

6. Scripcaru Gheorghe, Ciucă Aurora, Astărăstoae Vasile, Scripcaru Călin. *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*. - Iași, 1998
7. Țirdea Teodor N. *Elemente de Informatică socială, Sociognitologie și Noosferologie*. - Chișinău, 2001. – 272 p.
8. Țirdea Teodor N. *Elemente de Bioetică*. Chișinău, 2005. – 178 p.
9. Поттер Ван Ранселер. Биозтика: мост в будущее. - Киев, 2002;
10. Швейцер Альберт. Благоговение перед жизнью. - Москва, 1992.

## **PACIENTUL TERMINAL ȘI DILEMA ETICĂ A COMUNICĂRII DIAGNOSTICULUI ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ AUTOHTON**

**Adriana Paladi, Rodica Gramma**

Catedra Filosofie și Bioetică USMF „Nicolae Testemițanu”

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Terminally ill Patient and Ethics Dilemma of diagnosis Communication in the National Public Health System***

Information of patient on diagnosis, treatment and benefits are actions integrated in medical practice and become imperative at least during last several decades. Communication of diagnosis when the pathology does not present major risks for the patient's life is welcomed by the doctors. Things become more complicated when we speak about terminally ill patients. In the national healthcare system cases when doctors do not tell the patient any negative information are frequently met. In the present article the author tried to make a critical analysis of dilemma of communication-miscommunication of lethal diagnosis from the perspective of three fundamental ethics conceptions: Aristotle theory of virtues, Utilitarian theory and the Im. Kant deontological theory. It is proposed a positive approach of the relationship doctor-patient excluding communication conflicts existing and dilemma between “principle of sacral lie” and “justified medical truth”.

### **Rezumat**

Informarea pacientului cu privire la diagnostic, tratament, riscuri și beneficii sînt acțiuni integrate în practica medicală și devin imperative de cel puțin ultimele cîteva decenii. Comunicarea diagnosticului cînd patologia nu prezintă riscuri iminente pentru viață este considerată salutară de către medici. Lucrurile însă se complică cînd este vorba de pacienții terminali. În sistemul de sănătate autohton se atestă frecvent cazuri de ezitare din partea medicilor în enunțarea informației negative pacientului. În articolul dat s-a încercat analiza critică a dilemei comunicării-necomunicării diagnosticului letal din perspectiva a trei concepții etice fundamentale: teoria aristotelică a virtuții, teoria utilitaristă și teoria deontologică a lui Im. Kant. Se propune o abordare pozitivă a relației medic și pacient cu excluderea conflictelor de comunicare existente astăzi și a dilemei dintre „principiul minciunii sacre” și a „adevărului medical justificat”.

Acordul informat în ultimul deceniu devine o realitate a activității clinice autohtone. Deși este privit de multe ori ca o procedură formală ce constă în semnarea de către pacient a unui „document” (semnificația căruia, de altfel, rămîne neclară în multe cazuri pentru cel subsemnat) care legitimează în conformitate cu regulamentele naționale și internaționale intervenția medicală necesară, el tinde totuși să depășească excesiva formalizare prin etalarea practică a avantajelor iminente: avantaje morale, juridice și sociale. Avantajele morale pot fi restrictiv reduse la conștientizarea de către pacient a propriei valori morale și a dreptului de a fi tratat cu demnitate de către medic, dar și satisfacția morală a celui din urmă, cîștigată prin abținerea de la

tendențele inconștiente de dominante, încurajate de poziția profesională favorabilă a sa în raport cu cea defavorabilă și dependentă a pacientului. Acordul informat, adecvat realizat, poate fi privit și ca un mijloc de protecție a medicului în cazul unor litigii inițiate de pacient, ce pretind că au fost supuși unor intervenții ilicite. Asemenea situații rezumă avantajele juridice ale acordului în cauză. Un ultim avantaj, într-o ordine a enumerării dar nu și a importanței, este cel social: obținerea acordului poate fi considerat un proces de educare cu valențe informative cât și formative (subiectului i se dezvăluie o secvență a evoluției științei medicale, ceea ce îl informează, și, totodată, i se cere asumarea responsabilității pentru propriile acțiuni în limitele programului terapeutic, ceea ce consolidează nucleul autonomiei sale personale). Acest ultim rol al acordului informat este de o deosebită importanță mai ales pentru statele trecute prin regimuri politice totalitare, care inhibă autonomia atât la nivel individual cât și la nivelul paternului cultural sau spiritului colectiv. Asumarea de către medici a rolului de „educator” este, de fapt, o recunoaștere implicită a idealurilor și drepturilor omului, consemnate de Declarația Drepturilor Omului (1947), dar și o contribuție a lor la menținerea și consolidarea acestor achiziții tardive ale civilizației.

Însă, necățînd la avantajele sus enunțate informarea pacientului rămîne o problemă intens polemitată atît în context academic cât și cel clinic, atunci cînd e vorba de un diagnostic potențial letal. În occident practica de enunțare a diagnosticului letal este consecvent implementată începînd cu a doua jumătate a secolului al XX-lea. Ea este fundamentată de principiul autonomiei pacientului, în conformitate cu care acesta are dreptul și competența de deliberare - decizie asupra propriei vieți indiferent de contextul existențial. Pe de altă parte, ea este justificată de necesitatea clinică de complianță a pacientului la terapie. Nicolae Miu afirmă: *„Comunicarea diagnosticului de boală potențial letală este obligatorie pentru a ne putea asigura de participarea bolnavului la terapia și îngrijirea sa. Medicul curant este răspunzător de această sarcină care nu e un simplu verdict ci un proces complex, desfășurat în etape succesive”* [1, p.210-254].

În contextul clinic autohton, în ciuda tendințelor de globalizare și creare a unor standarde comune de acivitate în variate domenii, inclusiv cel medical, persistă practica de refuz al informării adecvate sau complete al pacientului cu un atare diagnostic, fără ca să existe un refuz anterior al pacientului de a fi informat, așa cum cere practica juridică internațională (de exemplu, în Declarația de la Oviedo a Consiliului European din 1996, cu privire la dreptul de „a nu ști”, este stipulat că informația poate fi derogată doar în cazul de refuz al pacientului de a fi informat).

Întrebîndu-ne asupra fundamentelor unui asemenea tip de comportament clinic putem aserta că el își trage originea din tradiția paternalistă [2, p.40] de relaționare a medicului cu pacientul, unde medicul se presupune a fi persoana autoritară, prin competență, și pe deplin responsabilă în raport cu pacientul, iar pacientul – persoana dependentă (supusă), prin incompetență, și pe deplin încrezătoare în buna intenție a medicului în raport cu dînsul. În asemenea tip de relaționare stă la discreția medicului de a decide sau nu să informeze pacientul terminal despre diagnosticul său, cu condiția că această decizie să fie luată în conformitate cu beneficiul pacientului. Întrucît simțul comun sugerează precum că informația negativă și mai cu seamă informația cu privire la o stare de incurabilitate produce reacții (consecințe) negative, decizia medicului va tinde să fie luată în detrimentul enunțării diagnosticului. Prin urmare tradiția paternalistă și evidența necritică au stat și mai stau la temelia acțiunilor clinice de refuz al informării bolnavilor terminali despre diagnosticul lor.

În cele ce urmează vom încerca să formulăm un răspuns la întrebarea „trebuie medicul să spună sau nu adevărul despre diagnosticul său pacientului terminal?” din perspectiva a trei concepții etice fundamentale: concepția teleologică (teoria virtuții lui Aristotel), concepția deontologică (teoria etică a lui Kant) și cea utilitaristă (teoriile morale ale lui Bentham și J.S.Mill).

Aristotel [3] dezvoltă o teorie etică a autorealizării în conformitate cu care noi ca ființe umane deținem în potență virtuți morale care pot și sînt actualizate doar prin practică. Devenim dreți doar procedînd drept sau devenim generoși doar oferind (dînd) etc. Dar noi putem, de

exemplu, oferi mult prea puțin și atunci sîntem zgîrciți, sau putem da prea mult și atunci putem fi considerați risipitori. În această ordine de idei, Aristotel definește virtutea ca o stare de mijloc între două tipuri de vicii, unul ce se naște din exces, iar altul din deficiență. Astfel, generozitatea este cale de mijloc dintre zgîrcenie (deficiență), pe de o parte și risipă (exces) pe de altă parte, curajul se naște prin evitarea lașității (deficiență) și a temerității în același timp, iar modestia este cale de mijloc dintre timiditate și obrăznicie. Pentru a trăi moral sau virtuos, trebuie să găsim punctul de mijloc între două extreme. Cu alte cuvinte, o viață trăită virtuos este una trăită într-o manieră cumpătată. Pentru a fi morali trebuie să fim moderați (măsurați) în toate. Este de menționat faptul că Aristotel nu oferă un criteriu riguros al cumpătării, ci dimpotrivă afirmă că un atare criteriu nici nu există. Atunci cînd vrem să fim cumpătați trebuie să ținem cont de „Mijlocul de aur” al propriei noastre perspective. Sau, trebuie să ne cunoaștem propria noastră măsură.

În viziunea aristotelică conceptul de virtute nu se aplică tuturor tipurilor de activitate, căci pentru o seamă de acte comportamentale nu există o cale de mijloc. De exemplu oamenii pot mîncă sau bea moderat (cu măsură), dar ei nu pot moderat să omoare, fure sau mintă. Așa tip de acțiuni sînt prin sine însuși etichetate ca fiind amorale. Așa fiind, dacă doctorul pretinde de a fi moral, el trebuie să fie onest oricînd, chiar dacă are în față un bolnav terminal cu sindrom depresiv major. Actul moral se realizează nu sub influența unor circumstanțe presante, ci uneori chiar în pofida lor, dar totdeauna în conformitate cu rațiunea. În același timp, actul virtuos nu poate fi unul accidental în viziune aristotelică, ci o manifestare a unei trăsături morale durabile de caracter. Revenind la situația de informare a bolnavului terminal, menționăm că întrebarea potrivită din punctul de vedere aristotelian, s-ar referi nu la a spune sau nu adevărul, ci la cum și cînd de spus acest adevăr? Răspunsul la această interogație în termenii concepției lui ar fi că adevărul trebuie spus într-o manieră moderată (precaută) ceea ce ar putea să însemne „cu cuvinte potrivite și într-o situație adecvată”, evitînd suprainformarea, pe de o parte și refuzul de a informa, pe de altă parte.

Utilitariștii [4, p.384-385] realizează o schimbare de perspectivă în abordarea moralității: dinspre problema virtuții și dezvoltării caracteriale spre considerații cu privire la societate și lege. Moralitatea nu este doar o chestiune personală consacrată în exclusivitate auto-realizării (autodevenirii), așa cum o vede Aristotel, ci se referă și la binele comun și la menținerea ordinii publice. Stabilirea unui fundament al criticismului moral este indispensabilă procesului de construire a unei societăți mai bune și mai drepte prin perfectarea bazei legislative. În viziunea celor doi reprezentanți semnificativi ai abordării utilitariste (Betham și Mill), legislația este elementul crucial în obținerea binelui individual și cel social în ansamblu.

Ambii filosofi utilitariști promovează drept bază morală a unei legislații adecvate principiul „*fericirii maxime pentru un număr maximal de persoane*”, în conformitate cu care o acțiune poate fi estimată ca fiind morală, dacă consecințele ei sînt cît posibil de bune pentru un număr de persoane cît posibil de mare. Și dacă legislația promovează astfel de acțiuni și consecințe, ea este considerată una adecvată.

Revenind la problema noastră, putem presupune că, din perspectivă utilitaristă, relația medic pacient ar trebui să fie ghidată de legi, coduri, convenții sociale fundamentate pe principiul celor mai bune consecințe pentru cel mai mare număr de indivizi. Să admitem că doctorul cazului nostru minte pacientul cu privire la diagnostic, din buna intenție de a nu dăuna celui din urmă. Ca rezultat, pacientul va trăi o stare de mulțumire/fericire de scurtă durată eclipsată gradual de persistența sau acutizarea durerii și finalmente înlocuită de un sentiment profund de decepție, care poate afecta în mod periculos viața pacientului și într-un mod neplăcut viața doctorului. Din cele expuse reiese că spunerea neadevărului nu poate fi o regulă de conduită, dat fiind că nu maximizează fericirea sau atenuază durerea la un număr maximal de persoane și deci, prin contrast, o normă de conduită pentru medici, în cazul bolnavilor terminali, relevată de analiza utilitaristă a consecințelor, ar fi aceea că „doctorul trebuie să spună adevărul pacienților”.

Kant schimbă perspectiva, dând prioritate în evaluarea etică acțiunii în sine și nu consecințelor acestei acțiuni. Conform opiniei lui, de fiecare dată când acționăm în mod voluntar, noi ne ghidăm după anumite reguli (maxime), de care, de altfel, sîntem sau nu conștienți în momentul acțiunii, dar de care devenim conștienți, odată puși în situația de a ne justifica comportamentul în fața altora sau în ochii noștri înșine. Pentru a distinge maximele comportamentale morale de cele amorale, Kant formulează imperativul categoric, cel mai bine cunoscut în următoarea formulă: *Acționează astfel încît maxima voinței tale să poată oricînd valora în același timp ca principiul unei legislații universale* [5]. În conformitate cu această formulă, o maximă este morală dacă, fără de contradicție, este dorită a fi regulă de conduită pentru oricine, fără de excepție. De exemplu maxima „Minte pentru a obține cea ce dorești” nu poate fi una morală căci nimeni, nici cel mai învederat mincinos, nu ar accepta-o (dori-o) ca lege universală de comportament. Dacă o persoană alege să spună neadevărul în anumite cazuri, ea ar trebui să dorească să fie victimizată de un mincinos, escroc sau trișor. Prezumtiv, nimeni nu își dorește să fie amăgit, de aceea nici un gînditor rațional, din punctul de vedere al lui Kant, nu ar accepta o astfel de maximă.

Revenind la întrebarea incipientă, kantian vorbind, am putea afirma că doctorul, ca de altfel orice ființă umană, pentru a rămîne o persoană morală **trebuie** să spună adevărul în orice condiții și circumstanțe. Acest **trebuie**, venind nu din constrîngeri exterioare, ci din voință sfîntă (datoria fiecăruia) de a urma propria lege morală care prin definiție este legea morală a tuturor.

Astfel, putem afirma că toate cele trei abordări etice ajung prin modalități diferite la același rezultat și anume: neenunțarea pacientului terminal a informației adecvate cu privire la condiția lui medicală este, teoretic vorbind, nejustificată din punct de vedere moral. Trebuie de menționat, însă, că, în limitele acestei reflecții teoretice, puțin forțate de necesitatea empirică, este intercalabilă o opinie moderată, în conformitate cu care refuzul de a informa este inacceptabil, dar este permisă moralmente o limitare a informației, în vederea salvagărdării interesului pacientului, cu obligativitatea condiției de analiză prealabilă critică a acestui **interes** în funcție de natura patologiei, de evoluția sa previzibilă și de personalitatea pacientului. Această opinie, după cum s-a enunțat, este posibilă, cu o fundamentare în spiritul eticii aristotelice, utilitariste și kantiene, cu condiția că este vorba nu de o **limitare în esență** a informației, ci doar de una **în aparență (în formă)**.

Trebuie să recunoaștem, comunicarea rezultatului grav este unul dintre cele mai grele aspecte ale comunicării între medic și pacient, la care, cu regret se acordă insuficientă atenție de către unii dintre medicii din sistemul de sănătate autohton, precum și în procesul de instruire a viitorilor specialiști.

Unii profesioniștii din domeniul oncologic sugerează cîteva modalități de lucru în situațiile de informare a bolnavilor cu diagnostic fără speranțe [7, p.235]. Se propune de a evita comunicarea diagnosticului celor care nu au bănuțit deloc caracterul inefabil al evoluției bolii și celor care au, pe moment o stare generală bună. Informația poate fi sugerată cu prudență celor cu caracter puternic, care apreciază demnitatea adevărului mai mult decît subiectivismul tragic, precum și celor care au intuit deja diagnosticul trist, refuzînd tratamente și intervenții salvatoare. Astfel, medicul va trebui să delibereze cu minuțiozitate pe o criteriologie psiho-medicală, ținînd seama de inserția socio-profesională și familială a bolnavului incurabil.

Însă, actul de individualizare, în condițiile structurii actuale a sistemului de sănătate, se ciocnește cu o altă dilemă serioasă în luarea deciziilor medicale referitoare la informare. *Pe de o parte*, medicul este obligat de către legea drepturilor pacientului să ofere bolnavului informația deplină despre starea sănătății sale și amenințat cu pedeapsa (bolnavul poate apela la judecată), în cazul tăinuirii unor informații importante referitoare la situația sa. *Pe de altă parte*, specificul medicinei contemporane este **specializarea îngustă**, fapt care înstrăinează relațiile medicului cu pacientul, le face de scurtă durată, fără stabilirea unui contact și a încrederii pacientului. În circumstanțele date medicul nu poate cunoaște specificul caracterului fiecărui bolnav în parte, deoarece pentru aceasta este nevoie de un contact pe o durată mai lungă, o colaborare mai strînsă. Specialistul poate oferi rece și într-un mod indiferent rezultatele investigațiilor, fapt ce

poate fi urmat de disperarea, spaima sau chiar moartea precoce a pacientului (activitatea medicală ne poate aduce multe exemple de suicid, atac de cord pe fondul unor emoții negative etc.).

Astfel, este necesar de a deosebi două modele de bază ale acordului informat: *modelul static, sau fragmentar și modelul procesual sau de durată* [8, p.221]. În cazul primului model, relația medic-pacient este de scurtă durată. Medicul oferă informația deplină despre boală și tratament, cere acordul pacientului și apreciază evoluția de mai departe a stării bolnavului. Se lucrează în limite temporale bine stabilite. În principiu, nu este încălcat nici un aspect al acordului informat, însă din punct de vedere filosofico-bioetic nu este respectat specificul individualității, nu sînt luate în considerație particularitățile psihologice ale persoanei precum și necesitatea acesteia într-un sprijin moral din partea medicului, pe parcursul întregii proceduri de investigare, tratament și remisie (sau evoluție) a bolii.

Nu trebuie să uităm că, în timp ce pentru medic e doar un rezultat simplu de analiză sau un diagnostic, comparativ poate mai optimist decît în cazul altor bolnavi care îi tratează, pentru pacientul care îl primește poate fi un șoc, o prăbușire a lumii sale. Este important că mulți specialiști recomandă repetarea testelor pentru reconfirmarea diagnosticului, înainte de a informa pacientul despre acesta. Chiar dacă este costisitoare și necesită timp suplimentar, o astfel de măsură poate fi benefică bolnavului și aceasta trebuie să fie obligatorie în cazul comunicării pronosticurilor nefavorabile. Nu de puține ori, diagnostice rezervate au fost infirmate de analize ulterioare.

Pentru a evita efectele negative ale momentului de informare este necesar ca, înainte de a divulga rezultatul nefavorabil, medicul să se informeze suplimentar despre pacient, viața lui, valorile și abilitățile. Pacientul poate avea nevoie de o informare suplimentară, fapt care indică necesitatea celui de al doilea model – *procesual*, conform căruia acceptarea deciziei medicale constituie un proces îndelungat, iar schimbul de informație trebuie să fie pe tot parcursul interacțiunii medicului cu pacientul. Condițiile create de acest model sînt mult mai favorabile pentru realizarea autodeterminării pacientului. Se face posibilă excluderea comportării formale a medicului față de bolnav și limitarea substanțială a recidivelor paternalismului. Se stabilește o legătură strînsă între medic și pacient, bazată pe încredere și speranță. În urma unui contact mai îndelungat cu pacientul, medicul poate afla caracterul bolnavului, statutul emoțional, astfel reușind să aleagă modalitatea corectă de oferire a informației despre boală și prognosticul ei.

Astfel, observăm că actul informării în medicină se cere individualizat la maximum, maniera variind de la caz la caz, fiind adaptată și la psihologia medicului care face comunicarea. Fiecare bolnav are o structură psihică unică, astfel încât o soluție de comunicare găsită de medic nu poate fi aplicată în bloc tuturor pacienților. Nu e nevoie ca medicul să fie psiholog sau magician pentru a ghici firea pacientului, poate însă adopta o atitudine care să vină în întîmpinarea nevoilor bolnavului. Desigur, de multe ori va fi necesar o colaborare, un lucru în echipă a cîtorva specialiști: chirurg, psiholog, preot etc. Atitudinea binevoitoare, inspirarea încrederii, empatia medicului pot face minuni

Este foarte important anturajul, condițiile mediului în care se anunță diagnosticul nefavorabil [6]. Mai întîi de toate este necesar de asigurat un spațiu separat, liniștit, unde intimitatea va fi posibilă (fără telefoane, colegi care intră neinvitați etc.). Medicul își va planifica timp suficient pentru a asculta pacientul, a explora ceea ce el știe despre boala sa și ce dorește să cunoască, a înțelege reacțiile și motivațiile lui, sau ce planifică să întreprindă și căruia apropiat dorește eventual să comunice informația primită. Întotdeauna informația se leagă de un angajament ferm de acordare a suportului necesar (luare în considerare a pacientului ca persoană, a nevoilor sale psihologice, de înțelegere a durerii și disperării sale, susținerea în inițierea unui tratament adecvat, dacă este necesar). Se va apela la laturile puternice ale caracterului persoanei bolnave pentru a-l convinge să lupte împreună contra maladiei, cerîndu-i ajutorul și totodată oferindu-i ajutor.

Foarte frecvent se atestă o atitudine ambivalentă a bolnavului vizavi de „adevăr” și de aceea este necesară formularea cu precizie a informației pe care pacientul dorește s-o primească

în mod real. De fapt, bolnavul nu poate înțelege dintr-o dată ceea ce recepționează precum și întreg spectru de consecințe ale maladiei care o suportă. În fiecare etapă a bolii, putem observa reacții aparente de fugă, de negare sau de evitare, care nu trebuie luate drept demisie, dar sunt reflexii ale resentimentelor pacientului și ale modului său propriu de a reacționa. Ele trebuie acceptate și respectate. Pacientul trebuie să simtă atât responsabilitatea deciziei sale, cât și sprijinul oferit de către medic. Numai așa se va ajunge la o colaborare pozitivă dintre medic și pacient cu excluderea conflictelor existente astăzi dintre „principiul minciunii sacre” și „adevărului medical justificat”.

### **Bibliografie**

1. Nicolae Miu, Științele comportamentului, Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
2. Teodor N. Țârdea, Elemente de Bioetică. Suport de curs, Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.
3. Aristotel, Etica Nicomahică, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1988.
4. Ernest Stere, Din istoria doctrinelor morale, Iași: Editura Polirom, 1998.
5. Imm.Kant, Întemeierea metafizicii moravurilor. Critica rațiunii practice, București: Editura științifică, 1972.
6. Lazăr G., Aspecte deontologice în procesul consilierii, Note de curs. București: Universitatea, 2006.
7. Mereuță I., Filozofia patologiei și dezvoltării societății noastre, Chișinău: Editura AȘRM, 2003.
8. Țârdea T.N. Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme, Editura UASM, Chișinău, 2000.

## **MUTILAREA GENITALĂ FEMININĂ – ASPECTE MEDICALE ȘI BIOETICE**

**Iurie Arian**

(Coordonator științific: dr. in polit., conf. univ, Serghei Sprincean)  
Catedra de Filosofie și Bioetică USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Female genital mutilation-medical and bioethical aspects***

Female genital mutilation (FGM), called also female genital cutting (FGC), represents a reproductive health and human rights concern, with devastating short- and long- term impacts on women and girls life. The procedure is risky and life-threatening for the girl undergoing the procedure and throughout the course of her life. Despite global efforts to promote abandonment of the practice, FGM remains widespread in many developing countries, and not only.

### **Rezumat**

Mutilarea genitală feminină (MGF), de asemenea numită și circumcizia feminină, este o referiță a sănătății reproducerii și a drepturilor omului, cu un impact devastator asupra vieții femeilor și a fetelor, care se poate manifesta fie pe termen lung sau scurt. Procedura este riscantă și pune în pericol viața fetei pe durata procedurii și la fel pe tot parcursul vieții ei. În ciuda eforturilor globale de a promova abandonarea acestei practici, MGF rămâne a fi practică pe larg în multe țări în curs de dezvoltare și nu numai.

### **Actualitatea temei**

Termenul "mutilarea genitală feminină" (MGF) se referă la toate procedurile care includ excizia parțială sau totală a organelor genitale feminine externe sau orice altă intervenție asupra organelor genitale feminine pentru cauze culturale sau altele care nu țin de