

LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS EN ESPAÑA: POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN DESDE LOS ÁMBITOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, LA EDUCACIÓN Y LOS SERVICIOS SOCIALES

FEMALE GENITAL MUTILATION IN SPAIN: POSSIBILITIES OF PREVENTION IN THE AREAS OF PRIMARY HEALTH CARE, EDUCATION AND SOCIAL SERVICES

Adriana Kaplan Marcusan *
Pere Torán Monserrat **
Kira Bermúdez Anderson ***
M.^a José Castany Fábregas ****

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de di-

* Investigadora Ramon y Cajal. Universidad Autónoma de Barcelona.

** Director Equipo de Atención Primaria Gatassa (Mataró 6).

*** Pedagoga social y formadora en relaciones interculturales y mediación intercultural. Grupo Triángulo para la Mediación Intercultural. Barcelona.

**** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria de Sant Andreu de Llavaneres (Barcelona).



versos países del África subsahariana. No emigran los continentes, ni los colores, sino las personas y sus culturas. Para los profesionales de la salud, de la educación y de los servicios sociales, esto ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales (Adams, 2004; Lofvander, 2002), en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social de estos colectivos (Kaplan, 1998).

En muchos países del África subsahariana la realización de mutilaciones genitales femeninas (MGF) es una práctica habitual, en el contexto cultural de los ritos de paso de la infancia a la edad adulta y como elemento de socialización de las niñas. Existe todo un entramado de creencias culturales, tradiciones y gerontocracias que perpetúan estas intervenciones contra la integridad física de las mujeres (Ahmadu, 2000; Hellsten, 2004).

A la práctica de las MGF se asocian complicaciones físicas y psicológicas con un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar de las mujeres (Craft, 1997; Dorkenoo, 1995; Morison, 2001; El-Defrawi, 2001).

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales que son perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que emigran, nacen y viven en nuestro país. Por otro lado, el creciente peso demográfico de estos colectivos va a hacer que en los próximos años no sea excepcional la presencia en nuestro entorno de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF (Kaplan, 2002; Bledsoe, 2005).

Se trata, por tanto, de un problema de salud (Toubia, 1994) que trasciende el marco puramente asistencial (Little, 2003), en el que confluyen la vulneración de derechos humanos de las mujeres y las niñas (derecho a la integridad física, a la salud y a la igualdad de oportunidades), 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, llegando incluso, en ocasiones, a poner en peligro sus vidas.

El objetivo del presente artículo es ofrecer una revisión de la situación de las MGF en la actualidad, con una proyección direc-



ta en nuestro país, así como reflexionar, desde un abordaje interdisciplinar, sobre la importancia de la prevención en los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales. En nuestro esfuerzo por compartir con los lectores la experiencia de años en este campo, ponemos el acento en los aspectos culturales, etnográficos, antropológicos y legales necesarios para una comprensión integral de la problemática que plantea las MGF en España. Una versión más reducida de este artículo, y centrada sobre todo en los aspectos médicos y asistenciales de las MGF, ha sido recientemente aceptada para su publicación en la Revista Atención Primaria.

¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?

La mutilación genital femenina (MGF) consiste en la extirpación total o parcial de los órganos genitales femeninos por razones culturales, sociales y no terapéuticas. Durante mucho tiempo, se ha referido a esta práctica con el término de «circuncisión femenina», lo que podía llevar a pensar erróneamente en cierta semejanza con la circuncisión masculina. Se trata de dos prácticas claramente diferentes que, en el caso de las mujeres y las niñas, tiene consecuencias graves para su salud y su bienestar.

Desde ámbitos académicos, concretamente en las ciencias sociales, el término que con mayor frecuencia se utiliza ha sido el de Female Genital Cutting, que podríamos traducir como Cortes Genitales Femeninos. Se prefiere esta denominación por considerar que es una forma más respetuosa de referirse, no a la intervención, sino a la población que la ejecuta, evitándose la estigmatización, barbarización o los juicios morales sobre la práctica.

Desde posiciones defensoras de las mujeres y de sus derechos humanos, se propone el término Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF), que cambia no sólo la orientación terminológica sino conceptual. La palabra mutilación subraya la gravedad del acto y defiende que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino, por lo que atenta contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas así como contra sus derechos más fundamentales. Este término ha sido adoptado en algunos foros internacionales así como por el propio Comité Interafricano y, a instancias de la OMS, las Naciones Unidas ha decidido utilizarlo



en algunos documentos y como medida encaminada a no criminalizar determinadas prácticas tradicionales, culturas, religiones y comunidades. En su defecto y por respeto a las culturas afectadas por estas prácticas, se utiliza también el término «Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y las niñas», como concepto que define una acción.

En este artículo nos referiremos a MGF, por ser el término utilizado en los foros internacionales y porque constituye un tipo de práctica considerada una agresión a la integridad de las mujeres.

TIPOS DE MGF Y SU DESARROLLO EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA

Se estima que más de 130 millones de mujeres, en 28 países del África subsahariana, han sufrido alguna forma de mutilación genital. Según el último informe de UNICEF (2005), se calcula que alrededor de 3 millones de niñas cada año están en riesgo de ser sometidas al ritual. A consecuencia de los fenómenos migratorios, la problemática asociada a las MGF se ha extendido a zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, es decir, en comunidades de migrantes en todo el mundo.

Según la OMS, se distinguen cuatro tipos de MGF en base a la severidad de la intervención practicada. **Tipo I o Clitoridectomía:** Consiste en la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total de éste. En el mundo islámico es lo que se conoce como *sunna* y es equivalente a lo que con frecuencia se llama circuncisión femenina, que en África equiparan a la circuncisión masculina. **Tipo II o Excisión:** Ablación del clítoris y, total o parcialmente, de los labios menores, dejando los labios mayores intactos. **Tipo III o Infibulación:** Es la forma más severa de mutilación en la que el clítoris, los labios menores y los labios mayores son extirpados, suturándose ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual. **Tipo IV:** Incluye diversas prácticas, de severidad variable, sobre el área genital y sin finalidad terapéutica (*piercing, dry sex, stretching, cauterización del clítoris, etc.*).

Algunas de éstas prácticas tipo IV son realizadas en los países occidentales y por voluntad propia de las mujeres, por embellecimiento corporal o siguiendo modas importadas de otras culturas.



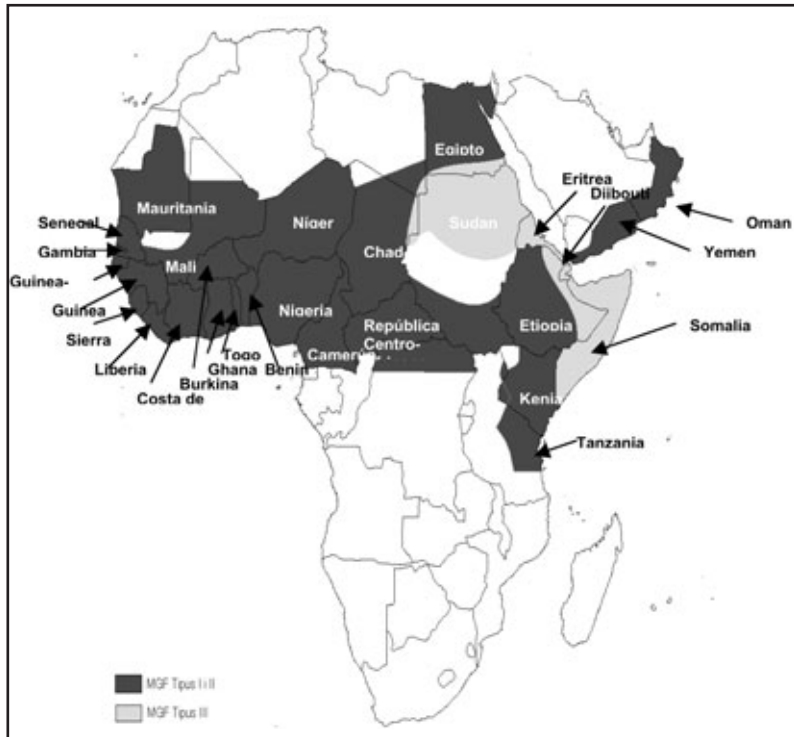
Es una diferencia importante respecto del tipo I, II y III, donde las niñas son sometidas a la intervención sin capacidad de decisión sobre sus cuerpos y su integridad.

Habitualmente el procedimiento es realizado por una partera tradicional a la que se atribuyen conocimientos y habilidades especiales. La intervención se realiza sin ningún tipo de anestesia la mayoría de las veces, con un instrumento cortante (cuchillos, hojas de afeitar, cristales...) y en precarias condiciones de asepsia e higiene del instrumental.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en el África oriental, principalmente Sudan, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía (Figura 1). En cuanto a esta distribución 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. Es, por ejemplo, el caso de Senegal (con una prevalencia del 20% de mujeres mutiladas), donde la mayoría de la población pertenece a la etnia wolof que tradicionalmente no la practica.



FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS MGF
EN LOS PAÍSES DE ÁFRICA



FUENTE: OMS.

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA...), y la propia Unión Europea se han pronunciado en diferentes foros, convenciones y declaraciones contra las MGF, a las que se considera prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas (WHO, 1997; Amnesty International, 1998).

Al amparo de estas resoluciones internacionales, la mayoría de países occidentales han desarrollado leyes contra las MGF. Algunos gobiernos africanos han prohibido estas prácticas ancestrales, apro-

bando en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas, entre ellos Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania o Ghana, aunque por el momento no existe una legislación unificada al respecto. La legislación es un avance importante en el reconocimiento de los derechos fundamentales por parte de los gobiernos, y crea un marco jurídico desde el que poder trabajar, si bien, hasta el momento, su impacto sobre la reducción de la prevalencia de mujeres que han sufrido MGF es todavía reducido (Tabla 1). Resulta paradigmático, por ejemplo, el caso de Etiopía, donde la propia Constitución prohíbe la práctica y, aún así, el 85% de mujeres siguen siendo mutiladas.

TABLA 1
LEGISLACIÓN CONTRA LA MGF E IMPACTO EN DIVERSOS
PAÍSES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA

<i>País</i>	<i>Prevalencia (%)</i>	<i>Año estudio prevalencia</i>	<i>Año legislación prohibición MGF</i>
Benin	50	1996	
Burkina Faso	72	1999	1995
Camerún	20	1998	
Rep. Centroafricana	43	1994	
Chad	60	1996/97	
Costa de Marfil	43	1994	
Rep. Democrát. del Congo (antes Zaire)	5	No conocido	
Djiboutí	98	No conocido	1995
Egipto	97	1995	1997 Decreto Ministerial
Eritrea	95	1995	
Etiopía	85	1984/1990	Constitución
Gambia	80	1985	
Ghana	30	1998	1994
Guinea	99	1999	1985
Guinea-Bissau	50	1990	
Kenia	38	1998	2001
Liberia	60	1986	



TABLA 1 (continuación)
 LEGISLACIÓN CONTRA LA MGF E IMPACTO EN DIVERSOS
 PAÍSES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA

<i>País</i>	<i>Prevalencia (%)</i>	<i>Año estudio prevalencia</i>	<i>Año legislación prohibición MGF</i>
Malí	94	1996	2002
Mauritania	25	1987	2001
Níger	5	1998	2002
Nigeria	40-50	Varios años	
Senegal	20	1999	1999
Sierra Leona	90	1987	1997
Somalia	98-100	1982-1993	
Sudan	89	1990	
Tanzania	18	1996	1998
Togo	12	1996	1998
Uganda	5	1995/96	
Yemen	23	1997	

FUENTE: (1) OMS (enero 2001) – (2) Comité Interafricano (IAC) (junio 2002).

El desarrollo legislativo es un primer paso en la lucha contra las MGF, pero no hay que olvidar que las estrategias planteadas para su erradicación comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que necesariamente ha de ir a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo a través de prohibiciones legales o decretos, que difícilmente son respetados, acatados y ejecutados; especialmente en las zonas rurales, donde reside mayoritariamente la población femenina en riesgo y donde el arraigo de la tradición es mayor.

Este desarrollo en paralelo, de medidas legales y de acciones tendentes a promover el cambio cultural y la prevención, es igualmente aplicable a los programas que se desarrollan en los países occidentales (Bashir, 1997; Gallard, 1995; Black, 1995).



CONSECUENCIAS DE LAS MGF PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

El impacto de la MGF sobre la salud de las mujeres depende fundamentalmente de las condiciones en que se realiza la intervención (instrumentos, higiene, anestesia). También influye, a corto, medio y largo plazo, el grado de mutilación que se practica, siendo más graves las consecuencias en el caso de las mujeres infibuladas (Tipo III).

En relación a las consecuencias inmediatas de una MGF, debe tenerse en cuenta que la región vulvar es una zona muy vascularizada e inervada. La ablación del clítoris y de los labios menores ocasiona un intenso dolor, que suele acompañarse de sensación de miedo y angustia. El dolor, en muchos casos, puede dificultar la micción y producir una retención de orina. Asimismo, la amputación del clítoris produce una hemorragia que en ocasiones puede ser aguda, provocando shock en la niña y poniendo en riesgo su vida (Dandash, 2001). A medio y largo plazo, la hemorragia debida a la mutilación, junto con los problemas de malnutrición y anemias hereditarias presentes en algunas zonas de África, puede desembocar en una anemia severa.

Cuando la intervención se realiza con instrumentos no esterilizados o mal esterilizados, puede originar infecciones múltiples de la herida que a veces desembocan en abscesos, septicemias e incluso gangrena de los tejidos, así como en infecciones urinarias o ginecológicas. Por otro lado, los materiales no asépticos empleados pueden ser fuente de contagio de tétanos, hepatitis B-C y del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Hay que tener en cuenta que casi siempre los rituales se realizan de forma grupal y que con un mismo instrumental se interviene a todas las niñas, perpetuándose una devastadora cadena epidemiológica en estos entornos con elevadas tasas de seropositividad. El estudio de Dandash señala la aparición de complicaciones agudas y/o subagudas hasta en el 26% de los casos.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser de diversa índole (American Academy of Pediatrics, 1998; Royal College of Midwives, 1998) (Tabla 2). Merecen especial atención las complicaciones obstétricas, básicamente en mujeres infibuladas (Tipo III), ya que incrementan el riesgo de sufrimiento fetal y de mortalidad materna (WHO, 1997; Royal College of Midwives, 1998). En el caso de la excisión (Tipo II), el impacto sobre la salud reproductiva es menor (Morison, 2001), aunque los desgarros de la cicatriz son frecuentes durante el parto, debi-



do a la falta de elasticidad necesaria para la dilatación en la zona perineal a causa de la excisión de tejidos y a la formación de quistes.

TABLA 2
COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE MGF

<p><i>Complicaciones agudas (con posible riesgo vital)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dolor intolerable • Infección de la herida • Sepsis, gangrena • Shock • Retención urinaria • Tétanos • Stress traumático
<p><i>Complicaciones subagudas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Contagio Hepatitis B y C, • Contagio virus inmunodeficiencia humana (HIV) • 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, stress
<p><i>Complicaciones a largo plazo (manifestación en la edad adulta)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Genitourinarias: insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis, inflamación pélvica • Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución 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 literatura.



A largo plazo también hay que subrayar las complicaciones sexuales y ginecológicas. El clítoris es la parte más sensible de los órganos sexuales femeninos. Después de la ablación parcial o total del clítoris, se modifica inevitablemente la sensibilidad sexual, que puede dificultar el orgasmo e incluso llegar a impedirlo. En caso de secuelas ginecológicas, éstas pueden persistir ocasionando esterilidad o infertilidad.

El impacto sobre la salud mental y la salud sexual y sus vivencias, aunque menos estudiado, también está documentado en la literatura. Se señalan sobre todo, la aparición de sentimientos de humillación, vergüenza o terrores nocturnos. Son posibles en algunos casos trastornos mentales, especialmente la angustia y la depresión.

No hay duda que todos estos factores asociados a la MGF son condicionantes de un peor estado de salud y de calidad de vida, ponen en peligro la supervivencia de algunas de estas niñas y perpetúan la desigualdad de género y la discriminación de las mujeres (Craft, 1997; Walraven, 2001).

CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS Y CULTURALES

La práctica de la MGF es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de las mujeres africanas. Son ellas las que promueven la mutilación de sus hijas o nietas, en la creencia que la mujer a la que se practican estas alteraciones genitales es más femenina, más limpia, más bella y más honorable (Dandash, 2001; Little, 2003). 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 un reconocimiento y una pertenencia social al grupo.

Vamos a enmarcar la significación del ritual de iniciación en su amplio contexto africano a través de la descripción etnográfica de sus contenidos. Van Gennep (1986) afirmaba que los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo y de las etnias.

En el área de Senegambia, zona de la que proceden la mayoría de las familias migrantes subsaharianas de nuestro entorno, las niñas actualmente son circuncidadas desde edades tan tempranas como a



los 7 días del nacimiento, hasta la pre-pubertad. Existen variaciones en función de los grupos étnicos (mandinga, fula, sarahole, djola, serer, etc.) pero siempre se realiza la circuncisión antes de la primera menstruación. Es importante señalar, por tanto, que esta franja de edad es la de máximo riesgo para que se les practique la MGF durante un viaje de vacaciones de las niñas al país de origen de los padres y en esta etapa habrá que extremar las actitudes preventivas.

La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos. El *kaseo* (iniciación masculina) y el *ñyaka* (iniciación femenina) significan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta. En ambos casos se dan las tres fases del rito de paso que distingue Van Gennep: separación, marginación y agregación.

En la primera fase, las niñas son separadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte y la excisión del clítoris, la sangre y el dolor. La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de las iniciadas, y suele prolongarse entre dos y ocho semanas según el tipo de operación realizada. Éste es un período de alto riesgo, rodeado de tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de las niñas iniciadas, donde les 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 de la comunidad de las mujeres adultas, con sus nuevos roles y categorías sociales. De esta forma son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres.

La estructura ritual y simbolismo es similar en el caso de los niños, en los que la intervención física está limitada a la circuncisión del prepucio. Esta estructura ritual y proceso ha sido registrado por Kaplan en trabajo de campo realizado en aldeas de Gambia, constituyendo uno de los escasos documentos videográficos existentes al respecto (Kaplan, 2004; 1993).



Este sentimiento de pertenencia, al que las mujeres estarán ligadas durante el resto de su ciclo vital, otorga unas señas de identidad propias avaladas por esas huellas físicas imborrables, permanentes e inalterables que llevarán de por vida. Además se producen unos aprendizajes propios, que caracterizan y diferencian a cada uno de los grupos, y que constituyen el primer peldaño de la construcción de su identidad étnica y de género.

¿QUÉ DICE LA TRADICIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LAS MGF?

Una de las razones principales que aducen las mujeres que mantienen, reivindican, defienden y ejecutan esta práctica tiene que ver con una cuestión de higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. A los hombres también se les circuncida por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio.

Una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que estas culturas confieren a cada una de ellas. La circuncisión masculina dicen que es una obligación emanada del Corán, por tanto tiene carácter preceptivo. Todos los hombres musulmanes, al igual que los judíos, están circuncidados, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. La circuncisión femenina es una *sunna*, es decir que forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Es importante resaltar que se trata de una práctica pre-islámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ninguno de sus versículos a ella, a diferencia de la Biblia que en el Antiguo Testamento sí la menciona para el caso de los hombres.

En términos culturales y sociales el hecho que la circuncisión, tanto masculina como femenina, forme parte del rito de paso de la niñez a la edad adulta significa que, independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos. Como en muchas otras culturas, este mundo está claramente definido y diferenciado entre el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una «marca» permanente que simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera (Kaplan, 1993).



Las razones que argumentan (Little, 2003; Lacoste-Dujardin, 1993) las propias mujeres africanas para continuar con la práctica de la clitoridectomía y la excisión (tipos I y II), y que ellas entienden como «razones prácticas», son las siguientes: la higiene, la estética, facilitar el parto, promover la cohesión social, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, mantener a la mujer alejada de los hombres y asegurar su fidelidad al esposo, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas ya que es una creencia extendida que si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental.

En realidad las mujeres no dan una justificación explícita a la acción, sino que proceden directamente a ella. Y en todo caso, cuando se les pregunta, remiten a la tradición, a la religión, a cuestiones estéticas («puede crecer demasiado, como el pene»), sanitarias («es más limpio») y de protección («de la virginidad», «frente a la promiscuidad»).

La presión cultural y la estructura social que mantienen estas prácticas son fuertes ya que se arraigan y nutren en la tradición, en la experiencia previa de sus mayores, en las mismas madres (Dandash, 2001) y en mensajes religiosos confusos y leyes ambiguas. Así, por ejemplo, la mayoría de estudiantes entrevistados en la Universidad de Jartum (Sudán) y que apoyaban la realización de las MGF, lo fundamentaban en motivos religiosos (Hericka, 2003).

EL MARCO LEGAL DE LAS MGF EN ESPAÑA

En España, los primeros casos detectados han sido en Cataluña en el año 1993. Ambos 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». Una mediación antropológica permitió la comprensión general del ritual mediante la contextualización dentro del ciclo vital en las culturas africanas, a la vez que constató la ignorancia de los padres frente a la legislación española y a las consecuencias derivadas de la práctica. Paralelamente también se consiguió un compromiso con la comunidad inmigrada de las localidades donde se detectaron los casos para que no se realizaran es-



tas prácticas aquí. Desde entonces no existe conocimiento de que se hayan producido nuevas intervenciones en territorio español, aunque sí es conocido que algunas familias aprovechan los viajes a sus países de origen para proceder a la iniciación de sus hijas.

La mutilación genital femenina, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico en los artículos 147,148,149 y 150 del Código Penal, siendo el tipo penal básico el artículo 149: «El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años».

La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 234 de 30 de septiembre de 2003, introduce una modificación en el redactado del artículo 149 del Código Penal, añadiendo un segundo punto en el que especifica: «El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuere menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el Juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.»

Recientemente, la aprobación de la Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica del Poder Judicial (LOPJ), al efecto de perseguir extraterritorialmente la practica de la MGF, cuando la comisión del delito se produce en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos aprovechando viajes o estancias en los países de origen de las familias que se encuentran en nuestro país, representa un avance en el marco del llamado principio de «universalidad» o de «justicia mundial» hacia conductas contra los derechos humanos.

Por otro lado el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden 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.

Valdría la pena señalar también que las niñas nacidas en territorio español no son españolas, sino que tienen la nacionalidad de sus padres y están sujetas a la situación jurídica del cabeza de familia. Es-



ta precariedad legal es determinante ya que condiciona un proyecto estable en el país de destino y mantiene siempre abierta la posibilidad o necesidad de retorno al país de origen (Achotegui, 2000). En esa decisión o riesgo de retorno, se juega la capacidad de la familia para confrontar la autoridad de sus mujeres mayores, que son las custodias legítimas de la reproducción de aquellos signos de pertenencia y fidelidad a sus tradiciones, normas y valores. Mientras lentamente en los países de origen se van haciendo avances para la erradicación de las MGF, es cierto que a menudo las familias migrantes no renuncian a la práctica precisamente para asegurarse esa reintegración. Pero entre tanto los procesos de aculturación e integración social en el nuevo país se hacen más difíciles y poco sostenibles (Kaplan, 1998).

EL CÓDIGO PENAL COMO ÚLTIMO RECURSO: APOSTAR POR LA PREVENCIÓN

Entendemos que el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso al 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 por no haber intentado una aproximación preventiva.

Actualmente la forma de presentación más habitual de la problemática asociada a 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, y también por los servicios sociales de base y las escuelas.

Las actuaciones judiciales practicadas ante el conocimiento de un viaje de niñas en riesgo a su país de origen consisten en la retención cautelar del pasaporte y en el compromiso de los padres para no mutilar a sus hijas. Además se impone la obligatoriedad de pasar una revisión médica al retorno.

Un auto judicial, en Sant Feliu de Guíxols (Girona, mayo de 2004), prohíbe la salida del país a dos niñas de origen gambiano hasta los 18 años y las obliga a pasar revisiones de sus genitales, cada seis meses, hasta la mayoría de edad.

Si bien la justicia debe ser custodia de los valores de esta sociedad y de los derechos humanos, también es imperiosa la necesidad de realizar un trabajo de información y prevención con las familias



afectadas (Kaplan, 2002). Como en otros ámbitos, la ley no será justa y eficaz a largo plazo cuando se ejerce sin un despliegue de actuaciones sociales, pedagógicas y preventivas concretas.

Creemos que, 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 más (Kaplan, 2001; Forum Mundial de las Mujeres, 2004). Pudiera ser que algunas de las medidas de control propuestas lesionaran la intimidad y la dignidad de las menores a 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 (2004), presentada en el Foro Mundial de las Mujeres y suscrita por las organizaciones africanas y personalidades políticas, religiosas y académicas que luchan por la erradicación de esta práctica (Tabla 3).

TABLA 3
DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LAS MGF

<i>Fórum Mundial de las Mujeres 2004</i>
<p>Pedimos al Fórum Mundial de las Mujeres que incluya en el Documento Final la siguiente declaración del Diálogo «Iniciación sin Mutilación»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Damos la bienvenida al apoyo y la implicación del gobierno catalán y español para desarrollar y promover la prevención de la MGF. 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 seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad. 3. Apoyamos una legislación mas 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 profesionales sanitarios, del trabajo social, de la educación, etc. 5. Ponemos énfasis en la importancia de la investigación en esta área para diseñar intervenciones efectivas a nivel 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 MGF.

FUENTE: Diálogo iniciación sin mutilación. Fórum Mundial de las Mujeres. Barcelona julio 2004.



Cuando trabajamos con estas familias en el ámbito sociosanitario y educativo se hace necesario considerar la conveniencia, o no, de ejercer este tipo de control. Debemos tener muy en cuenta los riesgos de estigmatización, de pérdida de la libertad y de vulnerabilidad de su auto-imagen como «extraños personajes torturados por sus madres» en una etapa delicada y frágil como es la infancia y la adolescencia, de construcción de la identidad y de fuerte vinculación con sus padres.

A los retos de manejarse entre las dos culturas (la de su familia de origen y la de la sociedad en la que viven) y de construir una identidad puente o fronteriza que les permita conservar su lugar en la familia al tiempo que construyen su lugar en el mundo (su mundo social), se agrega entonces la inseguridad, el miedo y la inhibición que traen consigo la hiperdiferenciación y el tratamiento discriminatorio que supone someterse a dicho control, respecto a las demás chicas de su edad.

IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN

Las intervenciones realizadas principalmente en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tanto en España como en otros países europeos, encuentran conflictos que son un reto para un abordaje que modifique la práctica de las MGF. Se trata fundamentalmente de conflictos que viven las familias africanas migrantes en su proceso de adaptación e integración social cuyo conocimiento contribuye a la efectividad de una aproximación preventiva.

Por la importancia que las familias mismas atribuyen a ellos, señalamos algunos de estos retos: los conflictos de lealtades respecto de sus mayores, que son quienes ostentan el poder y quienes representan y legitiman la tradición; la inestabilidad jurídico-administrativa de la familia en España; la mayor prioridad que dan las familias a otros problemas de tipo laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.; la violencia simbólica ejercida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras que dan una visión distorsionada de la realidad de estas familias; el debate entre integración y estigmatización, a través de la criminalización, que no favorece procesos de adaptación y cambio conducentes a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas; el



mito del retorno, que está presente e incide directamente en la socialización infantil y en la construcción de la identidad étnica y de género.

Se hace pues imprescindible una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de las MGF. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educadores y trabajadores sociales. En el caso de España, existe una realidad étnica (mayoritariamente del África occidental), una distribución geográfica (básicamente Cataluña, Aragón, Andalucía y Canarias), y un número accesible de población, que deberían permitir una sensibilización privilegiada.

La atención primaria de salud, 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 planteamiento inicial de las MGF desde una perspectiva preventiva. Esto es, como motor del proceso de adaptación eficaz de las prácticas sanitarias a un colectivo con valores, normas y códigos distintos en aspectos claves de su cultura y sus vivencias en torno a la salud y a la enfermedad.

Para el abordaje de las MGF desde este nivel de atención, surgen dificultades que afectan principalmente a profesionales de la salud, pero también, aunque en distinta medida, a profesionales de los servicios sociales y la educación (Tabla 4). Destaca entre ellas el desconocimiento de la significación cultural y social de esta práctica entre las familias africanas, y esto genera incertidumbre e inseguridad ante la necesidad de iniciar una intervención desde el diálogo y el respeto. En ocasiones, los dilemas profesionales pueden ser abrumadores en el momento que descubren que las niñas han regresado mutiladas de un viaje al país de origen de sus padres o ante el anuncio de un inminente viaje a África, pues deben decidir entre intervenir y sus posibles consecuencias (denuncia, intervención judicial, prisión, disgregación, desestructuración familiar, posibilidad de no retorno de las menores...) o no intervenir (riesgos para la salud y bienestar de las niñas, consecuencias profesionales de la omisión). El debate entre estigmatización-criminalización versus integración afecta de pleno, tanto a profesionales como a familias. Finalmente, como gran reto para una acción eficaz, está la necesi-



dad de tiempo, formación, asesoramiento y mediación intercultural, para trabajar desde la vía pedagógica de la prevención.

TABLA 4

DIFICULTADES PARA EL ABORDAJE DE LA MGF DESDE LA ATENCIÓN EN SALUD, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN

<i>Entre las familias migrantes</i>	<i>Entre los profesionales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen • Incertidumbre jurídico-administrativa • Mito del retorno • No percepción de la MGF como un problema prioritario • Violencia simbólica en relación a sus costumbres difundida por los medios • Barrera idiomática • Escasos recursos para la mediación 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del simbolismo Y significación cultural de la práctica • Temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto • Dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención • Escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas • Escasos recursos de asesoramiento profesional • Dilema criminalización-estigmatización versus integración • Sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas • Barrera idiomática

FUENTE: Elaboración propia.

Hay pocos estudios realizados en nuestro país en relación a las MGF y la Atención Primaria de Salud. Una encuesta (Moreno Navarro, 2002) realizada a profesionales de la salud en la comarca del Maresme (Barcelona) mostraba que el 56% de los encuestados no identificaba correctamente el tipo de MGF, el 17% no estaban interesados 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, 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. Es, por tanto, un problema emergente que no debe obviarse (Kaplan, 2002). Estudios recientes (Bledsoe, 2005) 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. Según el estudio referido, 1730 niñas gambianas con edades en riesgo de sufrir la MGF residían en nuestro país a fecha 1 de enero de 2005.

Administraciones, profesionales y asociaciones han intentado paliar estas lagunas mediante la elaboración de guías y protocolos de actuación (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003; Generalitat de Catalunya, 2002; Associació Catalana de Llevadores, 2004), útiles, pero en algún caso excesivamente centradas en el procedimiento policial y judicial.

Se trata de nuevos retos y de problemas emergentes que requieren, aparte de formación específica en el tema, intervenciones centradas en la concienciación sobre el problema y en la implicación del entorno familiar de las niñas afectadas. Hay que involucrar también a los hombres en la toma de decisión, lo que está aportando grandes avances para su erradicación, tanto aquí como en sus comunidades de origen. Es un abordaje difícil, pero no es menos cierto que las propuestas de actuación que se están iniciando con más éxito a nivel internacional (tanto en los países de origen como en los países receptores) parten de un enfoque social, sanitario y antropológico que busca conservar el ritual de la iniciación sin necesidad de incluir en ella la mutilación (Chelala, 1998; Hernlund, 2000; Toubia, 2003; Playá Maset, 2005), es decir, mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fase (marginación y agregación), eliminando la parte física, sin necesidad de eliminar completamente el sentido ritual de la iniciación, como es el de otorgar una identidad étnica y de género a los miembros de la sociedad.

Todo ello siempre con el respaldo de un adecuado marco legislativo y en sintonía con las recomendaciones de los expertos a nivel nacional e internacional. Por otro lado, en consonancia con esta línea de intervención interdisciplinar, últimamente se han producido interpelaciones parlamentarias en el Congreso de los Diputados y en el Parlament de Catalunya recogiendo la situación de las MGF en España y proponiendo la necesaria implicación de los poderes públicos



para su abordaje (proposición no de Ley al Congreso de los Diputados de 5 de mayo de 2005 del grupo parlamentario de IV-IU-ICV).

A MODO DE CONCLUSIÓN: DIEZ PROPUESTAS PARA UNA ACCIÓN EFICAZ

Ante el importante papel que puede jugar la atención primaria, en salud principalmente, pero también en servicios sociales y en la escuela, en la detección del riesgo de las MGF y en su prevención, proponemos distintas intervenciones para incidir en la sensibilización de profesionales, mejorar su formación y posibilitar el abordaje de las situaciones de riesgo o casos de mutilación desde una perspectiva preventiva.

1. Avanzar en programas formativos que permitan capacitar a profesionales en la detección, reconocimiento e intervención con familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una MGF. Algunas propuestas en este sentido son la elaboración de materiales para los profesionales (adaptación de guías, material videográfico), diseño de actividades formativas y preparación de materiales facilitadores de la intervención dirigidos a las familias.
2. Identificar a las niñas en riesgo de la población. Se trata de niñas en edad premenstrual nacidas mayoritariamente en España, cuyos padres proceden de países del África subsahariana con elevadas prevalencias de MGF. Disponemos de datos censales o padronales que nos permiten hacer una estimación de esta población. También desde los historiales de familias usuarias de los servicios sociales, y de los registros de población adscrita a los centros de salud, o a partir de las historias clínicas informatizadas, donde se debería registrar esta situación como un factor de riesgo. Los datos de que disponemos informan de que no todas las familias cuyo perfil se ajusta a las características mencionadas, desean «iniciar» a sus hijas, y cada vez son más las que tienen dificultades para tomar una decisión definitiva y se debaten entre transgredir la norma cultural y renunciar a la MGF de sus hijas o ceder a las presiones de sus mayores en la comunidad de origen y permitir que ésta se lleve a cabo. Conviene, por lo tanto, so-



bre todo ser prudentes y no llegar a conclusiones apresuradas que pueden provocar intervenciones inadecuadas.

3. Intentar una aproximación a la cuestión de las MGF desde cualquiera de los posibles puntos de contacto de las familias: en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, revisiones habituales del programa de salud infantil, revisiones ginecológicas, consulta con motivo de un viaje al país de origen, consultas por problemas de salud de la madre, consulta con el/la trabajador/a social, diálogos con educadores, etc. Pediatras, enfermeras, comadronas, médicos de familia, ginecólogos, profesionales del trabajo social y educadores tienen un papel muy importante en su actividad diaria.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, cual es la actitud de los padres frente a la mutilación. Preguntar si la madre sufrió mutilación, saber qué piensan de la MGF, si piensan volver a su país de origen, si van a aprovechar unas vacaciones para practicarla allí. Transmitir respeto por sus prácticas rituales, aunque desaprobación por las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas, dándoles a entender que las conocemos.
5. Informar y educar siempre sobre la anatomía normal de los genitales femeninos, sobre las complicaciones físicas y psicológicas que puede padecer la hija si se le realiza la MGF. Evidentemente informar sobre la legislación vigente, sobre la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque no se realice la mutilación en nuestro país. Si la familia tiene alguna hija que ya ha sido mutilada en el pasado, indagar la situación de otras hijas menores, siempre tratando de evitar el sentimiento de culpabilidad por el daño causado, así será más fácil intervenir sobre nuevos casos.
6. Reforzar la decisión de no mutilar. Cuando se ha hablado con los padres y las madres para informarles de las consecuencias físicas, psicológicas y legales que pueden derivarse de practicar una MGF sobre sus hijas, y éstos afirman su decisión de no llevarla a cabo, se recomienda reforzar esta acción proponiendo a los padres la firma de un Compromiso Preventivo. Se trata de un documento a modo de carta que explica las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a las familias y a la niña en el momento del retorno



a España, y puede ser esgrimido por los padres y las madres frente a su comunidad en el país de origen como elemento de apoyo a su decisión de no mutilar. Al mismo nivel de seriedad, encontramos que lograr un acuerdo verbal con el padre, expresado en presencia de testigos reconocidos de su etnia o clan, también ofrece el apoyo y las garantías necesarias. Por otro lado, es fundamental tener en cuenta que el Compromiso Preventivo, ya sea en forma de carta o a través de un pacto simbólico, no es un fin en sí mismo, sino que será la culminación de un proceso que garantice que los padres y las madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema, con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del de origen. Su obtención no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a realizar en caso de existir una situación de elevado riesgo con un posicionamiento firme de la familia a favor de la MGF.

7. Estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia al país de origen. Frente a esta situación debemos intentar concretar con los padres su decisión (compromiso preventivo) de no realizar la mutilación en su país. Transmitir firmeza en nuestra actitud de que, si se lleva a cabo la MGF, estamos obligados a denunciarlo. A la vuelta del viaje la niña debe ser revisada, si es posible aprovechando una visita del control habitual. Si no ha habido mutilación, reforzaremos la decisión. Si ha habido mutilación, debemos comunicar a la familia que nos encontramos ante la obligación de ponerlo en conocimiento de la fiscalía correspondiente.
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. Queda a conciencia del profesional la compleja cuestión de la confrontación de derechos a la que nos aboca esta situación. Se recomienda buscar asesoramiento legal y la colaboración de una mediación intercultural, desde una mirada antropológica.
9. Mantener, en las zonas con numerosa presencia de inmigrantes subsaharianos, cierta presencia divulgativa del problema durante todo el año mediante carteles, dípticos y ho-



jas de información a pacientes y usuarios que aborden el tema (Figura 2). Es importante iniciar el abordaje sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata. Debemos ser conscientes que para las mujeres africanas renunciar a prácticas como la MGF es vivido como un choque entre su identidad tradicional y unos valores que se les imponen desde fuera. Es una experiencia de transgresión y ruptura con lo preestablecido en su cultura. Es un proceso de cambio lento, y acompañado, para la construcción de una identidad nueva.

FIGURA 2
STOP MGF. CAMPAÑA EN GAMBIA



10. Intentar coordinar estrategias de abordaje compartido con los diversos servicios y dispositivos de la comunidad:
 - Con los servicios sociales de los equipos de atención primaria y del municipio.
 - Con otros dispositivos asistenciales: servicios de pediatría hospitalaria, servicios de ginecología, planificación familiar, etc.
 - Con las escuelas. Los maestros y maestras pueden ser, en ocasiones, los primeros conocedores de un viaje al país de origen.

Por otro lado, en la escuela pueden detectarse anomalías en el comportamiento de las niñas cuando han sido mutiladas. Hay que posibilitar también en la escuela un abordaje preventivo que sea respetuoso con el bagaje cultural de estas niñas. Es interesante abordar qué es la MGF en el contexto de actividades educativas dirigidas a una sensibilización en derechos humanos y en el tema de la violencia contra las mujeres.

- Con servicios de mediación intercultural con un buen conocimiento de la temática y su abordaje preventivo.
- Con los líderes de opinión y autoridades religiosas vinculadas a entidades y asociaciones de inmigrantes de la zona. Las actividades de formación que incluyan una sensibilización sobre las MGF deben llevarse a cabo también con los hombres.
- Con la fiscalía, es importante mantener vías de comunicación que permitan modular las intervenciones.

Evidentemente todas estas propuestas requieren del apoyo de los poderes públicos. Apoyo que éstos no pueden negar y que pasa por mejorar las habilidades de los profesionales de la salud, de la educación y de los servicios sociales en el abordaje de las MGF mediante una formación adecuada, y por reforzar también las estructuras de mediación intercultural a disposición de la atención en estos ámbitos.

Cabe subrayar que las intervenciones de profesionales realizadas con las familias, encaminadas a la prevención de una MGF, han sido, desde los inicios, efectivas, y han evitado muchos casos sin necesidad de recurrir a los dispositivos judiciales.

Estamos ante un problema que quizá no sea muy frecuente en nuestra práctica cotidiana pero que, por su naturaleza, trasciende el ámbito meramente asistencial por su implicación con derechos universales de las personas, por nuestro compromiso moral en la defensa de estos derechos y por tratarse de un modelo de intervención positiva en cuanto a atención transcultural respetuosa con los valores y las culturas. La experiencia, tanto en los países de origen como en distintos países receptores, nos dice que merece la pena intentarlo.



BIBLIOGRAFIA

- ACHOTEGUI J. (2000): «Los duelos de la migración», *JANO, Psiquiatría y Humanidades*, 2:15-19.
- ADAMS KM, GARDINER LD, ASSEFI N. (2004): «Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine», *BMJ*, 328:1548-52.
- AHMADU F. RITE and WRONGS (2000): «An insider/outsider reflects on power and excision», en SHELL-DUNCAN B, HERLUND Y. (eds): *Female «circumcision» in Africa: Culture, controversy and change*, London: Rienner publishers.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics: Female Genital Mutilation. *Pediatrics* 1998;102:153-6.
- Amnistía Internacional: *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Madrid: Ed. Amnistía Internacional 1998.
- Associació Catalana de Llevadores: *Mutilación Genital Femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona, 2004.
- BASHIR L. M. (1997): «Female genital mutilation: balancing intolerance of the practice with tolerance of culture», *Journal of Womens Health*, 6:11-4.
- BLACK J. A, DEBELLE G. D. (1995): «Female genital mutilation in Britain», *BMJ*, 310:1590-2.
- BLEDSCOE C, HOULE R, SOW P.: «High fertility and the policies of selection among Gambian immigrants in rural Spain», en *MPIDR-EAPS Workshop, Anthropological Demography of Europe*, Rostock, Alemania, 30 sept.-1 oct. 2005
- CHELALA C. (1998): «An alternative way to stop female genital mutilation», *Lancet*, 352:126.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la Bona Praxi* 2003, 16:26-7. Disponible en http://www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/bonapraxi/home.htm
- CRAFT N. (1997): «Women's health. Life span: conception to adolescence», *BMJ*, 315:1227-1230.
- DANDASH K. F, REFAAT A. H, EYADA M. (2001): «Female Genital Mutilation: A descriptive Study», *J Sex Marital Ther*, 27:453-8.
- DORKENOO E. (1995): *Cutting the rose. Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*, London, Minority Rights Group.
- EL-DEFRAWI MH, LOTFY G, DANDASH KF, REFAAT AH, EYADA M. (2001): «Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact», *J Sex Marital Ther*, 27:465-73.



- Fórum Mundial de las Mujeres 2004. Declaración de Barcelona sobre las MGF. Barcelona, 2004.
- GALLARD C. (1995): «Female genital mutilation in France», *BMJ*, 310:1592-3.
- Generalitat de Catalunya: Protocol d'actuacions per prevenir la Mutilació Genital Femenina. Secretaria per a la Immigració. Barcelona, 2002.
- HELLSTEN SK. (2004): «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*, 30:248-253.
- HERIEKA E, DHAR J. (2003): «Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice», *Sex Transm Infect*, 79:220-3.
- HERNLUND Y. (2000): «Cutting without ritual and Ritual without cutting: female circumcision and the Re-ritualization of Initiation in The Gambia», en: SHELL-DUNCAN B. Y HERNLUND Y. (eds.), *Female «circumcision» in Africa: Culture, controversy and change*, London: Rienner publishers. Disponible en <http://www.unfpa.org/gender/ira.htm>
- KAPLAN A. «Sobre el clítoris y las mutilaciones», Diario *El País*, 11 de mayo 1993.
- KAPLAN A. (1998): *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*, Barcelona: Fundación «La Caixa».
- KAPLAN A. (2001): «Mutilaciones Genitales Femeninas: Derechos humanos, tradición e identidad», *Revista de la Dirección General de la Mujer*, Comunidad de Madrid, 8 de marzo, n.º 40.
- KAPLAN A. (2002): «Mutilaciones Genitales Femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género», en: DE LUCAS J.: *Multiculturalidad y Justicia*. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial, Madrid.
- KAPLAN A, BEDOYA MH, FRANCH BARTOLI M, MERINO TEJADA M. (2002): en GARCÍA CASTAÑO F. J., MURIEL LÓPEZ C. (eds). Volumen II Actas del III Congreso sobre la Inmigración en España (ponencias). Granada: Laboratorio de estudios Interculturales (291-312).
- KAPLAN A, RISLER S. (2004): «Iniciación sin Mutilación. Documental 25», Barcelona, Ovídeo Producciones.
- LACOSTE-DUJARDIN C. (1993): *Las madres contra las mujeres. Patriarcado y maternidad en el mundo árabe*, Valencia, Universitat de València.
- LIGHTFOOT-KLEIN H. (1989): *Prisoners of ritual: an odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*, New York, Haworth Press.
- LITTLE C. M. (2003): «Female genital circumcision: medical and cultural considerations», *Journal of Cultural Diversity*, 10:30-4.
- LOFVANDER M, DYHR L. (2002): «Transcultural general practice in Scandinavia», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20:6-9.



- MORENO NAVARRO J., CASTANY FABREGAT M .J.: «Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina», Primàrics. Institut Català de la Salut 2002;14. Disponible en <http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html>
- MORISON L, SCHERF C, EKPO G, PAINE K, WEST B, COLEMAN R, WALRAVEN G. (2001): «The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia:a community-based survey», *Trop Med Int Health*, 6:643-53.
- PLAYÀ MASET J. «Primer paso para abolir la ablación», Diario *La Vanguardia*, 8 de julio de 2005.
- The Royal College of Midwives. Female Genital Mutilation (Female Circumcision). Position Paper n.º 21, London, 1998.
- TOUBIA N. (1994): «Female circumcision as a public health issue», *New England Journal of Health*, 331:712-16.
- TOUBIA N. F., SHARIEF E. H. (2003): «Female Genital Mutilation: have we made progress?», *International Journal of Gynaccology and obstetrics*, 82:251-256.
- VAN GENNEP A. (1986): *Los ritos de paso*, Madrid, Ediciones Taurus.
- WALRAVEN G, SCHERF C, WEST B, EKPO G, PAINE K, COLEMAN R, BAILEY R, MORISON L. (2001): «The burden of reproductive organ-disease in rural women in the Gambia, West Africa», *Lancet*, 357:1161-7.
- World Health Organization; International Federation of Gynecology and Obstetrics: «Female circumcision». *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992; 45:153-54.
- World Health Organization: *Female Genital Mutilation*. Geneva, Switzerland:World Health Organization, April 1997.

