

Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria

Adriana Kaplan Marcusan^a, Pere Torán Monserrat^b, Maria Helena Bedoya Muriel^c, Kira Bermúdez Anderson^d, Juani Moreno Navarro^e y Bonaventura Bolívar Ribas^f

Introducción

En los últimos 20 años, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África subsahariana. No emigran los continentes ni los colores, sino las personas y sus culturas. Para los profesionales de la salud, esto ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales^{1,2}, en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social³.

En 28 países africanos, la realización de mutilaciones genitales femeninas (MGF) es una práctica habitual, en el contexto cultural de los ritos de paso a la edad adulta y como elemento de socialización de las niñas. Existe un entramado de creencias culturales, tradiciones y gerontocracias que perpetúa estas intervenciones contra la integridad física de las mujeres^{4,5}.

El creciente peso demográfico de colectivos de inmigrantes procedentes de estos países va a hacer que en los próximos años no sea excepcional la presencia en nuestras consultas de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF^{6,7}.

Se trata, por tanto, de un problema de salud⁸ que trasciende el marco puramente asistencial⁹, en el que confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso moral de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso hacia las mujeres.

Las mutilaciones genitales femeninas en el mundo

Se estima que más de 130 millones de mujeres, en 28 países del África subsahariana, han sufrido alguna forma de mutilación genital, y alrededor de 2 millones de niñas cada año están en riesgo de ser sometidas al ritual.

Según la OMS¹⁰ se distinguen 4 tipos de MGF según la severidad de la intervención practicada (tabla 1). El tipo I o clitoridectomía es lo que en el mundo islámico se conoce como *sunna*, es el equivalente a lo que con frecuencia llamamos circuncisión femenina y que en África equiparan a la circuncisión masculina.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental y central, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en el África oriental.

Conviene precisar que ni en todos los países africanos se practican las MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país las llevan a cabo (fig. 1).

^aDepartamento de Antropología Social y Cultural. Facultad de Letras. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

^bEquipo de Atención Primaria Gatassa (Mataró 6). Institut Català de la Salut. Mataró. Barcelona. España.

^cAbogada. Barcelona. España.

^dPedagogía Social. Grupo Triángulo para la Mediación Intercultural. Barcelona. España.

^eEquipo de Atención Primaria Sant Andreu de Llavaneres. Institut Català de la Salut. Sant Andreu de Llavaneres. Barcelona. España.

^fMedicina Preventiva y Salud Pública. Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. España.

Correspondencia:

A. Kaplan Marcusan.
Departamento de Antropología Social y Cultural. Facultad de Letras.
Universitat Autònoma de Barcelona.
08193 Bellaterra. Barcelona. España.
Correo electrónico adriana.kaplan@uab.es

Manuscrito recibido el 27 de noviembre de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de febrero de 2006.

Palabras clave: Mutilaciones genitales femeninas. Atención primaria. Prevención. Inmigración. Desigualdad de género. Derechos humanos.

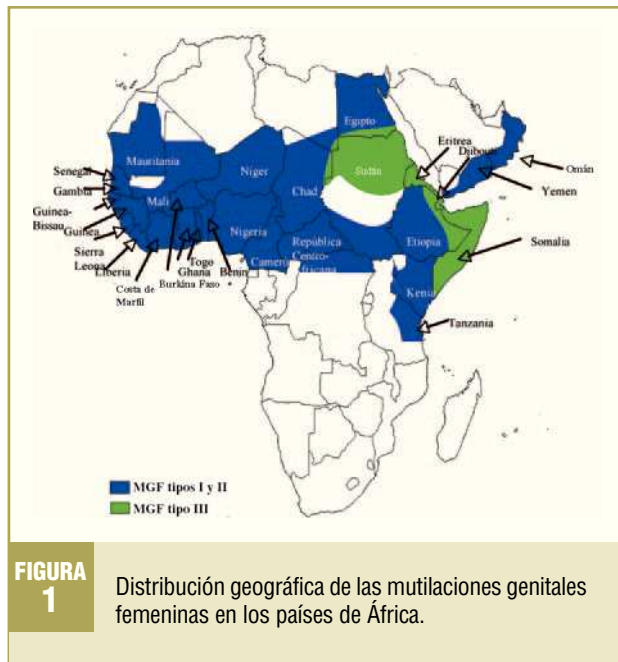
Son también miembros del Grupo Interdisciplinario para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP): M.^a José Castany Fàbregas, Montse Danés Roca, Marisol Fernández del Río, Griselda Lacambra Escrich, Palmira Paulo Burguete, María José Pérez Jarauta, Mercè Pérez Vera, Cristina Rademakers Font, Marta Ruiz Noguera y Nadette Viñamata Pashkes.

Página web del grupo GIBE/PTP: <http://mgf.uab.es>

TABLA 1
Tipología de las mutilaciones genitales femeninas

Típos	Descripción
I	Clitoridectomía
	Eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris
II	Escisión
	Ablación del clítoris y total o parcial de los labios menores, dejando los labios mayores intactos
III	Infibulación
	Extirpación del clítoris, labios menores, labios mayores y sutura de ambos lados de la vulva. Se deja una pequeña abertura posterior para la evacuación de la orina y del flujo menstrual
IV	Prácticas de severidad variable sobre el área genital: <i>piercing</i> , <i>dry sex</i> , <i>stretching</i> , cauterización del clítoris. Cualquier otra práctica o manipulación del área genital realizada sin finalidad terapéutica

Fuente: Clasificación de la Organización Mundial de la Salud.



Impacto de las mutilaciones genitales femeninas sobre la salud de las mujeres

La práctica de una MGF se asocia con complicaciones físicas y psicológicas con un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar de las mujeres¹¹⁻¹⁸ (tabla 2). Las condiciones en que se realiza la intervención pueden provocar complicaciones agudas con riesgo vital inmediato por hemorragias agudas, infección de la herida y shock. En el estudio de Dandash et al¹⁵ se hace referencia a la aparición de complicaciones agudas o subagudas hasta en el 26% de los casos.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser de diversa índole^{8,16}. Merecen especial atención las complicaciones obstétricas, básicamente en mujeres con MGF tipo III, que incrementan el riesgo de sufrimiento fetal y mortalidad materna^{10,17}.

Todos estos factores asociados a las MGF son condicionantes de un peor estado de salud, limitan la supervivencia de algunas de estas niñas y perpetúan la desigualdad de género y la discriminación hacia las mujeres^{11,18}.

Razones para el mantenimiento de las mutilaciones genitales femeninas y religión

La práctica tradicional de la MGF es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de importantes grupos de mujeres africanas.

En realidad, se trata de un rito de paso dentro del proceso de socialización infantil, arropado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, identidad étnica y de género, así como reconocimiento social y pertenencia al grupo¹⁹. Esta estructura ritual y el proceso han sido registrados por Kaplan et al^{3,20} en un trabajo de campo realizado en aldeas de Gambia.

TABLA 2 Complicaciones asociadas con la práctica de una mutilación genital femenina

Complicaciones agudas (con posible riesgo vital)
Hemorragia
Dolor intenso
Infección de la herida
Sepsis, gangrena
Shock
Retención urinaria
Tétanos
Estrés traumático
Complicaciones subagudas
Anemia
Contagio hepatitis B y C
Contagio VIH
Infecciones urinarias de repetición
Retraso del crecimiento en niñas con un déficit nutricional de base
Abscesos, úlceras, escarificaciones
Retraso en la cicatrización de la herida
Miedo, angustia, estrés
Complicaciones a largo plazo (manifestación en la edad adulta)
Genitourinarias: insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematócolpos, salpingitis, inflamación pélvica
Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad
Reproductivas: infertilidad
Obstétricas: dificultad en el trabajo de parto, desgarros, fístulas, sufrimiento fetal
Salud mental: sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión
Cicatrización anómala: queloides, quistes dermoides, neuromas

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la bibliografía¹¹⁻¹⁸.

Las razones principales que aducen las mujeres africanas que mantienen, reivindican, defienden y ejecutan esta tradición tienen que ver con lo que ellas identifican como «cuestiones prácticas» de higiene, estética, reproducción, control sexual, cohesión social, buena salud y prevención del nacimiento de niños muertos.

En lo referente al aspecto religioso, hay que remarcar que, a diferencia de la circuncisión masculina, que tiene carácter preceptivo en el mundo musulmán, la circuncisión femenina es *sunna*, es decir, forma parte de la tradición y no tiene ningún carácter recomendatorio, ni obligatorio. Es una práctica preislámica y el Corán no hace alusión a ella en ninguno de sus versículos.

La presión cultural y la estructura social que mantienen estas prácticas son fuertes, ya que se arraigan en una tradición ancestral, en la experiencia previa de sus madres y de

**TABLA
3****Declaración de Barcelona sobre las mutilaciones genitales femeninas. Foro Mundial de las Mujeres 2004**

Pedimos al Foro Mundial de las Mujeres que incluya en el Documento Final la siguiente declaración del Diálogo «Iniciación sin mutilación»:

1. Damos la bienvenida al apoyo y la implicación del gobierno catalán y español para desarrollar y promover la prevención de la mutilación genital femenina
2. Manifestamos nuestra preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada 6 meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad
3. Apoyamos una legislación más humana que evite la humillación de las comunidades africanas inmigradas
4. Creemos que la orientación y la formación, la información y la comunicación deberían ser asumidas para implicar de manera efectiva a los profesionales sanitarios, del trabajo social, educadores, etc.
5. Ponemos énfasis en la importancia de la investigación en esta área para diseñar intervenciones efectivas en el ámbito comunitario, religioso y político
6. Apelamos a la comunidad internacional para que considere el día 6 de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero a la mutilación genital femenina

Fuente: Diálogo iniciación sin mutilación. Foro Mundial de las Mujeres. Barcelona, julio de 2004.

sus mayores, así como en mensajes religiosos confusos y legislaciones ambiguas^{15,21}.

Marco legal: situación en España

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado contra las MGF, a las que consideran prácticas que atentan contra los derechos humanos.

En España, los primeros casos se detectaron en Cataluña en el año 1993. Fueron denunciados por profesionales de la salud y las sentencias resultaron absolutorias para los padres de las niñas, alegando «la no intencionalidad de lesionar y el error de prohibición». Desde entonces no hay conocimiento de que se hayan producido nuevas mutilaciones en territorio español, aunque sí es conocido que algunas familias aprovechan los viajes a los países de origen para proceder a la iniciación de sus hijas.

La MGF, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 149 del Código Penal, que castiga el delito con penas de 6 a 12 años de prisión para los padres y la retirada de la patria potestad. Recientemente se ha aprobado la normativa que permite perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF.

Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas puede comportar, para los profesionales de la salud, la comisión del delito de omisión en el deber de evitar o promover su persecución, tipificado en el artículo 450 del Código Penal.

Con el Código Penal como último recurso: evitar la humillación

Entendemos que el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo. En todo caso, son elementos complementarios y el recurso a la justicia no tendría que ser excusa para no intentar una aproximación preventiva.

La presentación más habitual de la problemática asociada con las MGF en nuestro medio es el anuncio, por parte de una familia con niñas en edad de iniciación, de un inminente viaje a su país de origen. Esta situación es detectada fundamentalmente por los profesionales de la salud, los servicios sociales de base y las escuelas.

Las actuaciones judiciales practicadas ante el conocimiento de un viaje de niñas en riesgo consisten en la retención cautelar del pasaporte y en el compromiso de los padres de no mutilar a sus hijas, además de imponer la obligatoriedad de pasar una revisión médica al retorno.

En el caso de las MGF, se produce una compleja interacción entre derechos y valores culturales que señalan que no podemos limitarnos a aplicar el castigo sin más²². Pudiera ser que algunas de las medidas de control propuestas lesionaran la intimidad y la dignidad de las menores que se desea proteger.

No se trata de relativismo cultural, sino de responsabilidad y comprensión de un problema que debe ser abordado, con tiempo, desde una perspectiva de análisis de sus raíces profundas, desde el respeto y la educación. En esta línea apunta la declaración de Barcelona sobre las MGF presentada en el Foro Mundial de las Mujeres (tabla 3).

Implicaciones para la atención primaria

Hay pocos estudios realizados en nuestro país en relación con las MGF y la atención primaria. Una encuesta, realizada a profesionales de la salud en la comarca del Maresme (Barcelona)²³, mostraba que el 56% de los encuestados no identificaba correctamente el tipo de MGF, el 17% no estaba interesado por el tema y su respuesta a la pregunta «¿qué harías ante un caso de MGF?» fue «ignorarla». El 21% del personal del programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR), el 7% de los pediatras y el 5% de los profesionales de medicina general declararon haber detectado o conocido algún caso, tanto en las madres como en sus hijas.

Según datos padronales del año 2000, antes del último proceso de regularización, en Cataluña habría alrededor de 532 niñas en riesgo de ser mutiladas durante los próximos años. Estudios más recientes⁷ señalan que esta situación no será infrecuente en los próximos años ya que, por ejemplo, las mujeres gambianas residentes en nuestro país presentan tasas de fertilidad que duplican o triplican las de mujeres procedentes de otras zonas.

La atención primaria, por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal de los problemas a lo largo del ciclo vital, es uno de los entornos mejor ubicados para el

TABLA 4
Dificultades para el abordaje de la mutilación genital femenina desde la atención primaria

Entre las familias migrantes	Entre los profesionales
Conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen	Desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica
Incertidumbre jurídico-administrativa	Temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto
Mito del retorno	Dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención
No percibir la mutilación genital femenina como un problema prioritario	Escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas
Violencia simbólica en relación con sus costumbres difundida por los medios	Escasos recursos de asesoramiento profesional
Barrera idiomática	Dilema criminalización-estigmatización frente a integración
Escasos recursos para la mediación	Sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas
	Barrera idiomática

Fuente: Elaboración propia.

planteamiento inicial de las MGF desde una perspectiva preventiva, aunque se intuyen dificultades (tabla 4).

Administraciones, profesionales y asociaciones han intentado paliar estas lagunas mediante la elaboración de guías y protocolos de actuación²⁴⁻²⁶.

A modo de conclusión: diez propuestas para la atención primaria

Se trata de nuevos retos y problemas emergentes que requieren una labor de sensibilización y formación, que haga posible la intervención preventiva eficaz por parte de los profesionales de atención primaria. Para ello proponemos:

1. Avanzar en programas formativos que permitan capacitar a los profesionales en la detección, el reconocimiento y la intervención en familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una MGF.
2. Conocer las niñas en riesgo de la población asignada a nuestro centro de salud. Disponemos de datos censales o padronales que permiten hacer una estimación. Habría que registrar esta situación como un factor de riesgo en la edad pediátrica.
3. Intentar una aproximación a la cuestión de las MGF desde cualquiera de los posibles puntos de contacto de las familias con la atención primaria de salud.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, cuál es la actitud de los padres frente a la mutilación. Transmitir respeto por sus prácticas rituales, pero desaprobación por las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas.

Puntos clave

- La mutilación genital femenina es una práctica presente en la mayoría de las comunidades de inmigrantes subsaharianos de nuestro entorno.
- La mutilación genital femenina ocasiona problemas en la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las mujeres que la padecen.
- Los organismos internacionales consideran la mutilación genital femenina como una práctica que atenta contra los derechos humanos.
- En España, la mutilación genital femenina está tipificada como delito y penada con 6-12 años de cárcel, aunque se realice fuera de nuestro país.
- Es necesario un abordaje transcultural, respetuoso con los valores y las culturas de las comunidades inmigrantes.
- La intervención preventiva desde la atención primaria es posible, y evitaría las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas y la desestructuración de las familias.

5. Informar y educar siempre sobre la anatomía de los genitales femeninos, sobre las complicaciones físicas y psicológicas que puede presentar la hija si se le realiza la MGF. Informar sobre la legislación vigente, acerca de la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque se realice fuera de España.

6. Reforzar la decisión de no mutilar. Se ha desarrollado un documento a modo de carta-«compromiso preventivo» en el que se explican las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a los padres y a la niña en el momento del retorno a España. Dicho documento puede ser esgrimido por los padres frente a su comunidad de origen como elemento de apoyo a la decisión de no mutilar. Por otro lado, es un documento de salvaguarda legal del profesional como prueba de su intervención preventiva.

7. Estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia a África. Frente a esta situación debemos intentar concretar con los padres su decisión (compromiso preventivo o declaración jurada) de no realizar la operación en su país. Transmitir firmeza en nuestra actitud de que, si se lleva a cabo la MGF, estamos obligados a denunciarlo.

8. Ante la situación de un inminente viaje y el posicionamiento firme de los padres en favor de la MGF, debemos informarles de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Buscar asesoramiento legal y de mediación intercultural.

9. Mantener, en las zonas con numerosa población de inmigrantes subsaharianos, cierta presencia divulgativa del problema permanentemente. Esto puede hacerse mediante carteles, dípticos y hojas de información a las familias sobre el tema. Es importante iniciar el abordaje de la MGF sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata.

10. Intentar coordinar estrategias de abordaje compartido con los diversos servicios y dispositivos de la comunidad: servicios sociales, escuelas, asociaciones de inmigrantes, mediadores culturales, etc.

Estamos ante un problema quizá no muy prevalente en nuestra práctica cotidiana, pero que por su implicación con los derechos universales de las personas, por nuestro compromiso moral en la defensa de estos derechos y por tratarse de un modelo de intervención positiva mediante una atención transcultural respetuosa con los valores y las creencias, creemos que debe ser abordado adecuadamente por la atención primaria. Merece la pena intentarlo.

Bibliografía

- Adams KM, Gardiner LD, Assefi N. Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ*. 2004;328:1548-52.
- Lofvander M, Dyhr L. Transcultural general practice in Scandinavia. *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:6-9.
- Kaplan A. De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social. Barcelona: Fundación «La Caixa»; 1998.
- Ahmadu F. Rite and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision. En: Shell-Duncan B, Herlund Y, editors. *Female «circumcision» in Africa: culture, controversy and change*. London: Rienner Publishers; 2000.
- Hellsten SK. Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom-critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation. *J Med Ethics*. 2004;30:248-53.
- Kaplan Marcusan A, Bedoya MH, Franch Bartoli M, Merino Tejada M. Avances interdisciplinarios en el conocimiento de los procesos de cambio e integración social: la situación de las mutilaciones genitales femeninas en España. En: García Castaño FJ, Muriel López C, editores. *La inmigración en España: contextos y alternativas*. Vol II. Actas del III Congreso sobre la Inmigración en España (ponencias). p 291-312; 2002, 6-9 de septiembre. Granada: Universidad de Granada: Laboratorio de estudios Interculturales; 2002.
- Bledsoe C, Houle R, Sow P. High fertility Gambians in low fertility Spain: mutually entailed lives across international space. *MPIDR-EAPS Workshop Anthropological Demography of Europe*; 2005, September 30-October 1. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research; 2005.
- Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med*. 1994;331:712-16.
- Little CM. Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *J Cult Divers*. 2003;10:30-4.
- World Health Organization. *Female genital mutilation*. Geneva: World Health Organization; 1997.
- Craft N. Women's health. Life span: conception to adolescence. *BMJ*. 1997;315:1227-30.
- Dorkenoo E. Cutting the rose. *Female genital mutilation: the practice and its prevention*. London: Minority Rights Publications; 1995.
- Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health*. 2001;6:643-53.
- El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:465-73.
- Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation: a descriptive study. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:453-8.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Female genital mutilation. *Pediatrics*. 1998;102:153-6.
- The Royal College of Midwives. Female genital mutilation (female circumcision). Position paper n.º 21. London: The Royal College of Midwives; 1998. Disponible en: <http://www.rcm.org.uk>.
- Walraven G, Scherf C, West B, Ekpo G, Paine K, Coleman R, et al. The burden of reproductive organ-disease in rural women in the Gambia, West Africa. *Lancet*. 2001;357:1161-7.
- Van Gennep A. *Los ritos de paso*. Madrid: Ediciones Taurus; 1986.
- Kaplan A, Risler S. *Iniciación sin mutilación [documental en vídeo]*. Barcelona: Ovideo Producciones; 2004.
- Herioka E, Dhar J. Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice. *Sex Transm Infect*. 2003;79:220-3.
- Kaplan A. Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. En: De Lucas J, editor. *Multiculturalidad y justicia*. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2002.
- Moreno Navarro J, Castany Fabregat MJ. Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina. *Primàries*. Institut Català de la Salut 2002;14:14-15. Disponible en: <http://www.gen-cat.net/ics/primaries/14/index.html>
- Balanzó X, Faixedas MT, Guayta R. Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la Bona Praxi*. n.º 16. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2003. Disponible en: http://www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/bonapraxi/home.htm
- Generalitat de Catalunya. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina. Barcelona: Secretaria per a la Immigració; 2002.
- Kaplan A, Martínez C, coordinadores. *Mutilación genital femenina: prevención y atención*. Guía para profesionales. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2004.