

Acercamiento sociocultural a la mutilación genital femenina

Sociocultural approach to the feminine genital mutilation

Yusimy Luján Risco^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2146-1186>

Pablo Ricardo Betancourt Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0002-4737-7636>

Ángela Fajo Betancourt¹ <https://orcid.org/0000-0002-4454-6529>

1. Universidad de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Camagüey

* Autora para la correspondencia: yusimylr.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

La mutilación genital femenina se inscribe dentro de las prácticas tradicionales perjudiciales, reconocidas como forma de violencia contra las mujeres y las niñas. Tema extremadamente complejo, delicado y politizado, difícil de entender a través de definiciones normativas, clasificaciones y delimitaciones geográficas. Su desconocimiento, por parte de los profesionales de la salud, puede contribuir a un manejo inadecuado de las pacientes. El trabajo tiene como objetivo argumentar sobre aspectos socioculturales de la Mutilación Genital Femenina, esenciales para su manejo integral por el profesional de la salud. Se recomienda el enfoque, llamado “las cinco P”: prevalencia, prevención, protección, persecución y provisión de servicios.

Además, se deben evitar las actitudes de reproche o victimización hacia la paciente, así como no promover la medicalización de la práctica.

Palabras clave: mutilación genital femenina, ablación, circuncisión femenina.

ABSTRACT

The feminine genital mutilation is registered among the harmful traditional practices recognized as form of violence against the women and the girls. Complex topic, delicate and politicized, difficult to understand through normative definitions, classifications and geographical delimitation. Its ignorance, on the part of the professionals of the health, can contribute to an inadequate handling of the patients, as part of their integral attention. The work takes as an objective to argue on sociocultural aspects of the Feminine Genital Mutilation, essential for its integral handling for the health professional. The approach, called “five P” is recommended: predominance, prevention, protection, pursuit and provision of services. Moreover, the reproach attitudes must be avoided or victimization towards the patient, expression of a euro-central and paternalistic look towards the different, unexpected or unknown; as well as not to promote the medicalization of the practice.

Keywords: feminine genital mutilation, ablation, feminine circumcision.

Recibido: 17/12/2020

Aprobado: 27/2/2020

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1963 partió hacia Argelia la primera brigada médica cubana con misión internacionalista, han sido múltiples y variados los escenarios en los que los profesionales de la salud han debido adaptarse, muchos de ellos alejados de las realidades de la Isla.

La Mutilación Genital Femenina (MGF) fue una práctica poco conocida para el mundo occidental hasta el siglo XX, aún más reciente fue su reconocimiento como forma de violencia contra las mujeres y las niñas.^(1,2)

La misma no es un procedimiento aislado, sino que se inscribe en el marco de un conjunto de prácticas tradicionales perjudiciales como: el matrimonio precoz, la ablación de mamas, el vendaje de pies, afilado de dientes o los llamados crímenes de honor las que, basadas en consideraciones de género, tienen muchas veces para sus practicantes, el carácter de obligación moral e incluso valor de ley.⁽³⁾

El desconocimiento de aspectos esenciales de la MGF por parte de los profesionales de la salud cubanos, puede contribuir a un manejo inadecuado de las pacientes que acuden en busca de sus servicios, y malograr los resultados de otras medidas que se tomen, como parte de la atención integral que brindan los colaboradores cubanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la MGF como: “todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. ⁽¹⁾UNICEF estima que alrededor de 200 millones de mujeres han sufrido esta práctica y que más de 63 millones de niñas habrán sido sometidas a ella para el 2050.⁽²⁾

Es un tema extremadamente complejo, delicado y politizado, difícil de entender a través de definiciones normativas, clasificaciones y delimitaciones geográficas. Generalmente, los medios de comunicación difunden noticias sensacionalistas sobre la MGF, lo que ha contribuido a propagar la idea de que es una práctica horrible realizada por gente “primitiva”.

La MGF es denominada también circuncisión femenina, o simplemente circuncisión. Las posiciones relativistas defienden el uso de dicho vocablo y es a menudo empleado por las propias comunidades que la practican. El término ha sido criticado porque equipara la circuncisión femenina y la masculina, cuando la realidad es que, al privar a las mujeres de un órgano, la versión femenina constituye un procedimiento mucho más invasivo que la masculina y conlleva a consecuencias más graves para la salud.⁽¹⁾

En el marco de las intervenciones destinadas a fomentar el abandono de la práctica por las comunidades, el uso de los términos locales, que tienen una carga más

simbólica y menos emocional, resulta menos estigmatizante, además de ser interpretado como una muestra de respeto hacia sus culturas.^(4,5)

La MGF se practica mayoritariamente en niñas hasta los quince años, casi siempre antes de la primera menstruación. Puede ser ocasionalmente realizada en mujeres adultas y/o casadas.⁽²⁾

En 1995 la OMS estableció cuatro tipos de MGF. Esta clasificación fue actualizada en el 2007 y nuevamente revisada en el 2016. La última versión se reproduce a continuación.⁽¹⁾

Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris). En la cultura islámica, este tipo de MGF es conocido como Sunna (tradición), y se le compara con la circuncisión masculina.

- Tipo Ia: Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión).
- Tipo Ib: Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía).

Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores (los pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (los pliegues externos de la vulva). También se conoce como escisión.

- Tipo IIa: Resección de los labios menores solamente.
- Tipo IIb: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
- Tipo IIc: Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

Tipo III: Estrechamiento del orificio vaginal cortando y juntando los labios menores y/o los labios mayores para crear un tipo de sello, con o sin escisión del clítoris. En la mayoría de los casos, los bordes cortados de los labios son cosidos entre sí, lo que se denomina infibulación, de la palabra latina infibulare (sujetar con un broche). Esta forma de MGF es conocida a veces como faraónica.

- Tipo IIIa: Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.
- Tipo IIIb: Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

Tipo IV: Todos los demás procedimientos dañinos para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo: punciones, perforaciones, incisiones, raspado y cauterización. Algunos ejemplos concretos serían los siguientes:

- punciones, perforaciones o incisiones del clítoris y/o de los labios;

- estiramiento del clítoris y/o de los labios;
- cauterización mediante abrasión del clítoris y del tejido circundante;
- raspado del tejido que rodea el orificio vaginal o cortes de la vagina;
- introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar una hemorragia, para tensar o estrecharla; y
- cualquier otra práctica (que no sea del tipo I, II o III) que pueda ser incluida en la definición de MGF anteriormente mencionada.

En esta tipología no se ha incluido la Cirugía Plástica Genital (CPG), un fenómeno que ha aumentado de forma inquietante en los últimos años, principalmente en Europa y Estados Unidos.⁽¹⁾

El trabajo tiene como objetivo argumentar sobre aspectos socioculturales de la Mutilación Genital Femenina, esenciales para su manejo integral por el profesional de la salud.

Desarrollo

La primera referencia explícita a la circuncisión femenina la realizó Strabo, un geógrafo e historiador griego, hacia el primer siglo a.C., cuando relató el celo con el que se realizaba en Egipto. Existen pruebas de que ha sido una práctica común en esta región incluso con anterioridad a ese período. Según Sara Johnsdotter, fue en los siglos XV y XVI cuando empezaron a aparecer descripciones más detalladas de esta práctica redactadas por europeos que viajaban a África. En los siglos XVIII y XIX, surgieron diferentes interpretaciones sobre las razones por las cuales la MGF se llevaba a cabo, debates morales mezclados con consideraciones de tipo higiénico y estético, pero en realidad sus orígenes siguen siendo un misterio.⁽⁶⁾

La clitoridectomía y la infibulación también han sido practicadas a lo largo de la historia. Están documentadas como prácticas médicas desde el siglo II hasta el siglo XVIII, periodo en el que las descripciones ya contenían una información más detallada, concretamente sobre cómo este procedimiento era considerado terapéutico en el control de la sexualidad y de una gran variedad de enfermedades en Europa y América del Norte. En estos lugares se ha constatado que se practicaban como remedio contra

la masturbación, el adulterio o el lesbianismo, algo que subraya las percepciones altamente moralizantes del cuerpo en los siglos XVIII y XIX.⁽⁶⁾

En el siglo XX, el debate pasó de ser un asunto de salud, a una cuestión de derechos (humanos) individuales. La historia de las agendas contra la MGF viene marcada por los cambios que la práctica, su significado y su valor, han experimentado a lo largo del tiempo, desde el punto de vista individual y por parte de las comunidades; pero está también especialmente influenciado por la evolución de los marcos de interpretación a través de los cuales ha sido analizada y percibida, y de los instrumentos legales disponibles para combatirla.

La labor de las feministas de esta época permitió que saliera a la luz la primera legislación internacional específicamente dedicada a las cuestiones de género, lo que fue considerado “un paso crucial hacia el reconocimiento internacional de los abusos de los derechos humanos dentro del ámbito privado”.⁽⁷⁾

Se pueden encontrar razones muy variadas de esa práctica, según las culturas y las comunidades. Sin embargo, sus practicantes conocen cada vez menos esas razones, pero siguen practicando la MGF porque saben que hay motivos para hacerlo y que tienen que hacerlo. Dicho de otro modo, lo hacen por conformidad.⁽⁸⁾

Las razones que sustentan esta práctica se pueden agrupar en cuatro categorías: las razones de tipo sicosexual y reproductivo, las razones vinculadas a la higiene y a la estética, las razones de tipo religioso y/o basadas en mitos, y las razones socioculturales.

El principal motivo es controlar la sexualidad de la mujer. Se piensa que la MGF mitiga el deseo sexual y garantiza la fidelidad de la fémina.⁽⁹⁾ En muchas comunidades, por ejemplo, en Egipto, Sudán o Somalia, el honor de la familia depende de la virginidad de la niña, de ahí la importancia de su restricción sexual antes del matrimonio. En otras comunidades, por ejemplo, en Uganda o en Kenya, donde se practica la poligamia, se pretende limitar las demandas sexuales de la mujer hacia su marido, para que este pueda satisfacer a todas sus esposas.⁽⁹⁾

Se piensa que la MGF es necesaria para la vida sexual del matrimonio porque contribuye a aumentar el placer sexual del hombre. En algunas culturas las creencias van incluso más allá: tener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida

a la MGF sería peligroso para el hombre, porque el clítoris podría provocar la muerte del hombre si tiene contacto con su pene.⁽¹⁰⁾

Muy a menudo en esos contextos culturales se considera que la MGF facilita el parto y que el clítoris puede provocar la muerte del bebé si lo roza durante el alumbramiento, cuando los hechos demuestran lo contrario. Además, se cree que la MGF aumenta la fertilidad,⁽¹⁰⁾ lo que tampoco es cierto, y las infecciones debidas a la MGF pueden incluso causar esterilidad.

En muchas culturas la MGF es sinónimo de purificación. De hecho, es el nombre dado a esta práctica. La mujer que no ha pasado por este ritual es considerada sucia, y se le prohíbe la manipulación de alimentos y agua.⁽¹⁰⁾

En otras comunidades se piensa que los genitales femeninos son feos, en tanto demasiado voluminosos y por eso es mejor quitarlos.⁽¹¹⁾

Si bien la MGF puede formar parte de las prácticas religiosas de determinadas comunidades (como los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, la comunidad judía Falasha de Etiopía, ciertas agrupaciones musulmanas, entre otros). Sin embargo, es erróneo asociar esta práctica con el islam, o con cualquier otra religión. Cabe añadir que cuando se practica por motivo religioso, las mujeres o niñas que se nieguen a someterse a esta práctica, son rechazadas (por ejemplo, no pueden rezar).

Por otra parte, existen muchos mitos en el origen de la MGF. En los Bambara de Malí, se cree que el clítoris es el hogar de un espíritu maligno. En muchos pueblos africanos, el clítoris corresponde al lado masculino de la mujer, y es considerado como un atributo propio del sexo opuesto que es necesario eliminar para que la mujer esté plenamente en concordancia con su sexo.⁽¹²⁾

La MGF parece constituir un componente importante de la identidad cultural de las niñas, así como de su identidad sexual. En efecto, se suele asociar con la entrada en la edad adulta, muy a menudo acompañada de una ceremonia durante la cual las niñas reciben regalos y reconocimiento público.⁽¹¹⁾ La MGF se convierte entonces en un ritual necesario para que la niña sea considerada una mujer.

Algunos autores definen el ritual de paso como un acto social que marca la separación del mundo asexuado de la infancia y la incorporación al mundo sexuado de los adultos, formado por individuos del otro sexo.⁽¹³⁾ No se trata de una pubertad física, ya

que no coincide con la pubertad fisiológica, sino una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de estas y de la densidad demográfica de los grupos.⁽¹⁴⁾

Entrar en la vida adulta significa ingresar en un estado de responsabilidades, es decir heredar de un conjunto de derechos y privilegios que comparten todos los miembros de la comunidad, así como una serie de deberes y obligaciones hacia esa comunidad.⁽¹⁵⁾

Es interesante ver cómo se desarrollan esos ritos de iniciación para entender mejor el significado y el alcance de la MGF.

Un rito de paso consta de tres fases: la separación, la marginación y la agregación.⁽¹⁵⁾ Tomemos el ejemplo de un rito de paso, de iniciación, para las niñas en Senegambia, llamado *ñyaka* (existe también una iniciación para los niños llamada *kaseo*), que proporciona la antropóloga Adriana Kaplan Marcusán: "En la primera fase, las niñas son separadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por la escisión del clítoris (o la infibulación), la sangre, y el dolor. La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida. Puede durar entre dos y ocho semanas, según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de tabúes, y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, los alimentos, la ropa y el movimiento en general.⁽¹⁴⁾

Es en esa fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de las iniciadas, donde son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.

En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta de 'graduación' donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. De esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres.⁽¹⁴⁾

En este tipo de ritual, la escisión de los órganos suele desempeñar un papel muy importante. En primer lugar, simboliza la separación de la infancia al ser un paralelo al corte del cordón umbilical cuando nace el niño.⁽¹⁵⁾

Por otra parte, el hecho de experimentar dolor es una manera de demostrar valentía y madurez, así como endurecer a las iniciadas y prepararlas para afrontar las dificultades de la vida. De hecho, las mujeres de la comunidad suelen bailar y cantar mientras se realiza la intervención para apoyar a las niñas y transmitirles fuerza.⁽¹³⁾

Por fin, las "huellas físicas imborrables" dejadas por la escisión, así como los valores y conocimientos aprendidos, propios de la comunidad, son como unas señas de identidad que unen las niñas al resto de la colectividad.⁽¹⁴⁾

Por eso, cumplir con esa práctica confiere a las niñas un sentimiento de orgullo, de mayoría de edad y de pertenencia a una comunidad, y contribuye a construir su identidad.⁽⁸⁾ Sin embargo, varios estudios demuestran que en realidad se sigue practicando la MGF sobre todo por conformidad y presión social, en particular en zonas rurales.⁽⁸⁾ Muchos piensan que tener a su hija sin "circuncidar" es una vergüenza y llevaría a ser socialmente excluidos.

Los padres creen también que puede ser un obstáculo para encontrarle marido. Tanto los padres como las hijas suelen estar a favor de que se mantenga la MGF, a pesar de los daños que pueda provocar para la salud, porque temen que su abandono implique la pérdida de estatus y de protección en el seno de la comunidad.⁽¹¹⁾

Existen investigaciones que demuestran que esas consecuencias sociales, en caso de incumplir con esta práctica, no se producen necesariamente. Por ejemplo, un estudio revela que el 70 % de las hijas no circuncidadas no ven la no circuncisión como un obstáculo para el matrimonio.⁽⁸⁾ Por lo tanto, quizá sea más una creencia que se auto-alimenta, que un hecho comprobado.

Se puede concluir que la mayoría de esas razones estriba en consideraciones de género, y por lo tanto en construcciones sociales que atribuyen ciertos comportamientos y funciones a las mujeres (virginidad prematrimonial, fidelidad, criterios de belleza) y que son en realidad discriminatorias. Además, muchas se basan en ideas erróneas, como los supuestos beneficios de la MGF para el parto y la fertilidad.

Dada la complejidad de la MGF, es importante que el profesional de la salud pueda afrontarla desde distintos niveles. En las políticas sobre violencia de género (incluyendo la MGF), se adopta habitualmente un enfoque integral, llamado enfoque de

las cinco “P”, que aborda la prevalencia, la prevención, la protección, la persecución y la provisión de servicios.⁽¹⁶⁾

Prevalencia: contar con datos fiables y representativos sobre la magnitud de la MGF, tanto en países de origen como en los países de destino, es muy importante por varias razones. Para empezar, puede proporcionar información sobre dónde la MGF está más extendida, y de este modo asesorar la distribución de recursos de forma más eficiente. La comparación de la prevalencia a intervalos regulares puede también ayudar a monitorear la evolución del fenómeno en el transcurso del tiempo.

La MGF se ha extendido por todo el mundo. UNICEF estima que cerca de 200 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a MGF a nivel mundial.⁽²⁾

La MGF se practica principalmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio (Kurdistán Iraquí y Yemen) y Asia (Indonesia). En los países africanos, la práctica ha sido documentada históricamente y las agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas han venido midiendo su prevalencia.⁽²⁾

Es importante señalar que no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todos los grupos que la practican siguen el mismo procedimiento. Por ejemplo, Gambia tiene una mayor prevalencia de MGF que Senegal, país vecino en el que está geográficamente inserto. Esto se debe a que la población mandinga, que constituye el 42 % de la población de Gambia, presenta una prevalencia de MGF del 96,7 %, mientras que en Senegal los *wólofs*, que no practican la MGF a gran escala, constituyen el 42 % de la población senegalesa. En Kenia, prevalecen los tipos de MGF I y II, pero entre los somalíes kenianos se ha registrado que el 13,4 % de las mujeres presentan el tipo III, pero muestran diferencias en la práctica tanto entre los distintos grupos étnicos que componen esta población como dentro de los mismos.⁽¹⁴⁾

En Asia, la MGF se practica en Indonesia y Malasia, donde el procedimiento se realiza a menudo en un entorno médico.⁽¹⁷⁾ Hay otros países en los que ha sido documentada, como Omán, entre los Bohra en la India o por el grupo étnico Emberá-Chamí del departamento de Risaralda en Colombia.^(18,19,20)

Prevención: debe afrontar los patrones de comportamientos socioculturales profundamente arraigados que están al origen de la práctica, tanto en la Unión Europea como en los países de origen.⁽¹⁶⁾ El Convenio sobre prevención y lucha

contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica 2010 del Consejo Europeo, o Convenio de Estambul, define la prevención como: “el desarrollo de medidas necesarias para promover los cambios en los modos de comportamiento socioculturales de las mujeres y los hombres con vistas a erradicar los estereotipos y prejuicios, costumbres, tradiciones y cualquier otra práctica basada en la idea de la inferioridad de la mujer o en un papel estereotipado de las mujeres y los hombres. Ello implica fomentar un entorno favorable para mujeres y niñas y lograr su empoderamiento. Así mismo, supone el refuerzo de las instituciones para que estén en posición de dar respuesta a la violencia contra las mujeres”.⁽²¹⁾

Existe un amplio abanico de actividades que se pueden llevar a cabo con el fin de prevenir la MGF. Entre las más comunes se destacan: ofrecer una mayor conciencia y sensibilización entre los grupos objetivos (incluidos los hombres y niños), formar a los profesionales sanitarios, establecer intervenciones a cargo de las comunidades, emitir declaraciones públicas contra la MGF, utilizar los medios de comunicación para transmitir mensajes, empoderar a mujeres y niñas, abordar los estereotipos de género y asegurar que la cultura, las costumbres, la religión, la tradición y el así llamado “honor” no sean invocados con el fin de justificar cualquier acto de violencia.⁽²²⁾

Las actividades de prevención están centradas en generar cambios en los comportamientos hacia el abandono de todas las formas de MGF. Sin embargo, la realidad es que los recursos destinados a las organizaciones comunitarias que trabajan en la prevención de la MGF son limitados, lo que explica que las actividades que apuestan por el cambio en los comportamientos a largo plazo sean demasiado escasas.⁽¹⁶⁾

Protección: abarca tres tipos de acciones, la protección de las niñas y mujeres con el fin de evitar que sean sometidas a esta práctica; la protección de quienes ya han sido sometidas a la misma contra el riesgo de sufrir más daños, y la protección internacional de unas y otras a través del derecho de asilo.

Protección a las niñas: las niñas en riesgo de sufrir una MGF deben ser protegidas de manera adecuada. Entre los profesionales que trabajan con niñas en situación de riesgo se encuentran: el personal docente, el personal sanitario, la policía, los trabajadores sociales y agentes de protección infantil. La mayoría de los países

Europeos cuentan con una legislación de protección de menores, que puede emplearse para proteger a una niña contra la MGF. Sin embargo, es preciso que los profesionales que se enfrentan a la MGF conozcan tanto los factores de riesgo como los mecanismos legales y de protección que tienen a su disposición a nivel nacional o regional.⁽¹⁶⁾

A este respecto, es importante tomar en consideración las cláusulas de secreto profesional que regulan la obligación de denunciar los casos de abusos a menores.

Protección de las víctimas de MGF: se debe facilitar a las víctimas de MGF una serie de servicios especializados que incluyen servicios legales, psicológicos y de asistencia social y sanitaria, con el fin de asegurar su recuperación del trauma padecido y prevenir las consecuencias de las MGF en la salud, de acuerdo con lo estipulado por la Comisión de Naciones Unidas sobre la Condición de las Mujeres del 2011.

Protección internacional: según la Convención de Ginebra de 1951, tanto las víctimas de MGF como sus víctimas potenciales, pueden ser consideradas como un “grupo social”. La MGF está reconocida como una forma de violencia contra las mujeres, asimilable a la persecución por motivos de género o persecución específica del niño, por lo que constituye un motivo para solicitar el asilo. Esto implica que las niñas y mujeres que han sido sometidas a la MGF o están en riesgo de serlo, pueden solicitar la condición de refugiadas de acuerdo con la Convención de Ginebra.^(21, 23)

Persecución: la MGF ha sido ilegalizada en muchos países. Sin embargo, el número de condenas sigue siendo limitado, por un lado, debido a las dificultades a la hora de recabar pruebas suficientes para llevar un caso ante los tribunales, y por otro, por los obstáculos que permanecen para detectar casos de MGF.⁽²⁴⁾ Se admite de manera generalizada que la ley por sí sola no puede frenar la práctica de la MGF, y que los esfuerzos en el ámbito penal deberían ir de la mano de la prevención, la protección y la provisión de servicios.

La persecución judicial de la MGF forma parte integral de cualquier política de lucha contra la violencia de género con enfoque basado en los derechos humanos. El Convenio de Estambul, por ejemplo, exige que los estados adopten “las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que la investigación y los procedimientos

judiciales relativos a todas las formas de violencia (...) [incluida la MGF] se lleven a cabo sin demoras injustificadas” (artículo 49).⁽¹⁶⁾

La existencia de leyes penales que criminalizan la MGF contribuye a crear un entorno favorable a la adopción de medidas contra la práctica. Da una base legal a la acción preventiva y brinda protección jurídica a las mujeres y niñas, a la vez que puede disuadir a las escisoras/circuncidadoras y a las familias, de someterlas a la MGF.⁽²²⁾ No se debe sin embargo obviar que la investigación social sobre la aplicación de las leyes penales relativas a la MGF ha puesto al descubierto una serie de dificultades, y se evidencia que no está garantizado su impacto en el anhelado abandono de todas las formas de MGF por las comunidades que la practican.^(6,24)

Provisión de servicios: la asistencia a mujeres y niñas que han sido sometidas a MGF y a aquellas en riesgo de serlo, abarca una gran variedad de actores y servicios. Dada la diversidad de los sectores implicados (agencias de protección infantil, policía, asistencia sanitaria, centros educativos, ONG y Fiscalía), su cooperación ha de ser efectiva. Entre los servicios a prestar, están el asesoramiento legal, psicológico y sexual, las ayudas económicas y la asistencia sanitaria y social. Dichos servicios pueden ser generales (por ejemplo, los que están a disposición del público en general, como la asesoría legal) o especializados (por ejemplo, las clínicas especializadas en MGF que existen en Bélgica).⁽²⁵⁾

Por lo general, hay tres tipos de situaciones en las que el personal sanitario tiene la posibilidad de detectar casos de MGF:

1. La paciente acude a los servicios de salud por motivos no relacionados con la MGF, pero esta es diagnosticada en el transcurso del examen médico (por ejemplo, durante una exploración de los genitales en una consulta pediátrica rutinaria, una revisión dermatológica o una consulta, revisión o visita ginecológica o prenatal) o durante la recogida de datos para la elaboración del historial médico o psicológico.
2. La paciente acude a los servicios de salud por síntomas relacionados con la MGF (por ejemplo, por problemas urinarios, cólicos, dolor menstrual o problemas sexuales), aunque no sea consciente de la relación existente entre unos y otra.
3. La paciente acude a los servicios de salud para cuestiones que ella asocia explícitamente a la MGF. Podría tratarse de: (a) peticiones improcedentes (por

ejemplo, unos padres que demandan que se le practique la MGF a su hija o una mujer embarazada que pide ser reinfibulada después de dar a luz); (b) peticiones de tratamiento de síntomas relacionados con la MGF; (c) peticiones de que se realice una desinfibulación o una reconstrucción de clítoris; (d) peticiones de certificación ginecológica si la paciente es demandante de asilo (en aquellos países donde sea posible).

En este aspecto merece especial atención la medicalización de la práctica que, en busca de una supuesta optimización de proceder quirúrgico, termina legitimando esta costumbre. Cada situación conlleva distintos grados de adhesión y participación de la paciente a los servicios de salud y requiere por parte del personal sanitario, diferentes actitudes, comportamientos e intervenciones.⁽¹⁴⁾

Los profesionales de la salud tienen que ser conscientes de que tanto el lenguaje verbal como el no verbal (expresiones faciales, gestos, silencios, comentarios, tonos de voz y terminología médica) pueden ser malinterpretados por las pacientes y que unas reacciones precipitadas pueden afectar negativamente las relaciones que se establecen en el marco de la atención sanitaria.

Las reacciones de espanto o escandalizadas se pueden encontrar a veces en profesionales inexpertos que no están suficientemente preparados para tratar o abordar el tema de la MGF.

Los profesionales de la salud adoptan también a veces actitudes de reproche o victimización hacia la paciente. Suelen ser el producto de una mirada eurocéntrica y paternalista hacia lo diferente, inesperado o desconocido, lo que se considera inferior o extraño, con necesidad de salvación o conversión.⁽¹⁴⁾

Aunque pueden parecer inofensivas, las reacciones de sorpresa, sarcasmo o curiosidad excesiva del personal sanitario, en general, provienen de una visión exótica y sensacionalista de la diversidad, lo que provoca que la paciente se sienta estrafalaria y ridícula.

Cuando la paciente está confrontada a este tipo de actitudes y comportamientos, se puede sentir rechazada o juzgada y tener el sentimiento de que encarna unos valores o tradiciones equivocadas. En consecuencia, podría descartar futuros contactos con los servicios de salud o reaccionar posicionándose a favor de la MGF, aun cuando con

anterioridad hubiera criticado dicha práctica o hubiera demostrado ser receptiva ante el abandono de la misma. Asimismo es conveniente prestar especial atención a la terminología empleada, ya que a veces la paciente desconoce los términos técnicos al uso para referirse a la MGF. Las pacientes pueden sentirse molestas con palabras como mutilación que perciben a menudo como un término etnocéntrico, despectivo y discriminatorio. Resulta más eficaz referirse de forma general a la circuncisión femenina, ablación o corte o incluso utilizar las palabras en el idioma de la paciente.

Conclusiones

Aunque el origen de la MGF es impreciso, se puede afirmar que se trata de una práctica muy antigua, anterior a toda religión monoteísta, en su gran mayoría ubicada en el continente africano, pero también presente en América latina, Oriente Medio, Asia y Australia, y que afecta a países "industrializados" a través de la inmigración.

Las razones que la sustentan son variadas, vinculadas a mitos o creencias, a menudo erróneas, con un componente social, cultural e identitario muy fuerte, y reflejan una discriminación de género.

Reviste varias formas y aunque las consecuencias varían de un tipo a otro, son perjudiciales para la salud de la mujer o niña. Sus motivos, así como las circunstancias en la que se practica y sus consecuencias, hacen de la ablación o mutilación genital femenina una práctica inaceptable desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

Dada la complejidad del fenómeno se adopta habitualmente un enfoque integral, llamado enfoque de las cinco "P", que aborda la prevalencia, la prevención, la protección, la persecución y la provisión de servicios.

Los profesionales de la salud deben evitar las actitudes de reproche o victimización hacia la paciente, que son expresión de una mirada eurocéntrica y paternalista hacia lo diferente, inesperado o desconocido; así como no fomentar la medicalización de la práctica.

Referencias bibliográficas

- 1 World Health Organization (WHO). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra: World Health Organization [Internet]. 2016.1-7 [citado 21/10/2018]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
- 2 UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. Nueva York: UNICEF [Internet]. 2016 [cited 21/10/2018]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>
- 3 Baldé C, Arroyo A. Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina “Jadare” en la cultura fulbe (Guinea Bissau). Cultura de los Cuidados [Internet]. 2019; 23(53)[citado 29/1/2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.15>
- 4 Pastor Bravo MD, Almansa Martínez P. La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde Enfermería. España. Digitum: Biblioteca universitaria [Internet]. 2016[citado 29/1/2020].Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/simplesearch?query=mutilaci%C3%B3n+genital+femenina>
- 5 Modrek S, Sieverding M. Mother, Daughter, Doctor: Medical Professionals and Mothers’ Decision Making About Female Genital Cutting in Egypt. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health [Internet]. 2016 [cited 29/1/2020]; 42(2). Available from: <http://about.jstor.org/terms/10.1363/42e1116>
- 6 Johnsdotter S, Ruth M, Mestre I. Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases, Luxemburgo: Dirección General de Justicia de la Comisión Europea [Internet]. 2015[citado 29/1/2020]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/293301208_Female_Genital_Mutilation_in_Europe_An_Analysis_of_Court_Cases

7 Baer M, Brysk A. New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues. En: The International Struggle for New Human Rights. Filadelfia: University of Pennsylvania Press [Internet]. 2009[cited 29/1/2020].

Available from:

https://www.researchgate.net/publication/293308804_New_rights_for_private_wrongs_Female_genital_mutilation_and_global_framing_dialogues

8 Orubuloye I, Caldwell P, Caldwell J. Female Circumcision Among the Yoruba of Southern Nigeria: The beginning of change. Lynne Rienner Publishers, Londres [Internet]. 2000 [cited 20/9/2019]. Available from:

https://www.rienner.com/title/Female_Circumcision_in_Africa_Culture_Controversy_and_Change

9 Rahman A, Toubia N. Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide, Zedbook, Londres [Internet]. 2000[cited 20/9/2019]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/236715390_Female_Genital_Mutilation_A_Guide_to_Laws_and_Policies_Worldwide_review

10 Erice A. Mutilación Genital: Relevancia del fenómeno cultural en su tratamiento jurídico-penal. Pamplona. Iruñea. [Internet]. 2017 [citado 20/9/2019]. Disponible en:

<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23783/72341TFMerice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11 INNOCENTI Centro de Investigación de UNICEF, Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina, Innocenti Digest. UNICEF, Florencia [Internet]. 2006 [citado 20/9/2019]. Disponible en:

<https://www.unicef-irc.org/publications/403-cambiar-una-convenci%C3%B3n-social-perjudicial-la-ablaci%C3%B3n-o-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina.html>

12 Facchi A. Mutilaciones genitales femeninas y derecho positivo[Internet]. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2001[citado 20/9/2019]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=562057>

13 Alvarez MC. Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2001[citado 20/9/2019].

Disponible en:

<https://atheneadigital.net/article/view/130/130>

14 Kaplan A. Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género[Internet]. Madrid: La Multiculturalidad; 2001 [citado 20/9/2019]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=607968>

15 Asociación Afromujer de Andalucía. Las mujeres africanas ante las mutilaciones genitales femeninas[Internet]. 2006 [citado 20/9/2019]. Disponible en:

https://www.uv.es/cefd/17/blucas_antropo.pdf

16 Instituto Europeo de la Igualdad de Género (IEIG). Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea [Internet].2003 [citado 20/9/2019]. Disponible en:

<https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/eige-report-fgm-in-the-eu-and-croatia.pdf>

17 Belluck P, Cochrane J. Unicef Report finds Female Genital Cutting to be common in Indonesia. New York Times[Internet].2016 [cited 20/9/2019]. Available from:

http://www.nytimes.com/2016/02/05/health/indonesia-female-genital-cutting-circumcision-unicef.html?_r=3.

18 Al Hinai H. Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman [Internet].2014 [cited 26/10/2018]. Available from:

<http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>.

19 Ragnhild E, Johansen P. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. Culture, Health & Sexuality [Internet]. 2017 [cited 29/1/2020]; 19 (4). Available from:

<http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2016.1239838>.

20 Fondo de Población de las Naciones Unidas Naciones (oficina de Colombia) (FNUAP-Colombia). Project Embera-wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America [Internet]. 2011 [citado 26/10/2018]. Disponible en:

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf>

21 Consejo de Europa y Amnistía Internacional. The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence: A tool to end female genital mutilation, Estrasburgo: Consejo de Europa y Amnistía Internacional [Internet]. 2014 [citado 21/9/2019]; 1(58). Disponible

en: <https://www.endfgm.eu/content/documents/studies/Istanbul-Convention-FGM-guide.pdf>

22 Johansen R, Elise B, Nafissatou J, et al. What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation. Obstetrics and Gynecology International [Internet]. 2013 [cited 21/9/2019]; 1(11). Available from:

<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/348248/>

23 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union – A Statistical Overview. Ginebra: ACNUR [Internet]. 2013 [citado 21/9/2019]. Disponible en:

<http://www.unhcr.org/531880249.pdf>.

24 Leye E, Jessika D, García J, Johnsdotter S, et al. An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe. Crime, Law and Social Change [Internet]. 2007 [cited 21/9/2019]; 47(1). Available from:

https://www.researchgate.net/publication/225674416_An_analysis_of_the_implementation_of_laws_with_regard_to_female_genital_mutilation_in_Europe

25 Johnsdotter S. Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A poor reflection as in a mirror. History and Anthropology [Internet]. 2012 [cited 21/9/2019]; 23(1). Available from:

https://www.researchgate.net/publication/263677616_Projected_Cultural_Histories_of_the_Cutting_of_Female_Genitalia_A_Poor_Reflection_as_in_a_Mirror

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Yusimy Luján Risco. Concepción y el diseño de la revisión, búsqueda bibliográfica, análisis e interpretación de las mismas, redacción del documento.

Pablo Ricardo Betancourt Álvarez. Concepción y el diseño de la revisión, búsqueda bibliográfica, análisis e interpretación de las mismas, redacción del documento.

Ángela Fajo Betancourt. Búsqueda bibliográfica, análisis e interpretación de las mismas, redacción del documento.