

A. Bayo
I. González
A. Román
A.B. Rodríguez
S. Grau
J. Marina
I. Tarancón

La mutilación genital en la mujer del siglo XXI

257

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

*Female genital mutilation in the
21st century*

Correspondencia:

Dr. I. González Blanco.
Hospital Universitario Río Hortega.
Avda. Cardenal Torquemada, s/n. 47010 Valladolid. España.
Correo electrónico: igblanco@ hotmail.com.

Fecha de recepción: 13/11/02
Aceptado para su publicación: 10/2/03

*A. Bayo, I. González, A. Román, A.B. Rodríguez, S. Grau,
J. Marina, I. Tarancón. La mutilación genital en la mujer del
siglo XXI.*

RESUMEN

La mutilación genital femenina es una cruenta práctica que afecta a millones de mujeres y niñas en todo el mundo, con independencia del grupo social al que pertenezcan, su nivel económico o cultural y la religión que profesen.

El abuso incontrolado de la ablación genital también se está convirtiendo en un grave problema de salud pública en muchos de los países en que está arraigada desde siglos. Se han descrito graves repercusiones sanitarias que se traducen en complicaciones urológicas, ginecológicas, obstétricas y psicológicas.

En la actualidad, y con la ayuda de múltiples programas de cooperación internacional a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales, se está dando a conocer la

necesidad de preservar la integridad física de estas niñas como parte fundamental de erradicar esta violación de los derechos humanos.

Estos mecanismos ya han abierto el debate en el seno de la sociedad africana donde se practica la ablación genital y existe una confrontación abierta entre las mujeres más jóvenes y mejor formadas, que luchan por su eliminación, y sus propias madres, que se resisten a ello porque temen que una hija no mutilada se convierta en una joven no casadera y, por tanto, socialmente desahuciada.

Será necesario entender la complejidad de las ideas y creencias que envuelven la mutilación genital femenina para enfocar los esfuerzos de forma multidisciplinaria e implicar a una gran diversidad de profesionales que trabajen conjuntamente para lograr, en un futuro inmediato, disminuir esta grave forma de violencia ritual.

258 PALABRAS CLAVE

Mutilación genital femenina. Circuncisión femenina. Secuelas. Repercusión legal.

SUMMARY

Female genital mutilation is a bloody practice that affects million women and girls throughout the world independent of their social group, economic or educational status, and their religion.

The uncontrolled abuse of genital ablation is also becoming a serious public health problem in many of the countries in which it has been practiced for centuries. Serious health effects have been described such as urological, gynecological, obstetric, and psychological complications.

Currently, with the help of multiple programs of international cooperation through governmental and non-governmental organizations, the need to preserve the physical integrity of these girls as a fundamental element in eradicating this violation of the human rights is becoming recognized.

These mechanisms have already initiated debate in the heart of African societies in which genital ablation is practiced and there is open confrontation between the younger, better-educated women who fight for its elimination and their mothers who resist its eradication out of fear that unmutilated daughters would be unmarriagable and consequently socially ostracized.

The complexity of the ideas and beliefs surrounding female genital mutilation must be understood to focus multidisciplinary efforts and to involve a wide variety of professionals who would work together to reduce this serious form of ritual violence in the immediate future.

KEY WORDS

Female genital mutilation. Female circumcision. Sequels. Legal issues.

INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) es el término utilizado para referirse a la extirpación total o parcial de los órganos genitales externos de la mujer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera mutilación genital femenina las prácticas que supongan la extirpación parcial o total de los órganos genitales externos femeninos y las lesiones ocasionadas en estos órganos por razones culturales o con cualquier fin no terapéutico. A veces, se utilizan otros términos para referirse a estos procedimientos seudoquirúrgicos, como «ablación», «escisión» o «circuncisión femenina», pero su empleo es una sinonimia engañosa que no refleja toda la crueldad a la que se ven sometidas estas niñas o adolescentes.

Las escalofriantes cifras y la crueldad de estas prácticas mutiladoras de iniciación dentro de un mundo con amplios movimientos de población, hacen necesarias la participación y la colaboración de todos los países industrializados para facilitar la disminución y la total extinción de este tipo de violencia hacia las mujeres.

La OMS estimó en 1998 que unos 137 millones de mujeres y niñas de todo el mundo han sufrido algún tipo de mutilación genital. Por este motivo, cada año 6 millones de mujeres y niñas corren el riesgo de padecerla, lo que origina una media de unas 6.000 diarias, que pueden ser física y psicológicamente agredidas, lo que supone una media de cuatro mutilaciones por minuto¹.

La MGF es asumida por muchos africanos como una de sus señas más puras de identidad; no obstante, las falsas creencias sobre los beneficios para la salud de la MGF no se limitan a África. En la Inglaterra victoriana perduró mucho tiempo la controversia acerca de si la clitoridectomía curaba «enfermedades» como la histeria, la melancolía, la epilepsia o el exceso de masturbación y el lesbianismo. Así, por estas creencias se siguió practicando por indicaciones sanitarias hasta bien entrado el siglo xx en países desarrollados como los EE.UU. e Inglaterra².

La mutilación genital femenina también se conoce eufemísticamente y erróneamente como «circuncisión femenina»; sin embargo, esta denominación es falsa, ya que sugiere que el procedimiento sería similar al de la circuncisión masculina, cuando en el

caso de las mujeres dicho proceder es más agresivo, existen distintas modalidades, es mucho más peligroso y ocasiona secuelas físicas y psicológicas³.

La MGF es, por tanto, una forma de violencia tan grave y escandalosamente generalizada en algunos países del Tercer Mundo que requiere con urgencia su análisis objetivo para llevar a cabo estrategias políticas, legislativas y socioculturales que avancen hacia su erradicación.

PREVALENCIA

Su distribución geográfica afecta a varios continentes, y es en África donde una mayor población se ve afectada, por su práctica de forma generalizada en más de 28 países, desde la costa oriental a la occidental, pasando por gran parte de la zona subsahariana.

La incidencia es muy variable y oscila entre el 5% en Uganda y en el Congo hasta el 98% en Yibuti y en Somalia. Alrededor de 18 países africanos tienen tasas de mutilación superiores al 50% de la población femenina, entre los que destacan Eritrea, Etiopía, Guinea, Malí, Sierra Leona y Sudán, con tasas del 75%. En Egipto las cifras oficiales son del 50%, pero en áreas rurales pueden llegar a ser del 80%^{4,5}.

También se tiene constancia de mutilaciones en Oriente Medio, donde destacan países como Bahrein, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Omán y Yemen, y en el extremo meridional de la península Arábiga, a lo largo del Golfo Pérsico.

Existen datos muy demostrativos de su realización en Asia, donde se produce la ablación llamada *sunna* y la clitoridectomía parcial en poblaciones musulmanas de Indonesia, Malasia y Sri Lanka. En India, una pequeña secta musulmana, *Daudi Bohra*, practica la clitoridectomía.

En zonas selváticas y rurales de Centroamérica y Sudamérica, la MGF forma parte de la tradición cultural de determinados grupos indígenas, aunque en este tipo de comunidades existe gran dificultad en la recogida de datos.

En Australia, como país de inmigración de grandes zonas africanas, también se han producido casos de ablación genital, y en determinadas ocasiones se han llevado hasta los tribunales⁶.

En Europa, los EE.UU. y otros países desarrollados se tiene constancia de la práctica de la mutila-

ción entre grupos de inmigrantes, refugiados o personas que huyen de áreas devastadas y en donde la ablación genital se realiza de forma extensiva⁷.

En España ha salido a la luz un sucesivo número de casos de ablación genital entre las comunidades de inmigrantes de algunos países subsaharianos, como Gambia, Malí y Senegal, asentadas en la zona de Cataluña, Aragón, Baleares y Andalucía.

La forma de actuación más frecuente fuera de la zona de origen es invitando al país de acogida a una persona entrenada y con experiencia en este tipo de actos, para que realice la ablación, generalmente a un grupo de jóvenes más o menos numeroso de la misma nacionalidad o con vínculos familiares entre sí. Otras veces se programan «viajes de vacaciones» a los países de origen para que la ablación se efectúe allí por personas muy experimentadas. En menos ocasiones las muchachas son intervenidas de forma clandestina por médicos de su propia nacionalidad y que también residen en el mismo país europeo.

Es cierto que la diversidad cultural de cada pueblo o sociedad merece el respeto y la aceptación moral de los países limítrofes, siempre y cuando sus tradiciones respeten la libertad y la igualdad de todos los ciudadanos. En este sentido, la MGF vulnera los derechos individuales de la mujer, al privarla de una integridad física necesaria para mantener una independencia en sociedad. En la ablación femenina se identifica la mutilación del cuerpo y la mutilación de los derechos de las mujeres, y con ello se favorece su subordinación dentro de una cultura de carácter patriarcal.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL PROCEDIMIENTO

La MGF se concibe como un rito iniciático obligatorio mediante el cual las niñas y las adolescentes cambian a un estatus de adulto dentro del clan o comunidad en la que viven. El rito de la ablación marca la diferencia de sexos en lo que respecta al papel de la mujer en la vida y en el matrimonio, y casi siempre se celebra dentro de un ambiente festivo. Por ejemplo, en países como Burkina Fasso, las niñas cambian de nombre cuando finaliza el ritual y en Guinea deben bailar tras la intervención para mostrar que no tienen dolor. Estos bailes festivos se prolongarán durante un día en el que las niñas iniciadas baten hojas de palmera y ayunan⁸.

Predomina fundamentalmente dentro del mundo rural, donde lo consideran un proceder tan normal que ni siquiera se imaginan a mujeres que no estén mutiladas. El ritual suele llevarse a cabo colectivamente, por ejemplo grupos de hermanas o de vecinas, o grupos de niñas que comparten algún parentesco o que pertenecen a un determinado rango de edad.

El acontecimiento se asocia con festividades y regalos, donde participa toda la comunidad, aunque a veces durante su materialización sólo se permite la presencia de mujeres.

Entre los africanos mostrar públicamente el dolor es un signo de debilidad y éste es el motivo por el que antes de la ceremonia los ancianos del lugar preparan psicológicamente a las jóvenes para que superen con valor la prueba. Así, las chicas deben soportar la intervención con dignidad, evitando gritos y llantos que pudieran deshonrar a sus familias.

En algunas comunidades cada vez con más frecuencia, y debido a la presión social internacional, se celebra una ceremonia simulatoria de la ablación genital. El ritual suele consistir en empuñar un machete y realizar danzas alrededor de las niñas con sus genitales expuestos. Su finalización se produce con un acto simbólico que suele consistir en pinchar el clítoris, cortar algo de vello púbico o realizar una pequeña incisión sangrante en la zona genital o en la parte superior del muslo^{9,10}.

La MGF es una práctica de tipo cultural y no religioso. De hecho es muy anterior a la llegada del cristianismo y del Islam a África, y no es requisito de ninguna de ambas religiones. No es un hábito universal entre todas las naciones musulmanas y a pesar de que muchos teólogos islámicos han negado que existan razones religiosas para justificar su realización, otros líderes islámicos no se muestran unánimes al respecto. De esta situación deriva que esta tradición apenas esté arraigada en países tan estrechamente musulmanes como Irán o Arabia Saudita, y sí en Egipto, Yemen o Sudán.

En el Corán no se encuentran específicos llamamientos para su desarrollo, pero hay algunos proverbios atribuidos al profeta que se refieren a ella.

La religión católica está presente en algunas de las zonas geográficas con más tradición mutiladora. Parte de los misioneros cristianos han tratado de frenar y proscribir este tipo de vejaciones, pero su falta de resultados ha provocado en ellos el desánimo,

lo que les ha llevado en muchas ocasiones a pasarlo por alto por miedo a perder a los conversos¹¹.

En Camerún un 60% de las mujeres cristianas han sido sometidas a algún tipo de mutilación, y a su vez, entre los católicos se lleva a cabo un rito especial egipcio (coptos).

También se ha documentado su realización entre los judíos *falashas* de Etiopía, que profesan una antigua forma de judaísmo basado en el Antiguo Testamento que ignora las tradiciones rabinas⁶.

Igualmente existen casos en comunidades que profesan religiones animistas tradicionales.

TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL

El tipo de mutilación, la edad y la forma en que se practica la MGF varía con el grupo étnico al que pertenece la niña, el país de origen, si se encuentra en un área rural o urbana y el nivel económico de la familia.

Están bien diferenciadas varias modalidades o tipos de mutilación, que varían básicamente en la radicalidad del corte o cercenación:

– Tipo I o ablación: es el procedimiento menos extremo y consiste en la ablación del prepucio del clítoris, siendo el equivalente femenino real a la circuncisión masculina. A veces se amplía con la extirpación parcial del clítoris.

– Tipo II clitoridectomía o escisión: consiste en la exéresis total o parcial del clítoris junto con la extirpación total o parcial de los labios menores. Representa la gran mayoría de las mutilaciones que acontecen entre la población africana (85%).

– Tipo III o infibulación: es la forma de actuación más grave y extrema, que también se conoce como *circuncisión faraónica*, para rememorar sus orígenes en el antiguo Egipto. Representa el 15% del total de mutilaciones, aunque en determinadas zonas africanas se mantiene como la forma mayoritaria. En este procedimiento se incluye la clitoridectomía, la extirpación total o parcial de los labios menores y la ablación de la cara interna de los dos labios mayores para crear una superficie cruenta que después se coserán entre sí, con el fin de que al cicatrizar tapen la vagina en casi toda su extensión. Se dejará una pequeña apertura anterior para permitir el paso de la orina y del flujo menstrual.

Con el objeto de garantizar la máxima fusión cutánea los labios mayores se cosen con puntos de alambre o con espinas de acacias que se fijarán con hilo de coser o crin de caballo. Finalmente las piernas se mantienen unidas entre sí mediante cuerdas o telas enrolladas hasta la cintura hasta 40 días¹¹.

– Tipo IV o intervenciones sin clasificar: lo conforman la punción, perforación o incisión del clítoris y de los labios menores o mayores, el estiramiento del clítoris o de los labios genitales, la cauterización por quemadura del clítoris y de los tejidos adyacentes, el raspado o incisión del introito vaginal y la introducción de sustancias y plantas en el interior de la vagina para estrecharla e inutilizarla.

En los países desarrollados muchas jóvenes mutiladas se someten a prácticas quirúrgicas reconstructivas a través de cirujanos pediátricos y urólogos¹².

EL RITO DE LA MUTILACIÓN

La edad elegida para la mutilación varía dependiendo de la tradición de cada país y oscila entre una semana después del nacimiento, como en Egipto, hasta una edad media de entre 4 y 12 años en casi todos los restantes países africanos.

En la actualidad la mutilación se lleva a cabo cada vez a edades más tempranas debido a la voluntad de los padres en reducir el riesgo de trauma de las niñas, pero también por un deseo de impedir que los gobiernos interfieran en estas cuestiones y evitar la resistencia de las niñas conforme se van haciendo mayores y se forman sus propias opiniones. Además, cuanto más joven sea la niña, menos fuerte será el recuerdo del dolor sufrido durante la ablación y, por tanto, más predispuesta estará a practicársela a sus hijas.

En países como Malí o Nigeria las mujeres pueden sufrir la mutilación genital en la edad adulta o al contraer matrimonio con algún varón que pertenezca a una comunidad en la que se realice la MGF de forma generalizada¹³.

Los lugares donde puede llevarse a cabo este tipo de procedimientos son muy variados, y van desde el domicilio particular de la interesada o de otro familiar o vecino, la escuela, el centro de salud y hospitales comarcales y generales, hasta lugares al aire libre con significado mágico para la comunidad

o la tribu, como orillas de ríos y lagos o bajo grandes árboles.

La persona que practica la mutilación puede ser de distinta condición social y con muy diferente nivel sanitario formativo, y la puede ejecutar una anciana, una partera, una curandera, una comadrona, un barbero, un brujo o un chamán o bien un médico cualificado. De forma esporádica, y cuando la persona encargada tiene nociones sanitarias, se puede utilizar algún tipo de anestésico local; en otras ocasiones se aconseja a la joven que realice baños de asiento sobre agua fría para disminuir la sensibilidad de la zona y así disminuir el riesgo de sangrado. No obstante, la gran mayoría de las veces no se anticipa medida alguna para disminuir el dolor o evitar la hemorragia o la infección.

El secreto que rodea a la MGF hace que sea muy difícil la recopilación de información acerca de quiénes son fundamentalmente las personas que ejercen de mutiladoras. Así, en todos los ámbitos sociales existe una protección ciega de dichas personas, con un pacto de silencio y encubrimiento extremo, donde nunca se delata la identidad del responsable de los hechos y se mantiene una actitud de silencio propio de una mafia^{11,14}.

Los utensilios que se emplean son tan variados como lo son las personas que realizan la mutilación, las características socioeconómicas de las niñas y el país donde tiene lugar. Se conoce que se ha utilizado cualquier forma de objeto cortopunzante, como cristales rotos, latas y piedras afiladas, tijeras, navajas, hojas de bisturí o cualquier otro instrumento cortante pero no estéril.

La utilización del mismo instrumento en varias muchachas fomenta graves problemas de salud pública, al favorecerse la transmisión de infecciones de la importancia del VIH o de la hepatitis B y C.

La herida, así ocasionada, se trata de forma tradicional con la aplicación de polvos antisépticos de preparación artesanal, ungüentos que contienen hierbas medicinales, leche, huevos, ceniza, barros de arcilla o estiércol, que se consideran cicatrizantes^{11,15}.

Sólo en el caso de las niñas ricas, la MGF se lleva a cabo en un hospital por un médico especializado en cirugía y con anestesia local o general; no obstante, esta situación tampoco elimina el riesgo vital a la que se somete a estas pacientes, ya que ha habido varios casos de mortalidad en niñas mutiladas en hospitales públicos en Egipto.

262 EFECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Se puede afirmar que la MGF ha ocasionado, en determinadas circunstancias, la muerte de la joven mutilada. Por otra parte, hay una serie de complicaciones físicas inmediatas a la realización de la MGF. Durante el procedimiento se ocasionan mareos, conmoción y pérdidas de conciencia, debido al dolor. También son comunes las hemorragias copiosas que derivan en anemias y facilitan procesos infecciosos por tétanos y suelen requerir hospitalización. Se suele ocasionar daño de estructuras adyacentes a la zona mutilada como la uretra, la vagina y el ano. Como consecuencia de ello se provoca retenciones de orina y episodios de infecciones urinarias de repetición, litiasis en la vejiga, en la uretra y trastornos de la función renal¹⁶.

También se provocan complicaciones físicas a largo plazo, por la formación de hematocolpos y hematometras, debido a la dificultad de eliminación del flujo menstrual y el desarrollo consiguiente de infecciones del tracto genital que derivan en abscesos pélvicos e infertilidad.

Se producen reacciones cicatriciales queloideas e hipertróficas que se agrandan progresivamente y que ocasionan dispareunia, coitalgias y frigidez femenina. Además, se desarrollan unos pequeños y extremadamente dolorosos tumores benignos en los terminales nerviosos (neurinomas) de la zona mutilada^{17,18}.

El primer acto sexual se realizará con gran dolor y dificultad para la penetración y sobre una zona de herida crónica y sangrante que facilitará el riesgo de transmisión del VIH durante el contacto sexual. Por otro lado, en un porcentaje cercano al 15% y en aquellas mujeres que han sufrido infibulación en su infancia es necesario que sus maridos efectúen una nueva incisión cortante sobre la zona de cicatrización, para facilitar la penetración en los actos sexuales posteriores a su matrimonio.

El parto es otra situación de gran dificultad y peligro para las mujeres mutiladas, con un gran incremento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Aquellas jóvenes que han sufrido la ablación del prepucio o la clitoridectomía, el tejido cicatricial neoformado pierde la elasticidad y se facilitan los desgarros vaginales y del periné. A las mujeres sometidas a infibulación y con el canal del parto muy

estrechado y rígido es necesario practicarles un nuevo corte para facilitar la salida de la cabeza fetal. Son frecuentes los partos largos con roturas uterinas, necrosis de la pared vaginal, de la vejiga o del recto, con la posterior formación de fistulas de carácter crónico^{16,19}.

Tras el alumbramiento, a menudo, se les vuelve a practicar una infibulación para garantizar su fidelidad y mejorar la satisfacción sexual del marido.

Los problemas psicológicos no están tan estudiados y verificados como los físicos debido a la dificultad que tienen las mujeres mutiladas para hablar libremente y sin miedo sobre sus secuelas. Se han descrito síntomas de depresión, ansiedad y otro tipo de enfermedades psicosomáticas, como los efectos negativos en la disminución de la autoestima y en la identidad de las mujeres. Las niñas más jóvenes experimentan disfunciones en la alimentación, en el sueño y en el comportamiento. Muy poco se conoce sobre la capacidad para experimentar placer sexual con las relaciones de las mujeres mutiladas, pero parece que dicha capacidad no se elimina en su totalidad, porque otras partes del cuerpo llegan a sustituir la función erógena que desempeñan los genitales externos¹⁸.

Además, los problemas que surgen durante las mutilaciones o ablaciones rara vez se atribuyen a una mala práctica de la persona que las lleva a cabo. Es extendido el hábito de culpabilizar de ello a la joven por su promiscuidad o a los padres por no haber realizado los sacrificios o los rituales de forma adecuada.

Hay autores que defienden que existe una relación entre la ablación genital y el elevado consumo de hachís en Egipto por parte del sexo masculino. Manifiestan que son muy pocos los hombres que son capaces de llevar al orgasmo a una mujer mutilada, y ante tal dificultad el hachís les permite mantener la erección tanto tiempo como para que la mujer alcance el orgasmo.

MOTIVOS PARA JUSTIFICAR LA MUTILACIÓN GENITAL

Son muy variadas y distintas las razones invocadas con más frecuencia para que se mantenga y perdure la mutilación de los genitales en las mujeres. Una de las principales justificaciones está arraigada

en la costumbre familiar por parte de las mujeres mayores y ancianas, que se resisten a su abandono porque temen que una hija no mutilada se convierta en un paria social sin posibilidad de casarse y, por tanto, avocada a ejercer la prostitución para poder sobrevivir.

Desde otra perspectiva socioeconómica, las parteras y el colectivo implicado en su ejecución se niegan a abandonar una acción que les resulta muy lucrativa, e incluso en algunas zonas las hijas heredan la profesión de sus madres garantizando así la supervivencia económica de toda la familia.

Razones sociales

Con el mantenimiento de estas acciones se preserva la tradición más pura, y quienes se oponen a las costumbres y a los ritos son objeto de ostracismo, ridículo y deshonor.

Se garantiza bien a las claras la castidad de las mujeres, debido a que se cree que las mujeres no mutiladas tienen instintos sexuales incontrolados e irreprimibles que les obligan a buscar gratificaciones sexuales antes del matrimonio y fuera de éste. Al eliminar este pecaminoso instinto de la mujer se conserva el importantísimo honor de su familia y de su esposo.

En estas comunidades marcadamente patriarcales es crucial impedir que la mujer tenga contactos sexuales ilegítimos que enturbiarán la felicidad conyugal; así, ponen en duda que una mujer no mutilada pueda ser fiel a su marido y que se pueda casar y vivir en sociedad.

Los padres someten a estas mutilaciones a sus hijas en el convencimiento de que es lo mejor para su futuro, ya que los varones se negarán a casarse con una mujer no mutilada y de esta forma se asegura el estado de casaderas de las niñas. No pocas tradiciones transmiten que el clítoris es peligroso para una vida matrimonial feliz, ya que puede debilitar a la mujer por su continuo y desmesurado crecimiento e incomodar al varón durante el coito¹³.

Razones religiosas

La mutilación se ha asociado erróneamente en el sentir popular con la circuncisión masculina, exigida

a los practicantes del islamismo, el judaísmo y ciertas sectas cristianas. También se favorece la higiene; en este sentido, en egipcio *tahara*, que significa «pura», y en maliense *siliyi*, que significa «lavado», se utilizan para referirse a las personas mutiladas. Se piensa que el clítoris acumula impurezas y es poco higiénico, y por tanto es necesario eliminarlo para hacer pura a la mujer.

En Burkina Fasso la MGF se realiza incluso a los cadáveres, porque se cree que en el sexo femenino se alojan los gusanos, y las mujeres que no han sido mutiladas no pueden ir al mundo de los ancestros. En Egipto, cuna de la escisión de varones y mujeres desde hace más de dos milenios, se han encontrado momias que en vida sufrieron mutilaciones genitales en mayor o menor grado¹¹.

Razones psicológicas

Se cree que la mutilación del clítoris y de los labios menores mejora la feminidad, la sensibilidad, la obediencia y la docilidad de la mujer, al ser eliminadas las partes masculinas de su cuerpo. La eliminación del clítoris preserva el buen juicio de la mujer que, en caso contrario, la conduce a dar rienda suelta a sus instintos violentos e incontrolables.

Razones espirituales

Con la mutilación genital se diferenciará la feminidad de la masculinidad. En no pocas sociedades se cree que el clítoris es el equivalente del pene, y que el prepucio masculino representa la feminidad. Ambos deben ser eliminados a fin de que las niñas sean verdaderamente femeninas y los niños verdaderamente masculinos.

La costumbre, la tradición y el ritual de las enseñanzas iniciáticas constituyen uno de los pilares en que se asienta dicha práctica. Las jóvenes, tras la mutilación, se ven identificadas con la etnia a la que pertenecen y son refrendadas por la comunidad como personas adultas e integradas. Sólo las marginadas, las enfermas o las extranjeras no estarán mutiladas, lo que supondrá una condición social de desprecio²⁰.

264 Razones médicas

Muchas mujeres defensoras de continuar con estas prácticas mantienen que la escisión genital mejora la estética, la higiene y la salud ginecológica de las jóvenes. En países como Egipto, Malí o Sudán, a las muchachas no mutiladas se las considera sucias y poco femeninas, y por ello no se les permite manipular alimentos ni agua. Los genitales externos se han convertido en una fuente de peligro para la vida familiar, ya que el marido enfermará y morirá si toca con su pene el clítoris de su mujer, y también para el recién nacido que morirá si durante el nacimiento toca con la cabeza en el clítoris de su madre. Además, la MGF ayuda a disminuir las secreciones vaginales, que de otro modo serían excesivas y poco controlables^{11,21}.

La mutilación, por último, aumenta la fertilidad y la facilidad de las relaciones sexuales para concebir hijos que enriquecerán a toda la familia.

SITUACIÓN SOCIAL Y LEGAL EN ESPAÑA

Desde 1993, en que se conoció en Gerona el primer caso de MGF, los médicos españoles han detectado al menos 35 casos más, 30 de los cuales podrían haberse llevado a cabo en territorio español por personas vinculadas a las comunidades de inmigrantes. Las intervenciones se habrían desarrollado en casas particulares sin ninguna garantía sanitaria y al amparo de la clandestinidad.

Determinados países subsaharianos forman el grueso de estas comunidades de inmigración con gran tradición en la MGF, y los ciudadanos de Senegal, Gambia, Malí y Mauritania asentados en Cataluña, Aragón y Baleares son los principales implicados en estas crueles prácticas²².

La ablación genital es asumida por muchos africanos como una de sus más importantes señas de identidad, por lo que las tentativas exteriores para erradicarla desde una crítica peyorativa de sus actos no haría más que afianzar su arraigamiento y evolución.

En general, prevalece la idea de que la mejor alternativa para combatirla es la educación y que la prohibición sólo lograría empeorar las condiciones de su práctica al caer en la clandestinidad^{23,24}.

Nadie ha sido condenado en España por un delito de MGF a pesar de que se han presentado hasta

13 denuncias. Los casos de práctica de MGF realizados en España no ofrecen la más mínima duda jurídica o moral acerca de su solución. Sólo cabe la aplicación del derecho y de los principios inherentes a la dignidad humana. No puede apelarse a una presunta legitimidad de tales prácticas invocando un inexistente deber de respeto a las tradiciones religiosas de determinadas comunidades o de tolerar unas prácticas o costumbres sociales que no compartimos o que estimamos desviadas. Ni las más extremadas versiones del multiculturalismo llegan a justificar prácticas tan brutales que atentan contra la dignidad, la salud, la integridad y la seguridad de las personas, llegando a poner en peligro incluso sus vidas.

La ablación genital en España es un delito, por ser una mutilación, que el artículo 149 del Código Penal castiga con penas que van desde los 6 a los 12 años, de las que deberán responder no sólo el personal que materialmente practique la ablación, sino también los padres de la menor como cooperantes de este delito. Además, puede plantearse la concurrencia de un delito contra la integridad moral de la menor, en la medida en que se atenta gravemente contra su dignidad.

Es, por tanto, motivo casi automático de expulsión de inmigrantes ilegales, pues el Código Penal en su artículo 149/89 afirma que las penas privativas de libertad inferiores a 6 años impuestas a un extranjero no residente legalmente en España podrán ser sustituidas por su expulsión del territorio nacional. Por otro lado, está bien establecido y tipificado que la mutilación genital femenina es un delito perseguible de oficio cuando se realiza en España.

El problema surge si el delito se comete cuando el inmigrante aprovecha un viaje a su país donde las leyes permiten la ablación. El principio de territorialidad de la legislación penal impide que se castiguen en este país las conductas delictivas realizadas por extranjeros fuera del territorio nacional y, por tanto, tales ablaciones no pueden ser castigadas dentro de nuestras fronteras. No obstante, cabe destacar que puede ser sancionada penalmente la preparación del acto de ablación llevado a cabo en territorio español; así, en determinados casos podría apreciarse una conspiración punible para un delito de lesiones graves, figura castigada en el Código Penal español con una pena de hasta 3 años de prisión.

En este sentido, el artículo 3.2 de la Ley de Extranjería abre camino para penalizar la mutilación

aunque se cometiera en período vacacional, debido a que deja claro que la profesión de creencias religiosas no podrá utilizarse para justificar conductas contra los derechos humanos. La modificación del artículo 23.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial permitirá el enjuiciamiento de los inmigrantes residentes en España que hubieran favorecido la mutilación genital de sus hijas en un viaje a su país programado para tal efecto.

El representante en España del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) declara que el reglamento de la Ley de Extranjería debe garantizar que las inmigrantes que teman ser sometidas a ablación de clítoris o mutilación genital no deben ser devueltas a sus países de origen, ya que en caso de aplicárselas una legislación simplemente humanitaria, esas mujeres podrían ser devueltas tras un año de residencia en España.

Sobre esta materia, el INSALUD ha recordado la obligación que tienen los médicos u otros profesionales de la salud de denunciar ante la justicia los casos de ablación que lleguen a sus consultas. Se recuerda, además, que el Código de Ética y Deontología Médica establece la posibilidad de que el médico pueda revelar secretos por imperativo legal en el caso de que se trate de la comisión de un delito.

SITUACIÓN MUNDIAL

Desde que en un seminario organizado al amparo de la OMS en Jartum, Sudán, en 1979 se inició la adopción de políticas nacionales claras en contra de la MGF han pasado muchos años y se han constituido múltiples organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales para garantizar el progreso de todas las iniciativas en contra de la MGF.

La ONU ha mantenido la convocatoria periódica de reuniones temáticas, como Burkina Faso (1991) y Sri Lanka (1994), para valorar los aspectos relativos a los derechos humanos vulnerados durante la evolución de los actos de mutilación genital. Estos esfuerzos concluyeron en un Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños.

La cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Pekín en 1995 contiene una clara condena de la MGF como forma de violencia contra la

mujer, y se reafirma el deber de los Estados de tomar medidas para disminuir y eliminar este tipo de violencia.

En 1997 la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población establecieron un Plan Conjunto para la reducción progresiva de la tasa de mutilación femenina en un plazo de 10 años y erradicarla por completo al cabo de tres generaciones. Se necesitará un enfoque que englobe a gobiernos, instituciones políticas y religiosas, organizaciones internacionales y órganos de financiación. En 1997 el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños celebró un simposio en la sede de la Organización de la Unidad Africana, en Addis Abeba, donde se pedía a todos los gobiernos africanos que adoptaran políticas claras y medidas concretas para eliminar o reducir drásticamente la MGF antes del año 2005.

Tal y como establece el artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos, la mutilación de los órganos genitales de niñas y jóvenes constituye un trato inhumano y degradante. En la Unión Europea, que trabaja en la actualidad en la armonización de sus normas de asilo y refugio, otorgará el estatus de asiladas a las mujeres que así lo pidan por estar en situación de riesgo de sufrir una mutilación genital.

Por último, se puede afirmar que multitud de organizaciones no gubernamentales (ONG) en la actualidad están implicadas en la lucha que se mantiene contra la MGF y han situado el frente de su lucha en el contexto de la discriminación y violencia contra las mujeres y de la denegación de los derechos sociales, económicos, civiles y políticos básicos de mujeres y niños.

Amnistía Internacional pide a la comunidad internacional que se reconozca la MGF como una forma de persecución por sexo y que se acepten las peticiones de asilo por miedo o peligro real de las mujeres a ser mutiladas si regresan a sus países africanos de origen.

La OMS y el Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF) han presentado un plan para la disminución progresiva de la MGF basado en una primera instancia en concienciar a la población y a los legisladores sobre la necesidad de acabar con esta práctica, para en un segundo término desmedicalizar la cuestión y presentar la mutilación no como

266 algo higiénico, sino como una violación de derechos y como un peligro para la salud de las mujeres.

Cabe recordar que, en su artículo 5, la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, proclama el derecho inalienable a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El derecho a la vida es objeto, igualmente, de reconocimiento explícito al tiempo que se consagra el derecho a la igualdad jurídica entre varones y mujeres.

La comunidad internacional debe asumir su parte de responsabilidad en la protección de los derechos fundamentales de mujeres y niñas, y no debe permitir que se establezcan razones de matiz cultural o étnica para justificar la agresión sexual y genital que sufre parte de la población femenina del mundo. Trabajar contra la MGF será una tarea ardua y dura, que requerirá un esfuerzo creativo serio para abordar con éxito un problema arraigado en las tradiciones culturales ancestrales y en el contexto de una minusvaloración permanente de niñas, mujeres y ancianas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weir E. Female genital mutilation. *Epidemiology*. CMAJ 2000;162:1344.
2. Eke N, Nkanginieme KE. Female genital mutilation: a global bug that should not cross the millennium bridge. *World J Surg* 1999;23:1082-7.
3. Jordan JA. Female genital mutilation (female circumcision). *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:94-5.
4. Robertson C. Grass roots in Kenya - Women, genital mutilation and collective action. *SIGNS* 1996;21:615-42.
5. Chalmers B, Hashi KO. Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* 2000;27:227-34.
6. Kamien M, Gubbay SS. Female genital mutilation and the use of unsighted references. *Med J Aust* 1999;171:336.
7. Bosch X. Female genital mutilation in development countries. *Lancet* 2001;358:1177-9.
8. Knight M. Curing cut or ritual mutilation? Some remarks on the practice of female and male circumcision in Graeco-roman Egypt. *Isis* 2001;92:317-38.
9. Mazharul M, Mosleh M. Female circumcision in Sudan: future prospects and strategies for eradication. *Internat Family Planning Perspectives* 2001;27:1-6.
10. Richards D. Controversial issues: female genital mutilation. *Med Ref Serv Q* 2000;19:79-88.
11. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI), 1998.
12. Fuller J, Lewis D. Female genital mutilation. *Br J Gen Pract* 2001;51:330.
13. Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, El Hadi N, Al-Said SSE, Hasan SSA, et al. A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74:179-85.
14. Dorozinsky A. French cases rules in female circumcision case. *BMJ* 1994;309:831-2.
15. Missailidis K, Gebre-medhin M. Female genital mutilation in eastern Ethiopia. *Lancet* 2000;356:137.
16. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70:99-104.
17. Brisson P, Patel H, Feins N. Female circumcision. *J Pediatr Surg* 2001;36:1068-9.
18. Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complication after female circumcision. *East Afr Med J* 1992;69:479-82.
19. Rouzi A, Aljhadali E, Amarin Z, Abduljabbar H. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *BJOG* 2000;108:949-51.
20. Sheldon S, Wilkinson S. Female genital mutilation and cosmetic surgery: regulating non-therapeutic body modification. *Bioethics* 1998;12:263-85.
21. Nkwo PO, Onah HE. Decrease in female genital mutilation among Nigerian Ibo girls. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75:321-2.
22. Bonessio L, Bartucca B, Bertelli S, Morini F, Spina V. Mutilazione genitali femminili e legislazione. *Minerva Ginecol* 2000;52:485-9.
23. Hopkins S. A discussion of the legal aspects of female genital mutilation. *J Adv Nurs* 1999;30:926-33.
24. Black JA, Debelle GD. Female genital mutilation in Britain. *BMJ* 1995;310:590-2.