the End." *Female 'Circumcision' in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 245-82. Londres: Lynne Rienner.
- Mackie, Gerry, Francesca Moneti, Holly Shakya i Elaine Denny. 2015. *What are Social Norms? How are they Measured?* Nova York: UNICEF, University of California, San Diego, and the Center for Global Justice. Consulta del 5 de setembre de 2016. https://www.unicef.org/protection/files/4_09_30_Whole_What_are_Social_Norms.pdf
- Mathieu, Nicole-Claude. 1991. *L'Anatomie politique: Catégorisation et idéologie du sexe*. París: Côté-femmes.
- Merry, Sally Engle. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: Chicago University Press.
- Merry, Sally Engle. 2016. *The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago: Chicago University Press.
- Moore, Henrietta. 1994. *A Passion for Difference: Essays in Anthropology and Gender*. Bloomington i Indianapolis: Indiana University Press.
- Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. Dualisms and Female Bodies in Representations of African Female Circumcision: A Feminist Critique. *Feminist Theory* 5(3):281-303.
- Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2007. "Irua Ria Atumia and Anti-Colonial Struggles Among the Gikũyũ of Kenya: A Counter Narrative on 'Female Genital Mutulation.'" *Critical Sociology* 33:689-708.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2005. *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*. Londres i Nova York: Zed Books.
- Paluck, Elizabeth Levy i Laurie Ball. 2010. *Social Norms Marketing Aimed at Gender Based Violence: A Literature Review and Critical Assessment*. Nova York: International Rescue Committee.
- Scheper-Hughes, Nancy i Margaret Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1:6-41.
- Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention." *American Anthropologist* 110(2):225-36.
- Shell-Duncan, Bettina, Katherine Wander, Ylva Hernlund i Amadou Moreau. 2011. "Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia: Testing Predictions of Social Convention Theory." *Social Science & Medicine* 7(8):1275-83.
- Thomas, Lynn M. 1996. "'Ngaitana (I will circumcise myself)': The Gender and Generational Politics of the 1956 Ban on Clitoridectomy in Meru, Kenya." *Gender & History* 8:338-63.
- Turner, Victor W. 1969. "Liminality and Communitas." *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Van Gennep, Arnold. 1960. *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.

Capítol VIII.

Estudis feministes i de gènere

Objectius didàctics:

1. Conscienciar l'alumnat d'estudis de gènere, de dones i feministes sobre l'MGF i altres pràctiques perjudicials.
2. Desenvolupar les capacitats de l'alumnat per estudiar i analitzar una pràctica patriarcal com és l'MGF des d'una perspectiva de gènere, intercultural i no etnocentrista.
3. Proporcionar conceptes teòrics, eines i mètodes desenvolupats per una gran diversitat d'autors i acadèmics feministes per abordar de manera crítica l'MGF.
4. Ajudar els estudiants a reflexionar sobre la construcció sociocultural del gènere, dels genitals i de la sexualitat, i sobre la relació que tenen amb la desigualtat de gènere.

Resum:

1. Jerarquia de gènere i MGF
 - 1.1. Sistemes patriarcal (Laura Nuño Gómez, URJC)
 - 1.2. Gènere i genitals (Magaly Thill, URJC)
 - 1.3. El control sobre la sexualitat de la dona (Laura Nuño Gómez, URJC)
 - 1.4. El marc androcèntric dels drets humans (Laura Nuño Gómez i Magaly Thill, URJC)
 - 1.5. Violència contra les dones (Sonia Núñez Puente, URJC)
 - 1.6. Gènere, coerció i consentiment (Sonia Núñez Puente, URJC)
2. L'MGF i altres pràctiques de gènere
 - 2.1. Algunes pràctiques d'MGF de tipus IV, l'aspecte perjudicial de les quals és qüestionable (Michela Fusaschi, Roma Tre)
 - 2.2. Relació entre l'MGF i altres pràctiques perjudicials (Laura Nuño Gómez i Magaly Thill, URJC)
 - 2.3. Diferències i similituds entre la circumcisió masculina i l'MGF (Gily Coene, VUB)
 - 2.4. Cirurgia genital cosmètica a Europa (Michela Fusaschi, Roma Tre)
 - 2.5. Interseccionalitat i estigmatització de les supervivents d'MGF a la Unió Europea (Gily Coene, VUB)
3. Veus i apoderament en la implicació de la dona
 - 3.1. L'estatus de les dones circumcidadores (Michela Fusaschi, Roma Tre)
 - 3.2. Les veus de les feministes del sud en la prevenció de l'MGF (Gily Coene, VUB)
 - 3.3. Motius i maneres d'implicar els homes per contrarestar l'MGF (Gily Coene, VUB)
 - 3.4. L'MGF i la perspectiva de l'apoderament (Sonia Núñez Puente i Magaly Thill, URJC)

Quadres:

Quadre de text etnogràfic: Fragments d'entrevistes (Bagaglia et al. 2014)

Exercicis pràctics per fer servir a l'aula

Exercicis d'avaluació

Referències bibliogràfiques**1. JERARQUIA DE GÈNERE I MGF****1.1. Sistemes patriarcals**

Laura Nuño Gómez (URJC)

El concepte “patriarcat” fa referència a les estructures i pràctiques socials interrelacionades d'origen cultural, ideològic i institucional que s'han establert i conservat històricament sota dominació masculina mitjançant l'opressió i l'explotació de les dones en la família i en la societat (Lerner 1986, 239; Walby 1990, 20). Aquest pacte masculí metaestable i interclassista per mantenir les dones subordinades (Amorós 1997, 27), que no és estàtic ni monolític, permet que les dones exerceixin part de poder sobre altres membres de la família, com ara els infants o les nenes adolescents, i que tinguin un control aparent sobre les tasques pròpies de gènere, relacionades fonamentalment amb activitats reproductives. A més, la majoria de sistemes patriarcals permeten que les dones ocupin càrrecs de poder en l'àmbit públic, sempre que aquesta presència no amenaci la prevalença i dominància de la part masculina. Cal esmentar, però, que alguns teòrics prefereixen emprar el concepte de *sistema de sexe/gènere* per subratllar que les “formes empíricament opressores en què els mons sexuals s'han organitzat” no són ineluctables (Rubin 1975, 168).

Hi ha tres dimensions interrelacionades del pacte social que han apuntalat l'estratificació de gènere i que han permès que el patriarcat es mantingués: la ideologia de gènere, que legitima l'autoritat masculina; les normes de gènere, mitjançant les quals s'anul·la la importància de les dones, i els estereotips de gènere, que reforcen la jerarquia de gènere disfressant-la amb explicacions deterministes (Saltzman Chafetz 1990). En les societats on el logos està dominat pels homes, la construcció androcèntrica del significat ha establert el *phallus* com a significant universal, un fenomen que, després de Derrida, autores feministes com Cixous, Irigaray i Braidotti han denominat *fal·locentrisme*, i que condemna les dones a l'alteritat i l'objectivització (Beauvoir 1949), a l'exclusió de la condició d'individues (Pateman 1988), a la imperfecció i deficiència (Irigaray 1985), a l'heterodesignació (Amorós 1997) i a una condició subalterna, que és producte tant del patriarcat com de l'imperialisme (Spivak 1998).

1.2. Gènere i genitals

Magaly Thill (*URJC*)

La teoria feminista ha demostrat com, en la majoria de cultures, institucions, narratives i pràctiques, s'ha dividit la societat en dos gèneres dicotòmics, complementaris i jerarquitats (Millett 1970). Sobre la base de la idea antiessencialista que el gènere és una construcció social, mentre que el sexe fa referència a diferències biològiques (Oakley 1972), en el feminisme materialista i la teoria queer s'afirma que la jerarquia és prèvia a la divisió i que no hi ha res en el sistema binari de gènere que vingui donat o sigui necessari (Delphy 1993; Butler 1988, 531). Si prenem aquest postulat, els cossos dels homes i de les dones són producte d'una construcció social que emfatitza les diferències anatòmiques i escotomitza les similituds entre els òrgans sexuals masculins i femenins, amb l'objectiu de trobar una justificació natural de la diferència establerta socialment entre gèneres i, a partir d'aquí, de la divisió sexual de la dominació masculina del treball (Bourdieu 1998). Tant si és el sexe el que apareix primer com si és el gènere el que precedeix el sexe, el fet és que la dicotomia sexual s'ha reforçat socialment mitjançant l'accentuació de les característiques anatòmiques, un requisit exacerbant per a les dones l'essència del qual es construeix com un cos (hiper)sexualitzat.

A partir d'aquest sistema binari sexual hegemònic, els infants intersexuals se sotmeten a un procediment quirúrgic amb l'objectiu d'ajustar-ne els genitals a les expectatives de la societat, imposant-los un cos normatiu i una identitat de gènere. Aquestes intervencions s'han definit com a "mutilació genital" atesa la manera com afecten negativament i greument la funció sexual i el benestar físic i psicològic (Ehrenreich 2005, 74). Una altra manifestació d'aquesta dicotomia normativa la trobem en la creença que el clitoris pot créixer, competir amb el penis masculí i, fins i tot, perjudicar-lo durant l'acte sexual, que és un dels motius per justificar l'MGF, per exemple, al Sudan (Lightfoot-Klein 1989).

Paral·lelament, les lectures androcèntriques sobre la sexualitat (que trobem en moltes disciplines, des de la literatura fins a la psicoanàlisi) han conceptualitzat els genitals femenins com una alteritat, una condició d'absència de penis, de buit o fins i tot de tabú complet (Irigaray 1977), i han donat lloc a mites i estereotips que els descriuen com mutilats, desagradables o perillosos, adjectius mitjançant els quals se suggereix que haurien de ser més petits, que s'haurien d'ocultar i segellar (Millett 1970; Bourdieu 1998). La clitoridectomia, l'extirpació dels llavis, la infibulació i, en alguns extrems, l'estrenyiment vaginal responen a una construcció androcèntrica i heteronormativa de l'anatomia i de la identitat de les dones, tant si es practiquen en un context tradicional com en el context de la cultura occidental i neoliberal "porno-chic" (Jeffreys 2005, 82-86).

1.3. El control sobre la sexualitat de la dona

Laura Nuño Gómez (URJC)

La socialització patriarcal imposa un mandat estricte sobre la sexualitat femenina per tal que els seus cossos continuïn estant disponibles per a usos sexuals o reproductius, segons els estàndards patriarcals de dominació (MacKinnon 1989, 188). Entre les comunitats practicants, també hi ha la creença que l'MGF frena el desig sexual "excessiu" com una manera de garantir la virginitat de la nena fins al moment del casament (en concret, en el cas de la infibulació) i la fidelitat a l'home des d'aquell moment (de manera que protegeix el llinatge de l'home (El Saadawi 1980).

Durant els segles XIX i XX, metges i psiquiatres també efectuaven clitoridectomies a Europa i als Estats Units per motius androcèntrics i misògins sota el pretext de "curar" les dones de la histèria i altres "malalties" mentals o pròpies del gènere, o per erradicar comportaments que s'entenen com comportaments "desviats", com ara la masturbació, el lesbianisme o les aspiracions d'una autonomia més gran, inclosos l'activisme polític i el divorci (Showalter 1985). La diferència entre l'MGF i aquests altres motius per justificar l'extirpació radiquen en l'aspecte més ritual de la primera (Zabus 2004) i ens els arguments emprats per justificar ambdós fenòmens: el respecte per les tradicions que s'apliquen a la castedat de les dones i l'aplicació de "cures" pseudocientífiques orientades a conductes subversives de les dones.

1.4. El marc androcèntric dels drets humans

Laura Nuño Gómez i Magaly Thill (URJC)

La inclusió de les dones dins del grup de persones que posseeixen drets, del qual van ser excloses inicialment, va arribar de la mà de l'homologació de la seva identitat, amb l'estàndard hegemònic, neutral i universal de l'home/individu heterosexual blanc i occidental sense diversitat funcional. Les necessitats de les dones, que es deriven de la posició subordinada en les societats patriarcals, han estat ignorades, difuminades i menystingudes en les dues convencions internacionals principals sobre drets humans (el Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics [ICCPR] i el Pacte Internacional sobre Drets Econòmics, Socials i Culturals [ICESCR]). En ambdós pactes es va reforçar l'oposició liberal pública i privada i es van mantenir les relacions de poder que sorgeixen de l'entorn familiar, íntim i sexual fora de l'àmbit dels drets humans (Charlesworth 1994). Per tant, els drets de les dones s'entenen com un particularisme, una especificitat o, fins i tot, un privilegi (Nuño Gómez 2013).

Malgrat el biaix androcèntric i l'eficàcia limitada dels drets humans, les activistes feministes van emprar en l'àmbit internacional aquest marc conceptual i institucional

per fer avançar les seves reclamacions (ja que suposaven un gran estímul per avançar en una cultura de justícia i igualtat) i perquè els Estats es comprometessin a aplicar aquests valors. En aquest sentit, cal destacar dues fites principals: l'adopció de la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones (CEDAW), que s'ha emprat per combatre la discriminació contra les dones en les declaracions i convencions de l'ONU, i, d'altra banda, la definició de la violència de gènere, que inclou l'MGF com una violació dels drets humans. Encara s'ha de fer molt de camí per reconèixer els drets de les dones, des del reconeixement del treball reproductiu com a feina, fins als drets de les dones al gaudi i a autonomia sexuals.

Durant les últimes dècades, hi ha hagut un (ab)ús cada cop més gran del discurs dels drets humans i, més concretament, dels drets de les dones, com a pretext per justificar les intervencions polítiques, culturals, econòmiques i militars/imperialistes en l'hemisferi sud (Abu-Lughod 2002). Com a resultat, el món acadèmic multiculturalista, postmodern i postcolonial ha expressat les seves crítiques envers la viabilitat de les normes universals i sobre el monopoli occidental de "corregir les injustícies" (Spivak 2004). Tot i que totes les cultures mereixen ser reconegudes com a igualment vàlides, caldria recordar que, ateses les relacions de poder del patriarcat, la prevalença dels denominats "drets col·lectius" sobre els drets individuals (partint de la condició d'"intocable" de les cultures, de la superioritat dels preceptes religiosos o del relativisme cultural) pot reforçar la posició subalterna de les dones (Moller Okin 1998).

Una manera prometedora d'abordar i fomentar amb eficàcia els drets humans de totes les dones del món en la seva diversitat, com també de tots els *altres concrets* (Benhabib 1992), és superar la dicotomia epistemològicament errònia entre l'autonomia individual i els drets culturals a través d'un diàleg intracultural i intercultural (Benhabib 2004, 148), en les paraules de la feminista ugandesa Sylvia Tamale, "per eludir la polaritat entre 'drets' i 'cultura' i assolir la transformació social" (Tamale 2007, 157). És a dir, combinar, en lloc d'oposar, les polítiques de *redistribució* i *reconeixement*, alhora que es garanteix la *paritat en la participació* de les dones, tant en grups minoritaris o dominats com en relació amb grups majoritaris o dominants (Fraser 2013, 168-70).

1.5. Violència contra les dones

Sonia Núñez Puente (URJC)

Conceptualitzada com una violació dels drets humans i un obstacle per assolir la igualtat de gènere, la violència de gènere es defineix com un fenomen estructural amb presència arreu del món. El denominador comú de la jerarquia sexual, i l'ús de violència per demostrar-la, perpetuar-la i reforçar-la, el podem trobar en totes les cultures. Milions de dones, de nord a sud i d'est a oest, pateixen

diferents tipus de violència a causa només del gènere. Néixer dona implica tenir un risc més alt de patir violència física, psicològica, econòmica, sexual, espiritual i simbòlica, amb l'objectiu últim de mantenir l'ordre de subordinació, la desigualtat de gènere i el control patriarcal sobre els cossos de les dones, i també sobre les seves decisions, identitats i vides.

De vegades s'argumenta erròniament que l'MGF no és una forma de violència de gènere sota el pretext que la majoria de persones que circumciden són dones. Aquest argument oblida que la definició internacional de violència contra les dones radica en cinc elements i que cap dels cinc té a veure amb el gènere de qui l'exerceix. Els cinc elements són els següents: el gènere de les víctimes (dones), el tipus d'acte ("qualsevol acte [...], incloses les amenaces dels esmentats actes, coercions o privacions arbitràries de llibertat"), la causa d'aquests actes ("basats en el gènere"), les conseqüències dels actes ("que tenen com a resultat o poden resultar en lesions o patiments físics, sexuals o psicològics") i el context en què se succeeixen ("en l'àmbit públic o privat"). La violència contra les dones no només implica l'agressor i la víctima, sinó que la seva erradicació, que, d'altra banda, és impossible sense abordar la desigualtat de gènere i apoderar les dones, és una obligació de l'Estat i una responsabilitat que ha d'assumir la societat com a tal.

1.6. Gènere, coerció i consentiment

Sonia Núñez Puente (*URJC*)

Tot i que les nenes menors d'edat normalment no tenen capacitat legal de consentir (és a dir, de prendre una decisió lliure amb total consciència sobre les conseqüències sanitàries d'aquesta decisió), en alguns països, sota el pretext del respecte per l'autonomia de les dones, no es criminalitza l'MGF quan s'efectua en un entorn medicalitzat i quan una dona en dóna el consentiment informat (per exemple, en els casos de reinfibulació després del part). Tanmateix, una perspectiva feminista crítica ha d'analitzar com l'ordre cultural i la dependència social i econòmica de les dones pot restringir l'autonomia (Rahman i Toubia 2000, 65-66; Fraisse 2007).

En aquest sentit, és molt útil fer la distinció entre dos tipus de patriarcats, de coerció i consentiment, ja que ofereix un marc teòric per analitzar la funcionalitat de la violència de gènere (Puleo 1995; De Miguel 2015). Sota la premissa que cada sistema patriarcal es basa en ambdues estratègies, la diferència és que el model coercitiu sanciona, de manera estricta, el que és permès i el que és prohibit per a les dones, mentre que el model correlatiu de consentiment fomenta aparentment la igualtat de gènere però, en la pràctica, produeix desigualtat mitjançant narratives binàries que potencien els rols de gènere amb rigidesa.

S'ha demostrat que el pensament, les percepcions i les accions dels grups dominats es construeixen a través de la socialització i mitjançant les estructures de dominació. El concepte d'*habitus*, que no és producte d'una decisió conscient ni racional, ni tampoc quelcom imposat per força o coerció, sinó que és un acte que s'adquireix a través de l'exemple i la pràctica, pot explicar l'aquiescència de les dones a la dominació masculina i la seva participació en els rituals patriarcal (Bourdieu 1998). També pot ser útil per entendre per què les dones socialitzades en cultures on l'MGF es valora com un ritual de transició per millorar la capacitat de contreure matrimoni de les nenes són grans defensores de la pràctica, fins i tot després d'haver patit en primera persona les conseqüències sanitàries i sexuals d'aquesta pràctica.

Finalment, també és molt important analitzar com l'MGF i, fins a un determinat grau, la violència contra les dones en general es conceptualitzen en el discurs dels mitjans de comunicació occidentals sota el fals pretext del compromís amb la igualtat de gènere, quan en realitat revictimitzen les dones i nenes a través d'imatges estereotipades que descarten qualsevol possibilitat d'agència per a les víctimes (Boltanski 1993; Núñez Puente 2015).

Quadre de text etnogràfic: Fragments d'entrevistes (Bagaglia et al. 2014)

Zema, etiop, 38 anys:

«El nostre poble diu que, d'aquesta manera, estàs més calmada. Diuen que la nena es calma i que no tindrà massa fills. [...] Especialment, els pares estan molt contents perquè creuen que estan protegits perquè la nena és més calmada, perquè es queda a casa, no busca cap home, no està nerviosa i, per tant, els pares estan contents.

«Et tallen i, aleshores, ja no sents res, és evident. Estarem més... ja saps, necessitarem més temps. Pots tenir relacions sexuals, però no estàs tan... trigues un temps. Perquè la teva parella, d'acord, si et coneix i et comprèn, però si estàs amb algú que no et comprèn, mala cosa.

«Et tallen la punta del clitoris, saps? Et tallen tot just allà, on hi ha la [sensibilitat]. Així, si un home et coneix, sí, buscarà on cal, però qui no et coneix, hi tindrà problemes! Amb el temps, n'aprens, el teu home et coneix millor i n'aprèn, sap com fer-ho. Però amb algú que no et coneix, no pots arribar a l'orgasme.»

Maryam, egípcia, 44 anys:

«I tant, que vaig cridar, vaig cridar moltíssim. I després vaig plorar i vaig preguntar als meus pares "Per què!? Per què m'heu fet això?"; i ells em responien amb mentides perquè jo era una nena. La meva mare em va dir que la meva reacció va ser la mateixa que la de totes les nenes. "És normal." M'havia de comportar així. "Si no, no agradaràs. Si no, no serà normal. Si no ho fas, et passarà com als homes, seràs com un home. Si no ho fas, et quedaràs com un home!"»

Faizah, egípcia, 33 anys:

«Les noies que no estan circumcidades tenen més desig sexual que les altres. Es pot sentir plaer, però si l'home és lluny, ella no podrà tenir-lo perquè ell no hi és. Per exemple, ella es va quedar a Egipte, lluny d'ell (que va marxar a Líbia), però ella no sentia cap desig i deia que es va circumcidat per aquest motiu, per no sentir cap desig quan el seu home estigués lluny. Però quan tornés, ella sí que tindria desig i també sentiria plaer, com totes les dones.»

Adisa, eritrea, 27 anys:

A l'Àfrica tenen aquesta tradició: se circumciden perquè, si no ho fan, comencen a actuar de manera estranya, volen més homes, saps? Ho fan abans del casament, per això (diuen les famílies) es comporten així. Però no crec que estigui bé. [...] Ho fan així perquè els pares, a l'Àfrica, es preocupen, perquè una dona abans del casament no pot anar amb homes. Si va amb homes abans de casar-se, no val res per a la família.

Josette, ivoriana, 44 anys:

«Una amiga somali em va dir “Estic sola [soltera] per aquest motiu. És per això que no vaig amb altres homes, perquè em van fer casar als 16 anys i, quan vaig tenir la meua primera relació sexual, vaig patir molt! L'home, a poc a poc, t'ha d'obrir, ho ha d'obrir tot! A poc a poc...!” Finalment, va fugir i no va tornar mai més a casa seva. Mai no va tornar a anar amb cap home. No va tenir fills i està completament sola.

“No hi ha res del que ens hàgim d'avergonyar. Si volem erradicar-ho, hem de parlar-ne. Perquè és com si el teu home et maltractés i tu no ho volguessis explicar a ningú. Si no ho fas, ningú no et defensarà! No és bo si ho amagues.»

Samia, txadiana, 26 anys:

En algunes regions, quan la nena té la primera menstruació se sotmet a la circumcisió. És un costum, una tradició; els motius, potser no els coneixen ni ells. És un costum i, com que tothom ho fa, tu també ho fas. [...] Els homes ho han de fer, s'han de circumcidar, però, i les dones?, per què ho fan? Els mascles ho fan per motius higiènics i perquè quan es converteixen en homes tindran les seves dones... La circumcisió té a veure amb el sexe, amb les relacions sexuals entre el marit i la dona.»

Una dona somalí, 70 anys:

«La primera vegada que em vaig anar a visitar, de seguida que em vaig estirar el ginecòleg es va sobresaltar i va cridar: “Oh, mare meua! Què t'ha passat?! T'han cremat?!” I jo vaig dir “No! M'han cosit! No hi surt, això, als vostres llibres?! Ets metge. Als manuals se'n parla, d'això.” Perquè el meu marit era metge i m'ho va explicar. Vaig dir-li: “No hi ha cap manual que tracti sobre aquest problema africà?!” I ell va respondre: “No, no n'havia sentit parlar mai!” “Doncs bé, ja és hora que ho facis, perquè som moltes, les dones que vivim aquí a Europa, ara!”»

2. L'MGF I ALTRES PRÀCTIQUES DE GÈNERE

2.1. Algunes pràctiques d'MGF de tipus IV, l'aspecte perjudicial de les quals és qüestionable

Michela Fusaschi (*Roma Tre*)

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut, la mutilació genital femenina (MGF) comprèn tots els procediments que lesionen de manera parcial o total els genitals externs femenins, o que produeixen qualsevol altra lesió en els òrgans genitals femenins per motius no mèdics. No té cap benefici mèdic i perjudica les nenes i dones per diferents motius. L'any 2007, l'Organització Mundial de la Salut va redefinir l'MGF de tipus IV i va afirmar que s'han d'incloure en aquesta categoria “la resta de procediments efectuats en els genitals femenins

per motius no mèdics, com ara la perforació, la incisió, el raspat i la cauterització” (OMS et al. 2008, 4).

Abans d'aquesta data i des del 1997 (OMS, UNICEF i UNFPA 1997), l'OMS va incloure dins del tipus IV l'elongació i l'estrenyiment labial, a més de la introducció de substàncies o herbes a la vagina (penseu, per exemple, en la introducció dels lubricants vaginals tan comercialitzats a Occident). Diversos estudis antropològics i mèdics afirmen, però, que aquestes pràctiques no tenen conseqüències negatives i que, per tant, no violen els drets de les dones, atès que no s'exerceix cap violència física (Fusaschi 2012; Bagnol i Mariano 2011). Per exemple, alguns estudis etnogràfics de la regió dels Grans Llacs de Rwanda demostren com s'expressa la feminitat a través d'una pràctica ritual denominada *gukuna*, que consisteix en l'elongació dels llavis menors a través d'un massatge recíproc entre nenes (Koster i Price 2008). Aquesta construcció social del cos femení, a més de la *kunyaza*, una tècnica sexual masculina, se suposa que facilita el plaer durant les relacions sexuals. Aquesta anàlisi demostra com aquest ritual ha perdurat al país, malgrat la condemna de l'Església Catòlica des dels temps colonials, i com la reinterpreten actualment les noies que l'entenen com un procés d'emancipació (Fusaschi 2012).

Actualment, la definició oficial del tipus IV que ha aportat l'OMS continua vigent, ja que inclou les pràctiques que es consideren socioculturalment “mutilacions”, però només pel que fa a la població no europea (per exemple, la perforació del clitoris o altres operacions quirúrgiques per reduir i recol·locar el clitoris).

2.2. Relació entre l'MGF i altres pràctiques perjudicials

Laura Nuño Gómez i Magaly Thill (*URJC*)

El sensacionalisme que envolta l'MGF, tal com succeeix amb l'embenat de peus a la Xina, sembla que està irremediablement vinculat amb la construcció de l'alteritat de les dones a l'hemisferi sud. A través de la doble mutilació dels genitals, tant la simbòlica com la real, les dones africanes es converteixen en l'alteritat absoluta mitjançant la combinació de diferents processos de significació androcèntrics i etnocèntrics: són les altres pel que fa al gènere masculí/dominant i pel que fa a la cultura occidental dominant. Un enfocament feminista intercultural hauria de trencar amb l'aïllament de l'MGF i vincular la pràctica amb altres formes de discriminació contra les dones, inclosa la violació dels seus drets econòmics i socials dins de les dinàmiques en sentit més ampli de les desigualtats entre nord i sud (Guerra Palermo 2008). Hauria d'analitzar i qüestionar, de manera crítica, els significats i valors que radiquen en les pràctiques perjudicials que s'imposen a les nenes des de la infantesa per forçar

la seva adaptació als rols de gènere i fer que compleixin les normes de gènere, destacant l'aspecte transcultural de les estratègies de dominació masculines.

En trobem un exemple pràctic en la vinculació entre l'MGF i els casaments precoços. Totes dues pràctiques tradicionals perjudicials que s'imposen a les nenes sovint estan relacionades i comparteixen les mateixes causes primàries i els mateixos factors socials (World Vision 2014). Garanteixen la virginitat i augmenten la capacitat de contreure matrimoni de les dones. Aquest fet pot equivaldre a la mera supervivència de les dones en societats on no disposen de cap autonomia socioeconòmica ni de cap alternativa. Les dinàmiques entre ambdues pràctiques expliquen com els programes que només s'orienten a l'abandonament de l'MGF poden afectar negativament els casaments precoços. La prohibició legal sobre l'MGF pot fer augmentar l'edat de les noies que se sotmeten a la pràctica i pot tenir l'efecte col·lateral, per tant, de reduir l'edat del matrimoni, atès que els pares se senten temptats a viatjar amb les filles als país d'origen perquè se'ls realitzi i aprofitar per casar-les. Aquesta prohibició també apunta a la necessitat d'un debat intercultural i intracultural sobre el concepte androcèntric de la virginitat, que té la capacitat de definir les dones (i només elles) com a decents o indecents, pures o impures, i/o persones amb o sense valor.

2.3. Diferències i similituds entre la circumcisió masculina i l'MGF

Gily Coene (*VUB*)

Gairebé un terç dels homes al món estan circumcidats (Wilcken, Keil i Dick 2010). Als EUA, s'estima que a l'any més d'un milió dels nounats mascles se circumciden (Zoske 1998). Els homes se circumciden majoritàriament per motius religiosos i culturals, com un ritual d'iniciació en la virilitat. En algunes comunitats, la circumcisió serveix com a ritual de transició de la infantesa a l'edat adulta per a ambdós sexes. Tot i que la circumcisió masculina i l'MGF es consideren normalment pràctiques totalment diferents, ambdues comparteixen algunes similituds.

Al contrari del que passa amb l'MGF, que s'ha sotmès a l'escrutini públic i a les crítiques més acerbes, la circumcisió està altament acceptada. Les repercussions mèdiques de la circumcisió masculina s'acostumen a minimitzar, mentre que els danys provocats per la circumcisió femenina es maximitzen més sovint. Tanmateix, la circumcisió masculina, en concret quan s'efectua en centres no sanitaris, sovint provoca complicacions greus, dolor agut i, fins i tot, la pèrdua del penis o la mort (Wilcken, Keil i Dick 2010). La diferència en les postures envers el tall genital masculí i femení no es pot explicar només a partir dels diferents efectes que tenen ambdues pràctiques, especialment si pensem en els

diferents tipus d'MGF menys intrusius. Segons Kirsten Bell (2005), la incapacitat generalitzada per conceptualitzar la circumcisió masculina com qualsevol cosa menys favorable es deriva de les assumpcions faltes de sentit crític sobre la natura dels cossos masculins i femenins i de la seva sexualitat.

L'OMS també ha recomanat la circumcisió masculina (l'extirpació quirúrgica de la pell que cobreix la punta del penis) com una estratègia per prevenir el VIH (Westercamp i Bailey 2007). Tanmateix, tant acadèmics com activistes contraris a la circumcisió han demostrat que no és necessàriament el cas i han assenyalat algunes qüestions que generen controvèrsia al voltant del tema. Des d'una perspectiva estrictament mèdica, el procediment no és necessari i, en el cas de la circumcisió neonatal, es tracta d'una violació dels drets dels individus que són massa petits per donar-hi el consentiment (Sardi 2016). En aquest sentit, l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa ha declarat que la circumcisió masculina constitueix “una violació de la integritat física de l'infant” (Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa 2013).

2.4. Cirurgia genital cosmètica a Europa

Michela Fusaschi (*Roma Tre*)

Recentment hi ha hagut un augment alarmant del nombre de dones que se sotmeten a cirurgia estètica dels genitals per motius no mèdics als països occidentals. La cirurgia genital cosmètica femenina (FGCS, en anglès) inclou els procediments quirúrgics que es publiciten com a tècniques de “rejuveniment” i “proporcionalitat”, amb la suposada finalitat de fer els genitals més atractius. Entre aquests procediments s'inclouen la labioplàstia o reducció dels llavis interns, la “recol·locació” del clítoris o lifting, la liposucció del mont del pubis (el teixit gras que cobreix l'os púbic), la vaginoplàstia i l'estrenyiment vaginal, a més de la himenorràfia o reconstrucció de l'himen, que té com a finalitat “restaurar” la virginitat femenina (Johnsdotter i Essén 2010).

Aquest àmbit de la intimitat al qual recorren les dones perquè perceben parts del seu cos com a defectes visuals que les fan sentir incòmodes es presenta no només com una ajuda accessible i assequible (de fet, han augmentat els pagaments a terminis) per solucionar “problemes” estètics, sinó com quelcom que millora la satisfacció sexual que, alhora, es relaciona amb un desplaçament general en l'imaginari d'una feminitat que s'ha “millorat” quirúrgicament. Per legitimar l'FGCS, els impulsors han creat la imatge d'una dona que pren el control de si mateixa i del seu cos a través d'un “rejuveniment íntim” presentat com un procés d'autoconsciència, en contrast amb la dialèctica feminista tradicional, que denuncia aquest enfocament com l'enèsima demostració de l'allargada ombra del patriarcat.

Si s'efectua sense cap indicació terapèutica, més enllà de les que estableixi la sol·licitant, l'FGCS afecta les mateixes parts i funcionalitats del cos que, tot i que es tractin amb diferents modalitats i mitjans, també impliquen l'MGF. La diferència radica en el procediment emprat (mitjans d'alta tecnologia en comparació amb mitjans ritualistes) (Fusaschi 2011, 2013) i en l'imaginari que envolta ambdós fenòmens. L'FGCS transmet "imatges corporals" i protagonistes noves, que s'amaguen darrere d'una elecció disfressada i sovint confusa. De fet, fomenta nous patrons culturals de consum (presentats com a forma d'emancipació), que no només estan relacionats directament amb el domini masculí (Braun 2009), als quals, segons la nostra opinió, cal fer un seguiment ja que, segons les dades de què disposem, algunes d'aquestes operacions s'efectuen a menors d'edat amb el consentiment explícit de les seves mares.

La pertinència judicial del fenomen tradicional, que està sotmès a accions penals (en contrast amb les operacions similars i no terapèutiques de l'FGCS), també contribueix a la construcció de diferents imatges de la dona i de la seva feminitat. Mentre que amb l'MGF creiem que són les dones les víctimes de la cultura, amb l'FGCS s'entén que les dones són les úniques protagonistes de la cultura o, més aviat, de la "nostra" civilització (la fase última i més desitjada, que ha evolucionat en una visió del progrés anacrònica i malauradament d'actualitat). El "cos víctima" sempre s'identifica amb les altres, mentre que el "cos alliberat" és sempre el nostre. Com a primer pas no etnocèntric, podríem afegir al debat alguns dels nostres "punts d'ancoratge" pel que fa a les dones que queden massa sovint atrapades en la dicotomia entre el dret de canviar el seu cos i l'obligació de no perjudicar-lo.

2.5. Interseccionalitat i estigmatització de les supervivents d'MGF en la Unió Europea

Gily Coene (*VUB*)

La interseccionalitat és un concepte que prové de la teoria feminista negra i que va introduir per primer cop Kimberlé Crenshaw (1991) per explicar com influeixen simultàniament el racisme i el sexisme les vides de les dones negres dels EUA. La perspectiva interseccional permet entendre de manera més exhaustiva les experiències de discriminació i exclusió a les quals se sotmet a les dones de les minories. Els individus sempre tenen una posició en la societat en funció de diferents eixos, com ara el gènere, l'ètnia, la classe i la sexualitat. Pel que fa a les dones migrants, hi ha diferents tipus de discriminació que interaccionen i conformen les seves experiències i oportunitats. En aquest sentit, les dones migrants poden patir simultàniament l'opressió de gènere dins de la seva comunitat minoritària i alhora l'opressió de classe i/o la discriminació ètnica pel que fa a la societat dominant (Anthias 2014).

Durant els últims anys, les pràctiques com l'MGF s'han situat al centre dels debats polítics i populars sobre multiculturalisme a Europa (Coene i Longman 2005).

Quan es parla de pràctiques com l'MGF, els homes migrants queden estereotipats com a retrògrads, violents i patriarcals. De la mateixa manera, les dones migrants queden també estereotipades com a víctimes sense veu a les quals cal alliberar de les seves comunitats i tradicions inherentment opressores (Longman i Bradley 2015). Aquest plantejament només ha derivat en estratègies verticals que no han combatut amb eficàcia l'MGF perquè no només no ha estat prou sensible envers els sentiments de les dones, sinó que tampoc no incloïa perspectives ni possibilitats per produir un canvi en les seves comunitats (Phillips i Saharso 2008).

3. VEUS I APODERAMENT EN LA IMPLICACIÓ DE LA DONA

3.1. L'estatus de les dones circumcidades

Michela Fusaschi (*Roma Tre*)

La persona que efectua el "tall" es denomina "iniciadora", una operadora ritual per "transformar" el cos físic en un de simbòlic. En general, l'executor és qui efectua el "tall" i organitza les celebracions posteriors per festejar la maduresa.

Si analitzem les operadores rituals que s'encarreguen de les modificacions genitals femenines en diverses societats, veurem que gairebé sempre es tracta de dones, que poden venir de diferents contextos culturals i econòmics en funció de la zona en què operin (rural o urbana). Sovint són dones grans que actuen com a responsables en general de la perpetuació de pràctiques que tenen a veure amb els cossos i la salut de les dones i dels infants (p. ex., s'encarreguen d'assistir en els parts i naixements). El seu coneixement es transmet al llarg del temps i, normalment, passa de mare a filla. Durant les últimes dècades, però, atesa la prohibició legal i la persecució penal de les practicants, s'han reduït les cerimònies i s'han creat llocs d'operació ocults. Les característiques socials de les operadores també han canviat (Gosselin 2000).

Gràcies a alguns dels projectes cooperatius que entenen l'MGF com una qüestió sanitària, la pràctica s'ha anat biomedicalitzant progressivament en diversos contextos geogràfics, no només de l'Àfrica sinó també d'Indonèsia (Shell-Duncan, Obungu i Muruli 2000; Cavatorta 2015, 32). Cal destacar que, tot i que les practicants (especialment en zones urbanes) són persones com a mínim amb un coneixement biomèdic bàsic i de vegades amb un salari (tot i que no és prou elevat per dedicar-s'hi), en aquest patró ritualista "modernitzat", la dimensió econòmica pren molta importància. A les zones geogràfiques amb pobresa estructural, com ara el Corn d'Àfrica, la persona que circumcida rep un pagament tan escàs que amb prou feines li permet subsistir. Els programes d'intervenció centrats en la "reeduació" de les practicants (p. ex., a través de projectes de microcrèdits) sovint han fracassat perquè no han pogut oferir-los una feina com a alternativa sostenible (Fusaschi 2003, 147; Diop i Askew 2007).

3.2. Les veus de les feministes del sud en la prevenció de l'MGF

Gily Coene (VUB)

Les activistes de l'hemisferi sud fa molt de temps que treballen en la prevenció de l'MGF. Des que l'ONU va organitzar conferències mundials durant la Dècada de les dones (1975-1985), l'MGF ha suposat una qüestió de solidaritat global i alhora un dels desacords entre les feministes occidentals i les de l'hemisferi sud. Chandra Mohanty, al seu influent assaig clàssic *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses* (Mohanty 1991), critica diversos textos feministes occidentals perquè projecten una imatge “etnocèntrica universalista” i “colonial” de la “dona mitjana del tercer món”. En aquest mateix sentit, Wairimu Ngaruiya Njambi (2004) argumenta que el discurs contrari a l'MGF no només reproduceix les presumpcions “civilitzadores” colonials, sinó que també homogeneïtza pràctiques molt diverses, construeix dicotomies entre cossos femenins mutilats i no mutilats, i representa les dones afectades sense cap sentit de representació.

D'aquesta manera, veiem com les feministes interculturals i postcoloniales s'han definit per ser summament crítiques amb el discurs victimista mitjançant el qual les dones oprimides de l'hemisferi sud es construeixen com un reflex de la dona occidental agent, que se suposa que és lliure de cap cultura o tradició, o que és capaç d'emancipar-se de la resta (Harcourt 2009; Moghadam 2005; Mohanty 1991, 2003; Gruenbaum 2000). Si es defensa una pràctica com l'MGF, es rebutgen les veus de les dones del sud com a resultat d'una consciència falsa i de la internacionalització de les normes culturals d'opressió i estàtiques (Khamasi 2015). Tanmateix, si es critica la pràctica, aplaudim les dones com a individus alliberats d'una població retrògrada.

Sovint les activistes populars del sud es veuen atrapades entre els discursos contraris a l'MGF d'Occident, que la descriuen com una pràctica cultural perjudicial, i les elits dels poders locals i els moviments nacionalistes, que n'emfatitzen la importància com a tradició cultural (Narayan 1997). Per tant, sovint emfatitzen una perspectiva més pragmàtica i dialògica i, en concret, la necessitat d'entendre la complexitat de l'MGF i els seus diversos significats i funcions dintre de la comunitat (Hernlund i Shell-Duncan 2007; Khamasi 2015).

3.3. Motius i maneres d'implicar els homes per contrarestar l'MGF

Gily Coene (VUB)

La mutilació genital femenina no es pot entendre com una qüestió que només afecti les dones (GAMS 2016). Els homes, com a pares, marits i com a

líders de la comunitat i religiosos, tenen un paper important per contrarestar l'MGF (Al-Khulaidi et al. 2013). No obstant això, els estudis revelen que els homes no només n'estan mal informats, sinó que sovint demostren una actitud ambigua envers la pràctica. Molts homes desitgen que s'abandoni la pràctica per les complicacions físiques i psicosexuals que comporta tant per a les dones com per a ells mateixos (Varol et al. 2015). Alguns estudis han assenyalat les complicacions que experimenten els homes com a resultat de l'MGF, com ara dificultat en la penetració, ferides i infeccions en el penis, i problemes psicològics (Almroth et al. 2001).

La majoria d'homes també són conscients de les complicacions que pateixen les dones com a resultat de l'MGF. Tanmateix, les normes socials i els rols de gènere fan molt difícil que se'n parli i, com a conseqüència, obstaculitzen qualsevol canvi. Els homes que donen suport a l'abandonament de la pràctica estan influenciats per una idea d'obligació social, religió, educació, etnicitat, vida urbana, migració i també perquè entenen les conseqüències negatives de l'MGF. El projecte Men Speak Out, cofinançat pel programa DAPHNE de la Unió Europea, té com a finalitat implicar els homes en l'abandonament de l'MGF mitjançant la formació d'educadors entre iguals.

3.4. L'MGF i la perspectiva de l'apoderament

Sonia Núñez Puente i Magaly Thill (*URJC*)

La clau pel que fa a la definició d'apoderament és la manera com s'hauria de percebre com una mostra del mode de possibilitat i encarar alhora la tensió que es forma amb el mode de necessitat (Claramonte 2016). El mode de possibilitat fa referència a les possibilitats reals que suposa aquesta representació per al subjecte, sense tenir en compte els motius ni les finalitats d'aquestes possibilitats que estableix el concepte de representació (Hartmann 2015).

La postmodernitat permet debatre la noció de la possibilitat en si mateixa, però no permet el procés o processos de construcció de significats, de manera que es queda curta quan volem abordar els motius pels quals nosaltres, com a subjectes postmoderns, fem el que fem. El mode de necessitat explica el que fa que un determinat repertori d'accions sigui coherent. La tensió que neix entre els dos modes constitueix i alhora amplia el concepte en si mateix d'apoderament. Tanmateix, l'apoderament no serveix per a res en si mateix si no té en compte els repertoris d'accions o els modes estables de representació que pot fer servir el subjecte. Aquest és un aspecte fonamental en el cas de l'MGF, perquè si exigim una perspectiva d'apoderament, caldrà que primer de tot resolguem les possibilitats inherents que la categoria de "repertorialitat" ofereix com a font d'autonomia per a les víctimes o les supervivents.

Desenvolupada per Paulo Freire i adoptada per l'academicisme feminista amb gran entusiasme, la perspectiva de l'apoderament és especialment important quan es tracta de les dones de l'hemisferi sud que aborden la seva doble condició de dones que formen part de societats patriarcals i de subjectes colonials sota l'imperialisme cultural occidental. Les reticències d'algunes dones africanes envers els esforços de la comunitat internacional per acabar amb l'MGF no tenen a veure amb un plantejament contrari a l'objectiu desitjable d'abandonar la pràctica, sinó amb el fet d'estar en contra de les estratègies i els mètodes utilitzats, en contra del procés de deshumanització, d'infantilització i d'objectivització al qual se sotmeten, i també en contra de les maneres com s'utilitzen els seus cossos per representar la "naturalesa barbàrica" de les cultures africanes en comparació amb la "civilització" occidental (Thiam 1983, 753; Nnaemeka 2005, 30; Tamale 2011, 20).

En aquest context, partint del concepte humanista de poder que va adoptar profundament el feminisme negre com una autoactualització, autodeterminació i autodefinició (Hill Collins 1991, 224), l'apoderament de les dones de l'hemisferi sud està íntimament relacionat amb la seva consciència, representació i llibertat per contribuir a la seva autorepresentació com a subjectes d'un col·lectiu i subjectes individuals que estan culturalment contextualitzats. És aquí on sorgeix l'oportunitat per a les feministes africanes de transformar la cultura perquè afavoreixi "les relacions entre els aspectes positius i l'emancipació de les dones" (Tamale 2007, 164). En altres paraules, despatriarcalitzar les seves pròpies cultures.

Exercicis pràctics per fer servir a l'aula

1. Els estudiants es dividiran en quatre grups. Cada grup prepararà una anàlisi comparativa de l'MGF i el hijab (vel islàmic) mitjançant les eines conceptuals desenvolupades per una de les següents autores feministes: Nancy Fraser (paritat participativa), Geneviève Fraisse (teoria del consentiment), Gayatri Spivak (subalternitat) o Patricia Hill Collins (apoderament). Un cop cada un dels grups hagi presentat el seu treball, els alumnes defensaran les seves opinions en un debat moderat pel professor/a.
2. Es projectaran dos documentals: un sobre l'MGF tal com es practica a Kenya (*The Cut*) i l'altre sobre l'FGCS tal com es practica al Regne Unit (*The Perfect Vagina*). Seguidament, els alumnes analitzaran els arguments emprats per justificar ambdues pràctiques, els seus significats i les conseqüències que tenen en matèria de salut, sexualitat i igualtat de gènere. Finalment, es poden proposar les preguntes següents per animar el debat: Les dues pràctiques afecten els mateixos òrgans? Són comparables les seves conseqüències? Tenen diferents significacions? Quins elements són comuns en ambdues significacions? Quines recomanacions s'haurien de fer?

Exercicis d'avaluació

Trieu tres testimonis de supervivents que s'han sotmès a l'MGF (als quadres de text etnogràfics) i analitzeu-los mitjançant les eines conceptuals i teòriques presentades en aquest capítol.

Mireu el documental *Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM)*, produït pel sistema nacional de salut del Regne Unit (UK National Health Service). Trieu el testimoni d'una de les supervivents i utilitzeu una teoria desenvolupada per una de les autores esmentades en aquest capítol per avaluar els programes eficaços de protecció i assistència adaptats a l'experiència de la dona que heu seleccionat.

Debateu com pot ajudar la perspectiva d'interseccionalitat en el desenvolupament de polítiques amb perspectiva de gènere que apliquin els drets de les nenes nascudes a Europa que provenen de famílies de comunitats on es practica l'MGF.

Recursos

The Cut:

<https://www.youtube.com/watch?v=rmcqk-tbhpa>

The Perfect Vagina:

<http://topdocumentaryfilms.com/perfect-vagina>

Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM), produït pel sistema nacional de salut del Regne Unit:

<https://www.youtube.com/watch?v=531rxhalkui>

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abu-Lughod, Lila. 2002. "Do Muslim Women Really Need to be Saved? Anthropologic Considerations on the Cultural Relativism and its Others." *American Anthropologist* 104(3):784-90.
- Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, Keiko Nakamura, Kaoruko Seino i Masashi Kizuki. 2013. "Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen." *PLOS ONE* 8(12):e83140. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1371/journal.pone.0083140.
- Almroth, Lars, Vanja Berggren, Osman Mahmoud Hassanein, Said Salah Eldin Al-Said, Sharif Siddiq Alamin Hasan, Ulla-Britt Lithell i Sta an Bergström. 2001. "Male complications of female genital mutilation." *Social Science & Medicine* 53(11):1455-60. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1016/S0277-9536(00)00428-7.
- Amorós, Celia. 1997. *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- Anthias, Floya. 2014. "Une théorisation intersectionnelle du genre, de l'ethnicité, de la migration et de la classe en fonction de la violence faite aux femmes." Dins *Violences envers les femmes: Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformations*, editat per Maryse Rinfret-Raynor, Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau, Sonia Gauthier i Elisabeth Harper, 55-76. Montreal: Presses de l'Université du Québec.
- Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari i Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Regione Umbria Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

- Bagnol, Brigitte i Esmeralda Mariano. 2011. "Politics of naming sexual practices." Dins *African Sexualities: A Reader*, editat per Sylvia Tamale, 271-87. Ciutat del Cap, Dakar, Nairobi i Oxford: Fahamu.
- Beauvoir, Simone de. 1949. *Le deuxième sexe*. París: Gallimard.
- Bell, Kirsten. 2005. "Genital Cutting and Western Discourses on Sexuality." *Medical Anthropology Quarterly* 19(2):125-48. Consulta 5 de setembre del 2016. <http://www.cirp.org/library/anthropology/bell1>.
- Benhabib, Seyla. 1992. *Situating the Self: Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*. Nova York: Routledge.
- Benhabib, Seyla. 2004. *The Rights of Others: Aliens, Residents and Citizens*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boltanski, Luc. 1993. *La souffrance à distance: Morale humanitaire, médias et politique*. París: Métailié.
- Bourdieu, Pierre. 1998. *La domination masculine*. París: Seuil.
- Braun, Virginia. 2009. "The Women Are Doing It for Themselves: The Rhetoric of Choice and Agency around Female Genital Cosmetic Surgery." *Australian Feminist Studies* 60:233-49.
- Butler, Judith. 1988. "Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory." *Theatre Journal* 40:519-31. Consulta 5 de setembre del 2016.
- Cavatorta, Giovanna. 2015. *Research Report: Support to Djiboutian Programmes for Women's Health*. Roma: NIHMP – National Institute for Health, Migration and Poverty.
- Charlesworth, Hillary. 1994. "What are 'Women's International Human Rights'?" Dins *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, editat per Rebecca J. Cook, 58-84. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Claramonte, Jordi. 2016. *Estética Modal*. Madrid: Tecnos.
- Coene, Gily, and Chia Longman (eds.). 2005. "Introduction: *Les paradoxes du débat sur le féminisme et le multiculturalisme*." *Féminisme et multiculturalisme: Les paradoxes du débat*, 11-32. Berna: Peter Lang.
- Crenshaw, Kimberlé. 1991. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color." *Stanford Law Review* 43(6):1241-99.
- De Miguel, Ana. 2015. *Neoliberalismo sexual*. Madrid: Cátedra.
- Delphy, Christine. 1993. "Rethinking sex and gender." *Women's Studies International Forum* 16(1):1-9.
- Diop, Nafissatou J., i Ian Askew. 2007. "Strategies for Encouraging the Abandonment of Female Genital Cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali." Dins *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editat per Rogaia Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Ehrenreich, Nancy (amb Marc Barr). 2005. "Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of 'Cultural Practices'." *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review* 40:71-140. Consulta 5 de setembre del 2016. http://www.law.harvard.edu/students/orgs/crcl/vol40_1/ehrenreich.pdf.
- El Saadawi, Nawal. 1980. *The Hidden Face of Eve: Women in the Arab World*. Londres: Zed Books.
- Fraser, Nancy. 2013. *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. Londres i Nova York: Verso Books.
- Fraisse, Geneviève. 2007. *Du consentement*. París: Seuil.
- Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torí: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Torí: Bollati Boringhieri.

- Fusaschi, Michela. 2012. "Plaisirs croisés: *gukuna-kunyaza*. Missions, corps et sexualités dans le Rwanda contemporain." *Genre, sexualité & société* 8. Consulta 25 d'agost del 2015. doi:10.4000/gss.2571.
- Fusaschi, Michela. 2013. "The Barbie look: lipoAspirazioni catodiche. Per un'antropologia critica del corpo della donna come luogo pubico." Dins *Factual, Reality, Makeover*, editat per Veronica Innocenti i Marta Perrotta, 123-47. Roma: Bulzoni.
- GAMS. 2016. "Men Speak Out." Consulta 5 de setembre del 2016. http://menspeakout.eu/?page_id=573.
- Gosselin, Claudie. 2000. "Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Hernlund, 193-214. Boulder-London: Lynne Rienner.
- Gruenbaum, Ellen. 2000. *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Filadèlfia: University of Pennsylvania Press.
- Guerra Palermo, María José. 2008. "Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres." *Isegoría: Revista de Filosofía moral y política* 38:61-76. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.3989/isegoria.2008.i38.403.
- Harcourt, Wendy. 2009. *Body Politics in Development: Critical Debates in Gender and Development*. Londres: Zed Books.
- Hartmann, Nicolai. 2015. *Ethics*. Nova York: Routledge.
- Hernlund, Ylva i Bettina Shell-Duncan (eds.). 2007. "Transcultural Positions: Negotiating Rights and Culture." *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, 1-4. New Brunswick: Rutgers State University Press.
- Hill Collins, Patricia. 1991. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Nova York i Londres: Routledge.
- Irigaray, Luce. 1977. *Ce sexe qui n'en est pas un*. París: Éditions de Minuit.
- Irigaray, Luce. 1985. *Speculum of the Other Woman*, traduït per Gillian G. Gill. Nova York: Cornell University.
- Jeffreys, Sheila. 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*. Londres i Nova York: Routledge.
- Sara Johnsdotter i Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Khamasi, Wanjiku. 2015. "Transcending Female Circumcision: A Call for Collective Unmasking." *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*, editat per Chia Longman i Tamsin Bradley, 99-110. Farnham: Ashgate.
- Koster, Marian i Lisa Leimar Price. 2008. "Rwandan female genital modification: Elongation of the labia minora and the use of local botanical species." *Culture, Health & Sexuality* 10:191-204.
- Lerner, Gerda. 1986. *The Creation of Patriarchy*. Nova York: Oxford University Press.
- Lightfoot-Klein, Hanny. 1989. *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. Nova York: Haworth Press.
- Longman, Chia i Tamsin Bradley (eds.). 2015. "Interrogating the Concept of 'Harmful Cultural Practices.'" *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*, 11-30. Farnham: Ashgate.
- MacKinnon, Catharine. 1989. *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge: Harvard University Press.
- Millett, Kate. 1970. *Sexual Politics*. Garden City: Doubleday.
- Moghadam, Valentine M. 2005. *Globalizing Women: Transnational Feminist Networks*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Mohanty, Chandra T. 1991. "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses." Dins *Third World Women and the Politics of Feminism*, editat per Chandra Mohanty, Ann Russo i Lourdes Torres, 51-80. Bloomington: Indiana University Press.
- Mohanty, Chandra T. 2003. "'Under Western Eyes' Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles." *Signs* 28(2):499-535. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1086/342914.
- Moller Okin, Susan. 1998. "Feminism and Multiculturalism: Some Tensions." *Ethics* 104(8):661-84. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1086/233846.
- Narayan, Uma. 1997. *Dislocating Cultures: Identities, Traditions, and Third World Feminism*. Nova York: Routledge.
- Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. "Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision: A feminist critique." *Feminist Theory* 5(3):281-303.
- Nnaemeka, Obioma (ed.). 2005. "African Women, Colonial Discourses, and Imperialist Interventions: Female Circumcision as Impetus." *Female Circumcision and the Politics of Knowledge: African Women in Imperialist Discourses*. Londres: Praeger Publishers.
- Núñez Puente, Sonia. 2015. "Online activism and subject construction of the victim of gender-based violence on Spanish YouTube channels: Multimodal analysis and performativity." *European Journal of Women's Studies* 22(3):319-33.
- Nuño Gómez, Laura. 2013. "Violencia y Deshumanización de las mujeres: La gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos." Dins *Violencia de Género e Igualdad: Una Cuestión de Derechos Humanos*, editat per Ángela Figueruelo Burrieza, Marta del Pozo Pérez i Marta León Alonso, 183-206. Granada: Comares.
- Oakley, Ann. 1972. *Sex, Gender and Society*. Londres: Temple Smith.
- Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa. 2013. *Resolució 1952 (2013), El dret dels infants a la integritat física*. Consulta 5 de setembre del 2016. <http://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=20174&lang=en>.
- Pateman, Carole. 1988. *The Sexual Contract*. Stanford: Stanford University Press.
- Phillips, Anne i Anne Saharso. 2008. "The rights of women and the crisis of multiculturalism (Guest editorial)." *Ethnicities* 8(3):2-12.
- Puleo, Alicia. 1995. "Patriarado." Dins *Diez Palabras Clave Sobre Mujer*, editat per Celia Amorós, 21-54. Estella: Verbo Divino.
- Rahman, Anika i Nahid Toubia. 2000. *Mutilació genital femenina: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres i Nova York: Zed Books, CRLP i Rainbo.
- Rubin, Gayle. 1975. "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex." Dins *Toward an Anthropology of Women*, editat per Rayna R. Reiter, 157-210. Nova York: Monthly Review Press.
- Saltzman Chafetz, Janet. 1990. *Gender Equity: An Integrated Theory of Stability and Change*. Newbury Park: Sage Publications.
- Sardi, Lauren M. 2016. "Male Circumcision." Dins *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, editat per Nancy A. Naples. Consulta 5 de setembre del 2016.
- Shell-Duncan, Bettina, Obiero Walter Obungu i Leunita Auko Muruli. 2000. "Women Without Choices: The Debate Over Medicalization of Female Genital Cutting and its Impact on a Northern Kenyan Community." Dins *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editat per Bettina Shell-Duncan i Ylva Herlund, 109-128. Boulder-London: Lynne Rienner.
- Showalter, Elaine. 1985. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Nova York: Pantheon Books.
- Spivak, Gayatri. 1998. *Can the Subaltern Speak?* Londres: Macmillan.
- Spivak, Gayatri. 2004. "Righting Wrongs." *The South Atlantic Quarterly* 103(2/3):523-81.
- Tamale, Sylvia. 2007. "The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights in Africa" Dins *Sex matters*, editat per Adili Zia i Billy Kahora.

- Nairobi: Urgent Action Fund,149-65. Consulta 5 de setembre del 2016. <http://www.fahamu.org/mbbc/wp-content/uploads/2011/09/Tamale-2007-Right-to-Culture.pdf>
- Tamale, Sylvia. 2011. *African Sexualities: A Reader*. Ciutat del Cap: Pambazuka Press.
- Thiam, Awa. 1983. "Women's fight for the abolition of sexual mutilation." Dins *International Social Science Journal* XXXV 4:747-57. París: UNESCO. Consulta del 5 de setembre de 2016. <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000579/057959eo.pdf#namedest=58013>.
- Varol, Nesrin, Sabera Turkmani, Kirsten Black, John Hall i Angela Dawson. 2015. "The role of men in abandonment of female genital mutilation: A systematic review." *BMC Public Health* 15:1034. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1186/s12889-015-2373-2.
- Walby, Sylvia. 1990. *Theorizing Patriarchy*. Cambridge: Basil Blackwell, Inc.
- Westercamp, Nelly, and Robert C. Bailey. 2007. "Acceptability of Male Circumcision for Prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Review." *AIDS and Behavior* 11(3):341-55. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.1007/s10461-006-9169-4.
- OMS, UNICEF i UNFPA. 1997. *Mutilació genital femenina: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Ginebra: WHO.
- OMS, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF i UNIFEM. 2008. *Eliminació de la mutilació genital femenina: una declaració interinstitucional*. Ginebra: WHO.
- Wilcken, Andrea, Thomas Keil i Bruce Dick. 2010. "Traditional male circumcision in eastern and southern Africa: A systematic review of prevalence and complications." *Bull World Health Organ* 88:907-14. Consulta 5 de setembre del 2016. doi:10.2471/blt.09.072975.
- World Vision. 2014. *Exploring the Links: Female Genital Mutilation/Cutting and Early Marriage*. Londres: World Vision.
- Zabus, Chantal. 2004. "Between rites and rights: Excision on trial in African women's texts and human contexts." Dins *Towards a Transcultural Future: Literature and Human Rights in a 'Post'-Colonial World*, editat per Peter H. Marsden i Geoffrey V. Davis. Amsterdam: Rodopy.
- Zoske, Joseph. 1998. "Male Circumcision: A Gender Perspective." *The Journal of Men's Studies* 6:189-208.

Capítol IX.

Comunicació i premsa

Objectius didàctics:

1. Sensibilitzar els estudiants de Comunicació, com a futurs professionals, sobre com es pot representar l'MGF als mitjans de comunicació;
2. Comprendre les diferents dimensions representades en diferents contextos mediàtics (cinema, notícies, etc.);
3. Conscienciar els estudiants, com a futurs professionals, sobre el silenci i els tabús que hi ha al voltant de la cobertura mediàtica de l'MGF;
4. Ser conscients de les dimensions ètiques de com es representen les pràctiques culturals als mitjans; i
5. Evitar estigmatitzar i victimitzar grups concrets amb narratives prefabricades.

Resum:

1. Un plantejament comunicatiu (Lidia Fernández Montes, URJC)
2. Mediació: els mitjans de comunicació com a agent socialitzador, creador d'identitats i mediador d'experiències (Lidia Fernández Montes, URJC)
3. El tractament de l'MGF des dels mitjans de comunicació: notícies hegemòniques, perspectives, marcs integradors de significats i imaginari dominant sobre l'MGF (Ricardo Falcão, CEI-IUL)
4. El mapatge de veus, actors, situacions i argumentaris (Diana Fernández Romero, URJC, i Sonia Núñez Puente, URJC)
5. Figurativització: la representació de la víctima (Diana Fernández Romero, URJC, i Sonia Núñez Puente, URJC)
6. Narratives de la cultura de masses: l'MGF, el cinema i la publicitat (Diana Fernández Romero, URJC, i Sonia Núñez Puente, URJC)
7. L'estigma: tabús, invisibilitats i silenci envers l'MGF (Sonia Núñez Puente, URJC)
8. Desplaçaments de les representacions convencionals (Sonia Núñez Puente, URJC)
9. Com plantejar l'MGF des d'una perspectiva de gènere i de la defensa dels drets humans (Diana Fernández Romero, URJC, i Sonia Núñez Puente, URJC)
10. La dimensió ètica (Lidia Fernández Montes, URJC)

Quadres:

Suggeriments per a l'anàlisi a l'aula
Exercicis d'avaluació

Referències bibliogràfiques

“El canvi pot produir-se a través de l’atenció contínua dels mitjans de comunicació a les conseqüències perjudicials de l’MGF sobre la salut pública, així com a l’abús dels drets de centenars de milers de dones i nenes de tot el món”.

Ban Ki-moon, secretari general de les Nacions Unides

1. UN PLANTEJAMENT COMUNICATIU

Lidia Fernández Montes (URJC)

Aquest capítol sectorial té com a objectiu ser una eina per als estudiants de Comunicació, per millorar la cobertura donada a les conseqüències de la pràctica de la mutilació genital femenina (MGF) de dones i nenes, les seves famílies i comunitats.

Els mitjans poden i han de tenir un paper crucial en promoure una major conscienciació sobre l’MGF i el compromís amb la seva abolició. Per tant, se centra en un enfocament no directiu, basat en el diàleg i el debat, i en crear un espai per a l’aprenentatge i un canvi d’actituds, com a forma de contribuir a protegir els drets i el benestar de les dones i les nenes.

Conscienciar vol dir transmetre coneixements i una comprensió profunda de la pràctica de l’MGF i la seva contextualització. Per tant, la creació de xarxes amb diferents parts interessades és clau per dur a terme la nostra feina com a comunicadors.

2. MEDIACIÓ: ELS MITJANS DE COMUNICACIÓ COM A AGENT SOCIALITZADOR, CREADOR D’IDENTITATS I MEDIADOR D’EXPERIÈNCIES

Lidia Fernández Montes (URJC)

Avui dia, ningú qüestiona l’hegemonia de la cultura dels mitjans de comunicació de masses i, per tant, en aquesta guia és fonamental que parlem de com conforma la nostra realitat.

Els mitjans tenen una influència cada vegada més gran com a instructors culturals, perquè determinen, en gran mesura, les nostres idees, hàbits i costums. Suggereixen, proposen i atribueixen models, valors i ideals que poden imposar-se amb una gran força o convicció, si es presenten en un context dramàtic o emocional que contribueix a inhibir el judici crític (Rocher 1972).

Com a institució amb una alta credibilitat, els mitjans de comunicació generen idees i pensaments que estan fortament gravats en la consciència

pública, de manera que constitueixen uns coneixements reafirmats en el teixit cultural de la societat (Thompson 1998).

Els mitjans no només proporcionen informació. També ofereixen una construcció selectiva dels coneixements de la societat, assenyalant allò que és important i allò que no ho és. Segons afirma Margarita Rivière (2003), “Els mitjans, en la meua opinió, ja no ens informen o, si ho fan, aquest és un objectiu secundari. Els mitjans, tot i que no estiguin disposats a reconèixer-ho perquè probablement no tinguin temps per perdre-hi, eduquen. Aquesta és la missió dels mitjans: l’educació permanent de les persones, creant preferències, valors, hàbits culturals, mites i antimites, i costums”.

No obstant això, no hem d’oblidar que, en alguns casos, els mitjans de comunicació poden recórrer a la seducció del periodisme sensacionalista, sovint associant l’MGF amb opinions negatives sobre la immigració i la religió, sense mostrar la realitat d’aquesta pràctica perjudicial. És per això que és tan important un bon emmarcament per part dels mitjans de comunicació.

3. EL TRACTAMENT DE L’MGF DES DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ: NOTÍCIES HEGEMÒNIQUES, PERSPECTIVES, MARCS INTEGRADORS DE SIGNIFICATS I IMAGINARI DOMINANT SOBRE L’MGF

Ricardo Falcão (*CEI-IUL*)

Com a tema mediàtic, l’MGF genera reaccions molt afectives en ser presentada, però hem d’analitzar detingudament les dimensions de la pràctica que normalment es representen als mitjans, i les que pot ser que estiguin excloses o siguin menys visibles que les altres. És percebut com el fenomen transversal que és, o hi ha algunes dimensions més evocades que altres?

En primer lloc, hauríem de decidir quin abast té el que considerem “la producció mediàtica” al voltant del tema de l’MGF. Com que es tracta d’un mòdul sobre Comunicació, ens interessa especialment mantenir un enfocament ampli, considerant tant articles de premsa escrita com documentals, per exemple. Aquestes peces transmeten dimensions diferents de l’MGF, però tant la premsa escrita com els documentals són potents eines comunicatives que actualment es poden compartir amb molta facilitat. Una és, preferentment, informativa, i l’altra, per la seva dimensió temporal, és també experiencial. Aquestes dimensions diferents també determinen les històries, com ho fan les institucions que les comuniquen, ja siguin diaris nacionals generalistes, documentals etnogràfics o videodocumentals institucionals, ja siguin gràfics o centrats en narratives en primera o tercera persona.

En termes generals, hauríem de considerar les diferències de format d'acord amb els públics a qui s'adrecin les institucions que produeixen el contingut.

Mirem, per exemple, els diaris de diferents països europeus *El País* (Espanya), *Jornal Público* (Portugal) i *Corriere della Sera* (Itàlia). Aquests diaris informen els seus lectors sobre la pràctica de l'MGF bàsicament vinculant les notícies que publiquen sobre el tema amb esdeveniments específics (p. ex., casos en els respectius països, morts per MGF, condemnes basades en la pràctica) i dedicant un lloc destacat a l'agenda contra l'MGF, informant els lectors sobre estadístiques oficials quan es publiquen, tant localment com internacionalment (coincidint amb campanyes d'ampli abast), així com anuncis públics en l'esfera política, i també en l'àmbit nacional, quan s'anuncien estudis específics i programes a escala nacional.

El focus es posa concretament en les nenes i dones que estan en risc, però també en "casos citats", si prenem com a exemple les notícies publicades durant els dos últims anys a *Jornal Público* (Portugal). Aquest enfocament només permet escoltar alguns relats personals mitjançant les veus de dones que sovint descriuen l'horror del moment en què se les va sotmetre a l'MGF, els sons de l'ablació, el fet que les subjectessin, el dolor, la pressió social, el trauma reviscut al llarg de les seves vides o, fins i tot, les conseqüències negatives per a la salut. Aquestes dimensions experièncials contribueixen a crear l'imaginari de fons contra el qual el discurs normatiu anti-MGF està legitimat. Crear un marc dins el qual comunicar sobre aquesta pràctica és concomitant amb l'establiment d'agendes.

D'altra banda, als diaris sembla haver-hi una manca perceptible de perspectiva sobre la dimensió etnològica de l'MGF, és a dir, dels significats locals atribuïts a la pràctica. Les contradiccions associades amb la representació de l'MGF com un tema relacionat amb els drets humans hi estan també infrarepresentades. Això influeix també en la visibilitat dels diversos reptes que hi ha en els camps d'acció contra l'MGF. Són molt més habituals, en canvi, l'enfocament institucional del tractament de l'MGF, d'una banda, i les estadístiques i els debats al voltant dels drets humans, d'una altra.

En canvi, i preferentment, els documentals se centren en les dimensions que són absents en les històries de por dominants sobre l'MGF i les seves contraparts, passos per eliminar el barbarisme. Als documentals, sovint se'ns trasllada directament a l'escena, ja sigui en comunitats (normalment de l'Àfrica) o mitjançant el treball de les ONG i organitzacions governamentals del sector de la salut. Sentim les veus de les dones i les seves històries intenten explicar les implicacions locals, sovint personificant el rebuig a sotmetre's a una tradició perniciosa, des de la perspectiva de les nenes en risc.

Una visió general també ens dirà que la manera com es representa l'MGF transmet d'una manera molt punyent l'horror corporal per raó del sexe i la subjugació de les dones a la cultura, però també el seu clam per alliberar-se'n. En un sentit més ampli, però, és remarcable la quantitat de comunicació centrada

en la pràctica a través d'una sèrie de lents ben definides que divideixen el tema segons el "sud tradicional" i les "conseqüències per a la salut al nord", on es protegeixen els drets de les dones i els infants.

La resistència al canvi es confronta amb la resistència a una tradició perniciosa, creant així poderoses històries de persones que s'enfronten a la societat i a les nombroses pressions a què se les sotmet. La identitat de comunitats concretes sovint es qüestiona en un plantejament mediàtic generalitzat i el relat sovint es posa en boca de persones que rebutgen sotmetre's a la pràctica o fer campanya contra ella.

La imatge creada per i en els mitjans contribueix a la retòrica contra l'MGF, centrant-se en la pràctica, en per què existeix i en com produeix víctimes i perpetradors, però, desgraciadament, poques vegades contextualitza les implicacions més profundes i la resistència menys evident.

Finalment, l'imaginari utilitzat per i en els mitjans rares vegades és gràfic, doncs es dona per suposat que les cerimònies associades amb l'MGF podrien molestar i causar un rebuig violent o respostes emocionals fortes per part dels espectadors. En canvi, la dimensió del so, sovint infravalorat en les imatges animades, sol transmetre un fort significat pels crits, la respiració nerviosa, els plors i el silenci final.

4. EL MAPATGE DE VEUS, ACTORS, SITUACIONS I ARGUMENTARIS

Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente (*URJC*)

És fonamental que identifiquem els actors i, d'aquesta manera, les veus, que articulen les trames de l'MGF si el nostre objectiu és lluitar perquè canviïn els relats dels mitjans de comunicació i per activar una transformació de les respostes polítiques i socials a l'MGF.

Un actor social es pot definir com a part d'una relació entre interacció comunicativa i una situació narrativa concreta. Tot i que un actor social pot ser col·lectiu o individual, la seva característica essencial és la posició específica que ocupa en la situació narrativa i, per tant, els seus interessos concrets en aquesta situació (Carballeda 2008; Jensen 1997).

El mapatge dels actors socials que intervenen en la construcció d'un relat concret en els mitjans de comunicació sobre l'MGF ens permet establir quina influència té aquest relat en l'eix discursiu, determinant els interessos i les influències dels actors i les veus relacionades amb l'MGF. Això fa possible la transformació de la situació narrativa en els mitjans i, en darrera instància, facilita un enfocament diferent de les invisibilitats i els silencis de les dones i nenes sotmeses a l'MGF, que no poden establir els seus propis escenaris narratius.

5. FIGURATIVITZACIÓ: LA REPRESENTACIÓ DE LA VÍCTIMA

Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente (URJC)

La representació general de les dones que han patit l'MGF té profundes implicacions en la imatge pública de les dones i nenes que s'han sotmès a aquesta pràctica. La figurativització hegemònica de la "víctima", que normalment segueix la lògica de l'espectacularització dels mitjans (una noia o una dona negra, amb robes africanes, amb la cara suficientment oculta), implica la conformació d'una sensibilitat comuna i una posició ètica, acceptada per les entitats públiques que observen la víctima, que s'exposa per a aquestes representacions. En molts casos, la dona o nena sotmesa a l'MGF es caracteritza en les històries com "l'altra", la subordinada, citada i construïda en un discurs que inspira compassió, distanciant-se alhora de les dones mutilades/circumcidades.

La representació de la subordinació pot ser una causa de distància i estigma per a aquestes dones i nenes, envers les quals sentim empatia però, al mateix temps, ens en distanciem. Amb tot, aquestes representacions també poden fer que les dones es resistixin i s'alliberin d'aquesta subordinació i facin una crida promovent pràctiques alternatives i expressant les seves emocions en relació amb aquest problema. Tal com defensa Judith Butler (1997), un subjecte que sent que es parla d'ell en un relat on s'empren termes perjudicials pot abraçar aquests termes, perquè constitueixen el subjecte social, però és també perquè els abraça que podrà resistir-s'hi o oposar-s'hi.

En la representació de dones que han patit l'MGF, l'etnicitat, la raça, el gènere, la religió i l'edat interactuen com a variables que estan encarnades en els cossos de les víctimes en processos de personificació (Romero Bachiller i García Dauder 2003). Això és la cristal·lització, o fixació, de les marques de l'exclusió i la inclusió en els repertoris figuratiu i emocional gravats en els cossos dels subjectes (Sáiz Echezarreta 2008).

6. NARRATIVES DE LA CULTURA DE MASSES: L'MGF, EL CINEMA I LA PUBLICITAT

Diana Fernández Romero i Magaly Thill (URJC)

El tractament cinematogràfic de l'MGF ofereix exemples interessants de com és possible, des dels relats de la cultura de masses, condemnar i conscienciar sobre aquesta pràctica que viola els drets de les dones.

Potser la pel·lícula documental recent més famosa és *Desert Flower* (Sherry Hormann; Regne Unit, 2009), que narra la història real de Waris Dirie, una model somali, escriptora i activista, filla de nòmades africans, a qui van tallar els genitals

quan tenia 3 anys. Hi ha un moment especialment commovedor en la pel·lícula en què la protagonista explica davant les Nacions Unides (on feia d'ambaixadora especial contra l'MGF en aquell moment) que les seves dues germanes van morir en practicar-los la mutilació i que aquesta pràctica no només s'està estenent a l'Àfrica, sinó també a altres llocs del món a causa de la migració.

Un altre exemple cinematogràfic de la lluita de les dones africanes contra l'MGF és el que es presenta a la pel·lícula de ficció *Moolaadé* (Ousmane Sembène; França, Senegal, Burkina Faso i Camerun, 2004). La protagonista, Collé Ardo, és una dona africana que ha patit la mutilació, rebutja que la seva filla hagi de passar per tot el sofriment que va patir ella i acull a altres nenes que fugen de l'ablació. D'aquesta manera, posa en pràctica el *moolaadé*, o el dret d'asil, en contraposició amb el *salindé*, o ritual de "purificació". Ardo provoca una crisi al seu poble de Burkina Faso i desencadena la rebel·lió d'altres dones que rebutgen que les seves filles siguin mutilades.

Un exemple de pel·lícula no africana és el documental *Making Pure Girls*, de Nabaz Ahmed i Shara Amin, dues cineastes kurdes que van entrevistar noies, dones i homes a molts llocs del Kurdistan Iraquià sobre l'impacte de l'MGF al llarg d'una dècada. Va ser batejada per organitzacions de base per canviar els costums envers aquesta pràctica i va acabar tenint un paper clau en l'adopció de la prohibició de l'MGF per part del govern kurd el 2011. Un curtmetratge de la BBC Arabic i *The Guardian* explica aquesta experiència (BBC 2013).

En l'àrea de la documentació audiovisual destinada a prevenir l'MGF en els països europeus, tenim pel·lícules documentals de sensibilització fetes a partir dels testimonis de dones migrants africanes, com *Bref* (Christina Pitouli; Espanya, 2013), produïda per Médicos del Mundo, o la pel·lícula *Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM)* (Dones que parlen de les seves experiències personals amb la mutilació genital femenina [MGF]), produïda pel Servei Nacional de Salut del Regne Unit (National Health Service 2015). També podem trobar vídeos animats, com l'espanyol *Mariama* (Mabel Lozano; Espanya, 2016), produït per la Unión de Asociaciones Familiares, o la breu videoponència creativa *Equals? Leyla & Emma*, produïda per l'organització britànica Daughters of Eve (Daughters of Eve 2012).

Així mateix, els aspectes antropològics de l'MGF han estat tractats en pel·lícules documentals que pretenen conscienciar sobre la pràctica per raons socioculturals. Un exemple d'aquest tipus de pel·lícula educativa és la de la Fundació Wassu-UAB *Iniciación sin mutilación* (Fundació Wassu-UAB 2013).

La publicitat és un mitjà potent amb el qual podem transmetre relats, imatges, experiències i emocions compartides, així com influir en el comportament. És per això que ha tingut un paper clau en algunes campanyes contra l'MGF, tot i que pot produir efectes col·laterals negatius, a causa de la duresa del sensacionalisme emprat per les agències publicitàries i els missatges subliminars d'estigmatització

que poden amagar contra les comunitats migrants. N'és un exemple la polèmica campanya "It Happens Here" (2015), dissenyada per Ogilvy & Mather, on es veien les banderes de països com Alemanya, el Regne Unit i Suïssa cosides juntes com a metàfora d'una vulva infibulada. Aquesta campanya, malgrat ser guanyadora del Lleó a la creativitat al Festival Internacional de Cannes, va ser molt criticada per la xarxa END FGM, en els termes següents: "L'imaginari estigmatitzador pot alienar encara més les comunitats afectades i hem d'assegurar-nos que ocupin un lloc central en l'erradicació de l'MGF (Sanghani 2015)".

7. L'ESTIGMA: TABÚS, INVISIBILITATS I SILENCI ENVERS L'MGF

Sonia Núñez Puente (URJC)

La narrativa invisible que silencia les veus de les sotmeses a l'MGF en els relats dels mitjans de comunicació segueix, entre altres factors, l'eficiència comunicativa de presentar les conseqüències en lloc d'analitzar les causes (Vila-San Juan 1999). L'estigma que, en la majoria dels casos, porta associat el tractament que se'n fa als mitjans influeix precisament en els silencis narratius provocats per l'elaboració sostinguda d'un tabú, creat al voltant de la immanència del caràcter de la víctima, sovint associat amb les dones que han patit l'MGF.

El silenci que hi ha als mitjans al voltant de l'MGF contribueix a mantenir un tabú generalitzat i elimina l'opció del receptor de redefinir la narrativa, activant una estratègia de desviació del missatge original. Els tabús que articulen els relats d'MGF són esplèndids en el context dels escenaris, dels actors i de les veus que constitueixen la seva pròpia representació als mitjans. Per generar un canvi en els relats sobre l'MGF hem de tenir en compte, en última instància, els tabús que són completament lògics per al receptor, perquè, malgrat el fet que no tenen una funció utilitària directa (Barthes 1975), expressen les condicions socioculturals en què està arrelat un relat concret, com és el cas dels relats sobre l'MGF.

8. DESPLAÇAMENTS DE LES REPRESENTACIONS CONVENCIONALS

Sonia Núñez Puente (URJC)

Les representacions convencionals de l'MGF tendeixen a presentar la dona com un personatge que no té capacitat d'actuar o amb una capacitat limitada que no es pot treure d'una història de victimització. Hem d'explorar els canals de comunicació que ens allunyen de la representació convencional de les víctimes de

l'MGF, estudiant, d'una banda, els rols dels diferents actors implicats i, de l'altra, les veus i els escenaris en què es narra l'MGF com un tema d'interès mediàtic.

L'enfocament epistemològic cap a un missatge de canvi social aconsegueix superar les representacions de la dona mutilada com un element passiu i introduir la visió d'un subjecte actiu amb capacitat per transformar la violència física i representativa de l'MGF. Per fer-ho, creiem que és necessari analitzar les iniciatives de comunicació de la resignificació de les víctimes, fent-les participar en el debat en el lloc del subjecte polític en la construcció de la identitat col·lectiva i individual. La campanya iniciada per Jaha Dukureh conjuntament amb *The Guardian* és un exemple de com desplaçar les representacions hegemòniques de l'MGF, ja que mostra la transformació de la representació de Dukureh, que passa de ser considerada exclusivament una víctima a ser considerada una de les dones més influents segons la revista *Time*.

9. COM PLANTEJAR L'MGF DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE I DE LA DEFENSA DELS DRETS HUMANS

Diana Fernández Romero i Sonia Núñez Puente (*URJC*)

Informar els altres sobre l'MGF implica compromís i determinació. Abordar l'MGF des d'una perspectiva de gènere i de la defensa dels drets humans és fonamental per desmuntar el relat majoritari de victimització, i per promoure el respecte i la dignitat de les dones que han patit aquesta pràctica.

Com assenyala la periodista Patricia Simón (2016), enfocar-ho des del punt de vista dels drets humans implica dedicar molt de temps a la recerca, "capturar moments no documentats" i donar a les dones i nenes implicades "el temps, l'espai i el silenci que es mereixen". En aquest sentit, Simón proposa evitar el clixé de la "víctima ideal" que s'ajusta a l'estereotip del subjecte passiu que vol el públic. Ben al contrari, els mitjans de comunicació han de reconèixer l'autoritat de les supervivents i deixar que parlin, si això és el que volen, evitant visions colonialistes i afavorint el seu apoderament. L'enfocament proposat també requereix, segons Simón, que prenem nota dels contextos legal, social, econòmic i polític en què es produeix la violació dels drets humans, per ajudar a comprendre el fenomen en totes les seves dimensions.

10. LA DIMENSIÓ ÈTICA

Lidia Fernández Montes (*URJC*)

Kelly Oliver (2004) formula el concepte de "testimoniatge ètnic" després d'observar que les formes hegemòniques en què es basa la informació/representació

són una “estratègia de reconeixement acomodativa” en què només és possible comprendre coses amb les quals estem familiaritzats.

Per corregir-ho, Oliver posa èmfasi en el valor ètic i polític del paper de l'espectador, és a dir, no només exigint responsabilitats als altres o a un mateix, sinó tenint un impacte en la responsabilitat envers els altres o a si mateix.

Tal com assenyalen les professores Gámez i Núñez (2013), “Per donar testimoni ètic, hi ha un primer pas, que és efectivament el reconeixement d'allò que veiem però, més enllà d'això, el relat ha d'activar els mecanismes necessaris perquè el subjecte espectador pugui actualitzar la seva responsabilitat en relació amb allò que veu”, en aquest cas, l'MGF.

Suggeriments per a l'anàlisi a l'aula:

- 1) Audiovisual: Comproveu la llista de pel·lícules i documentals sobre l'MGF i proveu de trobar diferents enfocaments del tema: primera o tercera persona, vídeos institucionals o documentals, i experiències personals o centrades en la salut. Debateu sobre les diferents dimensions i conseqüències temporals d'aquests enfocaments.
- 2) Diaris: Feu una cerca en els diaris del vostre país i comproveu com utilitzen la criminalització i la publicació d'estadístiques. Comproveu el nombre de casos o condemnes relacionats amb l'MGF, sol·licituds d'asil o països d'origen que hi podem trobar.
- 3) Comparació de fonts: Observeu l'escassetat de punts de vista etnogràfics als diaris, en contraposició amb la seva abundància relativa en els materials audiovisuals. Debateu sobre les diferents implicacions d'aquest fet.

Exercicis d'avaluació

1. Després de llegir el contingut i les referències d'aquesta guia, escriviu un article de premsa escrita sobre l'MGF a Europa (900 paraules).
2. Escriviu una comparació entre aquests dos vídeos, tenint en compte les millors i pitjors pràctiques:
<https://www.youtube.com/watch?v=a3wjsnbat98>
https://www.youtube.com/watch?v=tt8_tvhl4qg
 Quina imatge es dona, de les nenes i les dones? Es parla dels motius culturals pels quals es fa aquesta pràctica? Quins aspectes de la lluita contra l'MGF es recalquen més a cada vídeo?

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Barthes, Roland. 1975. *Roland Barthes par Roland Barthes*. París: Editions du Seuil.
- BBC. 2013. *FGM: The film that changed the law in Kurdistan* (un vídeo sobre el documental Making Pure Girls). Consulta del 5 d'octubre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=dhlf0bojwzm>.
- Butler, Judith. 1997. *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. Nova York i Londres: Routledge.
- Carballeda, Alfredo. 2008. *Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Barcelona: Paidós.

- Daughters of Eve. 2012. *Equals? Leyla & Emma*. Consulta del 5 de setembre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=Wj6W66RniJ8>.
- Dirie, Waris. *Desert Flower*. DVD. Dirigit per Sherry Hormann. Regne Unit-Alemanya-Àustria-França: Torus/BSI/Dor Film/Backup Films/Majestic/Mr. Brown Entertainment/BAC Films/ARD, 2009.
- Gámez, M^a José i Sonia Núñez. 2013. "Media, ethics and gender-based violence: moving beyond victimization." *Asparkia* 24:145-160.
- Guardian, The. 2015. "Highlights of the Guardian's Global Media Campaign to help end FGM." Consulta del 25 de juny de 2016. <https://www.theguardian.com/society/video/2015/feb/06/highlights-of-the-guardians-global-media-campaign-to-help-end-fgm>.
- Guardian, The. 2016. "Jaha Dukureh: From FGM survivor to Time's 'most influential' list - video." Consulta de l'1 de novembre de 2016. <https://www.theguardian.com/society/video/2016/apr/22/jaha-dukureh-from-fgm-survivor-to-times-most-influential-list-video>.
- Jensen, Klaus Brhun. 1997. *La semiótica social de la comunicación de masas*. Espanya: Bosch.
- Lozano, Mabel. *Mariama*. DVD. Dirigit per Mabel Lozano. Espanya: UNAF, 2016.
- National Health Service. 2015. *Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM)*. Consulta del 15 de setembre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=531RXHalKuI>.
- Ogilvy & Mather Group UK. 2015. "It Happens Here." Consulta del 15 de juliol de 2016. <https://ogilvy.co.uk/news/new-ogilvy-mather-london-unveil-thought-provoking-print-and-outdoor-campaign>.
- Oliver, Kelly. 2004. "Witnessing and Testimony." *Parallax* 10(1):79-88.
- Pitouli, Christina, i Ana Pozo. *Bref* (subtítols en anglès). DVD. Dirigit per Christina Pitouli. Espanya: Metges del Món, 2013. Consulta de l'1 de novembre de 2016. <https://vimeo.com/58378989>.
- Rocher, Guy. 1972. *A general introduction to sociology: A theoretical perspective*. Toronto: Macmillan Co. of Canada.
- Romero Bachiller, Carmen i Silvia García Dauder. 2003. "Saturaciones identitarias: de excesos, materialidades, significación y sus (in)visibilidades." *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista* 2:37-56.
- Sáiz Echezarreta, Vanesa. 2008. "Resolución de la distancia moral a través de la mediación experta de las ONGD." *CIC Cuadernos de Información y Comunicación* 13:79-106.
- Sembène, Ousmane. *Moolaadé*. DVD. Dirigit per Ousmane Sembène. França, Senegal, Burkina Faso i Camerun: Ciné-Sud Promotion/Centre Cinématographique Marocain/Cinétélefilms, 2004.
- Simón, Patricia. 2016. "Investigar para narrar." Conca: Facultad de Periodismo de la Universidad de Castilla-La Mancha. Consulta del 5 de setembre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=OTqvLJoBHKQ>.
- Rivière, Margarita. 2003. *El malentendido. Cómo nos educan los medios de comunicación*. Barcelona: Icaria.
- Sanghani, Radhika. 2015. "'Disgusting' FGM campaign wins prestigious advertising awards at Cannes." *The Telegraph*, 26 de juny. Consulta del 5 de setembre de 2016. <http://www.telegraph.co.uk/women/womens-life/11699603/fgm-ogilvy-campaign-wins-cannes-lion-awards.html>.
- Vila-San Juan, Rafael. 1999. "¿Sabemos de qué hablamos cuando hablamos de guerra?" *Papeles de Cuestiones Internacionales* 3:133-143.
- Thompson, John B. 1998. *The Media and Modernity: A Social Theory of the Media*. Stanford: Stanford University Press.
- Fundació Wassu-UAB. 2013. *Iniciación sin mutilación*. Consulta del 5 de setembre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=7PtHCjdDI2M>.

