



Editorial

La mutilación genital femenina en la atención primaria en España

Female genital mutilation in primary care in Spain



La mutilación genital femenina (MGF) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como un proceso que implica la resección parcial o total de los órganos genitales externos femeninos por motivos no terapéuticos. Algunos autores han calificado esta definición de etnocéntrica por excluir procedimientos terapéuticos de la medicina occidental¹. La MGF atenta contra la salud física, psicológica y social de millones de niñas en todo el mundo y representa una flagrante vulneración de los derechos humanos². Los datos de la UNICEF para el 2015 ascienden a 200 millones de niñas y mujeres afectadas en todo el mundo³.

La MGF tiene una amplia distribución geográfica en África, Oriente Medio y países asiáticos. Actualmente se encuentra presente en los cinco continentes, ya sea por conservar o difundir las costumbres a través de los movimientos migratorios. En España, estas prácticas llegan con migrantes de Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea y Ghana, que arriban con más frecuencia en las comunidades autónomas de Cataluña, Aragón, Valencia, Andalucía y Madrid. Se estima que se superan las 10.000 mujeres con MGF, generalmente en núcleos grandes de población⁴. Nos encontramos con una situación emergente en las que cientos de niñas en España podrían estar en riesgo de ser mutiladas cuando salen de vacaciones a sus países de origen.

La OMS clasifica a la MGF en cuatro tipos:

Tipo I o clitoridectomía: extirpación parcial o total del clítoris y/o del prepucio.

Tipo II o excisión: extirpación parcial o total del clítoris y labios menores, con o sin escisión de labios mayores.

Tipo III o infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio del clítoris y el glande del clítoris.

Tipo IV: incluye diversas prácticas lesivas de los genitales femeninos con fines no médicos (punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital). La OMS incluye subdivisiones para los tipos I, II y III⁵.

En cualquier caso, la mutilación se practica sobre una zona funcional femenina profusamente vascularizada, muy innervada y con alto riesgo hemorrágico⁶. Las consecuencias y daños físicos dependerán del tipo de corte, así como de las zonas afectadas. El tipo III (infibulación) suele ser la mutilación más severa, ya que afecta al clítoris y a los labios mayores y menores. Entre los daños

inmediatos se presenta hemorragia aguda que puede causar la muerte⁶⁻⁸, *shock* por dolor⁹, infección y septicemia^{6,9,10}, retención de orina¹, tétanos o contagio de hepatitis B, C o HIV. Las complicaciones físicas posteriores se asocian frecuentemente al tipo II o III^{9,11}. Se reportaron complicaciones a largo plazo como fibrosis por la cicatrización, cicatrizaciones anormales, queloides, quistes dermoides e infecciosos^{6,10,11}, tumores, dismenorrea⁹, hematomos^{6,10}, retención de orina y daño uretral¹², formación de cálculos, enfermedad inflamatoria pélvica de origen bacteriano que puede causar infertilidad^{11,12} y herpes simple. También se registran complicaciones en la salud sexual y reproductiva como dispareunia, anorgasmia o disminución del placer sexual. La MGF se ha asociado a problemas durante el parto con mayor número de cesáreas y episiotomías, estenosis vaginal, sufrimiento fetal, incremento del riesgo de mortalidad materno infantil, especialmente en tipo III^{6,7,12}. La OMS, mediante un estudio realizado en 2006, concluyó que existe una correlación entre las complicaciones durante el embarazo, alumbramiento y puerperio con mujeres que sufrieron la MGF³. Entre las consecuencias psicosociales se encuentran ansiedad, depresión y angustia^{6,11}.

En cuanto a las actuaciones médicas nos encontramos en dos situaciones diferentes: 1) detección del hecho consumado, y 2) prevención en situaciones de riesgo. La atención primaria, por su cercanía con las familias y su seguimiento constituye un entorno privilegiado para la detección y prevención de estas prácticas. Sin embargo, hay pocos estudios en España que vinculen la atención primaria y la MGF. En el primer caso, el profesional sanitario está obligado a denunciar^{7,13} y poner en conocimiento de la fiscalía para no incurrir en la comisión del delito de omisión⁷. Una encuesta realizada entre profesionales sanitarios en Barcelona evidencia la necesidad de mayor formación al respecto: el 56% no identificó correctamente la tipología y el 17% prefería ignorar la MGF⁷. En el segundo caso, la prevención es fundamental para reducir esta práctica. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de comunicar las situaciones de riesgo ante los servicios de protección de menores⁴. Aquí también es recomendable incidir en cursos de formación y sensibilización de los profesionales, ya que en ocasiones esta práctica es ocultada por la propia familia de la menor. Es fundamental establecer una relación cercana, desde el respeto y la comprensión, del médico con la familia. Un aspecto clave es la información que el profesional sanitario suministra a los padres en relación con los daños y las consecuencias jurídicas que acarrea

la MGF. Es importante mantener una coordinación con la fiscalía y con los diferentes servicios de sanidad (pediatría, ginecología, planificación familiar).

Finalmente, otro eje importante en la erradicación de la MGF es lo que podríamos denominar «sensibilización dual». Esto es, no sólo la sensibilización debe recaer en familias sospechadas de aplicar estas prácticas. Es necesario una sensibilización entre los profesionales médicos que contemple una formación desde la antropología médica, la cual incida, entre otras cuestiones, en la articulación de diferentes saberes de salud, en los motivos que dan origen a estas prácticas, en el conocimiento de rituales, simbolismos y significados de la MGF. En definitiva, ser conocedores de un enfoque holístico, y una práctica, que, desde el respeto, promueva un diálogo intercultural.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La cara oculta de la inclusión social. Cortes genitales femeninos, rituales y salud. *Revista Col San Luis* 2019;IX(18):15–46.
- Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi MA. Transformación social en rituales con ablación de clitoris. Ética, cultura y subjetividad en Sierra Leona y Colombia. *Integritas: Revista de Ética* 2019;2(1):33–48.
- Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM. Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gac Sanit* 2016;30(4):258–64.
- Espildora NM. Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clitoris. *Aten Primaria* 2005;36(7):397–400.
- OMS. Clasificación de la mutilación genital femenina [Internet] 2020 [cited 2020 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es/>.
- Fernández de Castro P, Portal Martínez E, Serrano García JM. La mutilación genital femenina en España: contexto, protección e intervención para su eliminación. España: Editorial Dykinson; 2018.
- Kaplan Marcusan A, Toran Monserrat P, Bermúdez Anderson K, Castany Fábregas MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones* 2006;19:189–217.
- Dandash K, Refaat A, Eyada M. Female Genital Mutilation: A Descriptive Study. *J Sex Marital Ther* 2001;27(5):453–8.
- Shell-Duncan B. The medicalization of female «circumcision»: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Soc Sci Med* 2001;52:1013–28.
- Gallardo Sánchez Y, Gallardo Arzuaga RL, Núñez Ramírez L. Mutilación genital femenina: elementos necesarios para su enfrentamiento. *Rev Habanera Cienc Médi* 2016;15(3):472–83.
- Toubia N. Female Circumcision as Public Health Issue. *New Eng J Med* 1994;331(11):712–6.
- Sanchez Criado V, López Medina IM. Mutilación Genital Femenina. *Rev Enferm* 2000;12:34–8.
- Foldes P, Martz F. La medicalización de la mutilación genital femenina. *RMF* 2015;49:82–3.

Javier Rodríguez Mir^{a,*} y Alejandra Martínez Gandolfi^b

^a Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Antropología y Pensamiento Filosófico Español. Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

^b Gerencia de Atención Primaria. Sanidad Castilla y León (SACyL), Ávila, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.rodriguez@uam.es (J. Rodríguez Mir).