

Mutilación genital femenina (MGF), situándonos en las fronteras

M. Rivera Cuello

FEA de Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Me parece pertinente aclarar, en primer lugar, que el texto que a continuación se expone no solo es fruto del estudio y la formación reglada de la temática en cuestión, sino también del privilegio de poder trabajar desde hace seis años en la formación a profesionales sociosanitarios en esta materia, así como del trabajo comunitario con grupos de hombres y mujeres de países en los que la mutilación genital femenina forma parte de sus tradiciones.

La atención a las personas migrantes supone un reto en salud y, en algunas zonas de nuestro territorio, la práctica totalidad de la asistencia clínica diaria. El principal desafío de cara a la atención de este grupo poblacional no es de índole estrictamente científica, pues la búsqueda de signos y síntomas, así como la revisión de guías clínicas, son parte de las competencias de nuestra profesión. La dificultad, por tanto, estriba en la capacidad de situarse en la frontera y querer traspasarla pues, parafraseando a Sampedro: “Mis fronteras son todas trascendibles, la frontera es provocadora, alzándose como un reto, amorosa invitación a ser franqueada, a ser poseída, a entregarse para darnos con su vencimiento nuestra superación: ese es el encanto profundo del vivir fronterizo, de vivir a la vez aquí y allá sin borrar diferencias”.

De entre todos los aspectos de la atención a las familias migrantes, el abordaje de la mutilación genital femenina implica trascender nuestras propias fronteras mentales, médicas y morales para, desde la salud, evitar la que es considerada por la legislación internacional una forma extrema de violencia de género y que, en la mayoría de las ocasiones, aunque se piense lo contrario, es realizada desde el amor y el respeto a las hijas de la familia.

DEFINICIÓN Y TIPOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la MGF comprende 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.

Se definen 4 tipos (Figura 1)¹:

- **Tipo I o clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- **Tipo II o escisión:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- **Tipo III o infibulación:** estrechamiento y cierre de la apertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- **Tipo IV:** todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Respecto a este último tipo, es importante reseñar que, debido principalmente a la legislación coercitiva de los países donde es una práctica habitual, el uso de los tres primeros tipos ha disminuido en muchas comunidades, no así los cuidados específicos de los genitales externos con la finalidad de limitar el crecimiento excesivo del clítoris y los labios menores, así como la producción excesiva de flujo. Estos últimos métodos incluyen masajes en la zona del clítoris, colocación de monedas o paños calientes, raspado de clítoris y labios menores al nacer y lavados intravaginales, entre otros².

Cómo citar este artículo: Rivera Cuello M. Mutilación genital femenina (MGF), situándonos en las fronteras. Form Act Pediatr Aten Prim. 2023;16(4):150-4.

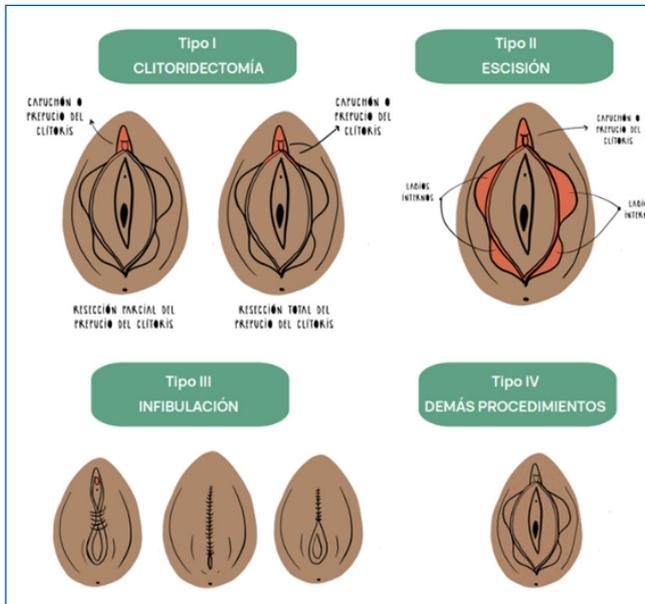


Figura 1. Tipos de mutilación genital femenina. Disponible en: <https://www.savegirlssavegeneration.org>

EPIDEMIOLOGÍA

Según datos publicados por UNICEF, más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de la MGF en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia donde se concentra esta práctica, si bien hablamos de cifras estimadas por cuanto que la MGF es una práctica invisibilizada y, además, de-

bido a los diferentes tipos descritos, muchas mutilaciones tipo IV pueden no ser consideradas como tal en estas estimaciones. Los países que registran mayor prevalencia son Somalia, Guinea y Yibuti (Figura 2).

La prevalencia en España depende de las comunidades de origen, pero se estima que las regiones con mayor número de familias procedentes de comunidades que aceptan esta práctica son Cataluña, Madrid y Andalucía³. Sin embargo, es muy importante resaltar que la práctica de la MGF no depende tanto del país de origen como de la comunidad de procedencia, o incluso de la comunidad a la que pertenezca el futuro marido respecto de adolescentes que puedan ser objeto de matrimonios acordados entre familias.

ETIOLOGÍA

Entendiendo como etiología de la MGF todas aquellas motivaciones o justificaciones para su realización. La MGF puede interpretarse como una consecuencia de la desigualdad de género, pues simboliza la máxima expresión de poder social entre sexos. En este sentido, la MGF se alza como una forma de subordinación de las mujeres en la sociedad, de asunción de su rol dentro de su comunidad y de control de los hombres sobre el sexo femenino y sobre el cuerpo de la mujer. Aunque esta práctica se vincula a normas sociales, tradición, ritos y estatus de

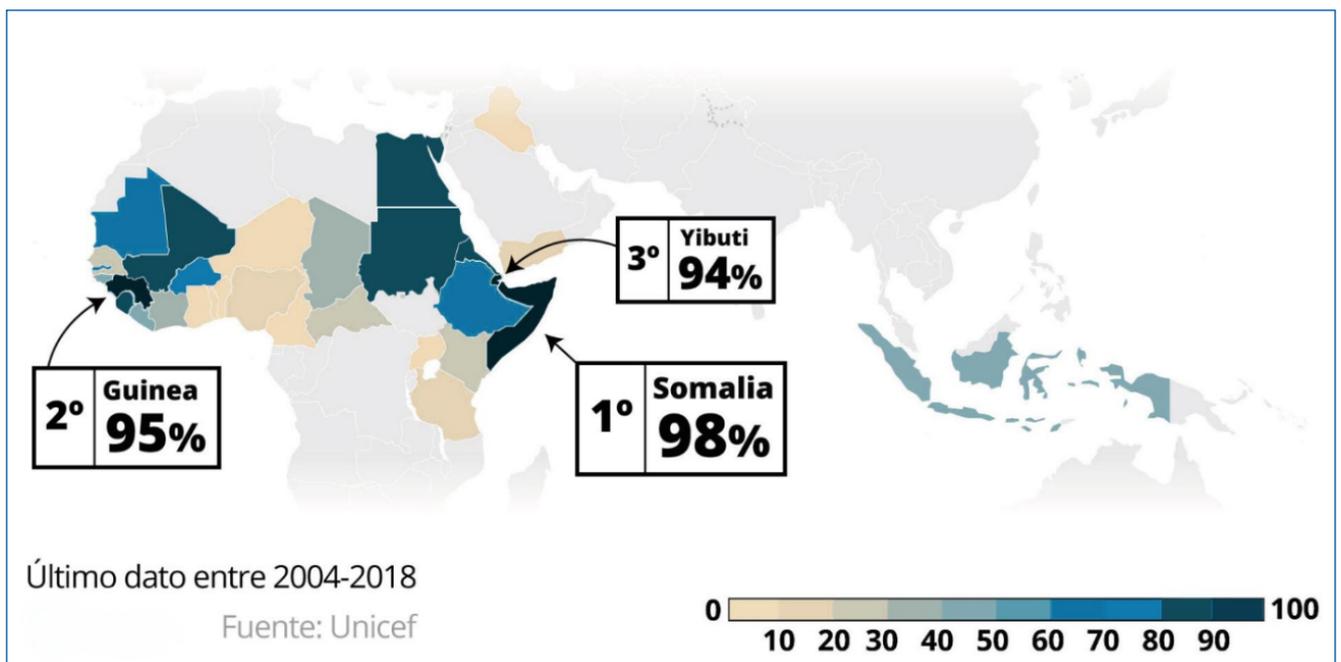


Figura 2. Prevalencia de la MGF entre los países que la practican. Porcentaje de mujeres y niñas de 15-49 años que han sufrido mutilación genital femenina.

inferioridad de la mujer en todas las esferas, existen distintas justificaciones que varían de una comunidad o grupo étnico a otro. Desde la generalidad, podemos enumerar como justificaciones la necesidad de controlar la sexualidad y la fidelidad femenina como medio para mantener el matrimonio, la preservación de la belleza femenina por cuanto que se atribuyen a los genitales femeninos características negativas, y el aumento del placer sexual de los hombres con la práctica de lo que viene a llamarse *dry sex*.

Desde una perspectiva de género, esta práctica se perpetúa, principalmente, por dos elementos: por un lado, la necesidad de controlar la sexualidad femenina y el mantenimiento de las relaciones desiguales de poder; y, por otro lado, la necesidad de aceptación por parte de las mujeres que sacrifican sus órganos sexuales a cambio de dicho reconocimiento social, pues también hablamos de una tradición realizada “por mujeres y para mujeres”.

En definitiva, la perpetuación de esta práctica está relacionada con la falta de empoderamiento de las niñas y las mujeres, así como por una falta de autonomía que las lleva a no tomar conciencia de su derecho a decidir sobre sus vidas y cuerpos. En este sentido, las mujeres no abandonarán esta práctica a menos que consigan un poder de negociación igual o mayor dentro de sus comunidades⁴.

ABORDAJE Y PREVENCIÓN DESDE LA SALUD

El rol profesional en los servicios de salud y el conocimiento acerca de la relación entre las prácticas tradicionales perjudiciales y la salud, posiciona a sus profesionales dentro de un papel fundamental como promotores del cambio de esta práctica.

Así, el abordaje de la MGF implica a los servicios de salud en intervenciones de prevención con mujeres, familias y comunidades, especialmente en centros de Atención Primaria, dada su transversalidad y trabajo longitudinal en el tiempo, haciendo especial mención a la atención del proceso de embarazo y par-

to, así como al programa de salud infantil: ambos momentos facilitan procesos de atención que se centran en el cuidado de la mujer y la niña. La figura clave en estos y otros procesos de atención es la del trabajador social, ya que permite conectar las diferentes instituciones de forma coordinada y eficaz.

Resulta igualmente importante la detección de casos de mutilación en mujeres antes y durante el embarazo para poder atender las consecuencias y complicaciones de los distintos tipos de MGF, así como para poder realizar un abordaje de su posicionamiento respecto a la realización en su descendencia; y todo ello facilitando información adaptada y suficiente respecto de las consecuencias para la salud de esta práctica, las complicaciones a corto, medio y largo plazo (Tabla 1) y las consecuencias legales de las mismas.

Una herramienta útil, muy recomendada para ser usada al final del proceso, es el compromiso preventivo (Figura 3), el cual ha generado según estudios poblacionales una disminución de la práctica de la MGF en los casos de retorno a las comunidades de origen. Este no es documento vinculante, pero puede servir para explorar la intención de las familias, para justificar su negativa ante las familias de origen y como prueba de intervención por parte de los servicios sanitarios.

En la Figura 4, se recoge el algoritmo de abordaje recomendado y, para su ampliación, se recomienda el material elaborado por la fundación Wassu con colaboración del ministerio⁵.

REFLEXIONES FINALES

La llegada a nuestro país de personas migrantes ha ido aumentando de manera progresiva durante las dos últimas décadas, dejando de ser un hecho conyuntural para constituirse en una realidad estructural de nuestra sociedad. Este hecho, junto con una elevada tasa de natalidad y una importante movilidad geográfica por parte de la población procedente de países donde se realiza la MGF, ha llevado a que esta práctica pase de ser

Tabla 1. Consecuencias de MGF.

INMEDIATAS	MEDIO PLAZO	LARGO PLAZO
Infecciones	Problemas ginecológicos	Patologías físicas crónicas
Hemorragia	Problemas de cicatrización	Estrés postraumático
Shock	Complicaciones del parto	Depresión, ansiedad
Dolor intenso	Problemas psicológicos	Afectación de la vida sexual
Muerte	Problemas en las relaciones sexuales	Secuelas en los hijos por parto distócico
		Infertilidad

Fuente: elaboración propia.

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN O DECLARACIÓN JURADA DE EVITACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Datos de la niña	
Nombre y apellidos	DNI/Pasaporte
Edad	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa)
Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección	Teléfono
Código Postal y Población	

Datos de la persona responsable de la niña	
Nombre y apellidos	DNI/Pasaporte
Vinculación: Padre, madre o tutor/a legal	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa)
Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección	Teléfono
Código Postal y Población	

Datos del médico o médica	
Nombre y apellidos	DNI
Número de colegiado/a:	Centro sanitario

Marco legal de la mutilación genital femenina en España:
 La mutilación genital femenina es considerada como un atentado contra los derechos humanos y está asociada a riesgos socio-sanitarios y psicológicos.
 En España se considera un delito de lesiones (art. 149.2 del Código Penal), aunque la operación se realice fuera del país (art. 23.4 de la Ley Orgánica 6/1982, de 1 de julio, del Poder Judicial, modificada por la L.O. 1/2014, de 13 de marzo)

La pena de prisión es de 6 a 12 años para padres, madres y responsables, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un Centro de Menores.

Compromiso informado de la persona responsable de la niña.

DECLARO HABER SIDO INFORMADO/A por el médico o la médica que atiende a la niña de quien soy responsable, de los aspectos relativos a la mutilación genital femenina.

CONSIDERO que he entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la niña de la que soy responsable y evitar su mutilación genital.

Y para que así conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del cual quedo con una copia.

FIRMAS

Firma del padre, madre/persona responsable de la niña
Firma del médico/a

Lugar y fecha

Figura 3. Modelo genérico de compromiso preventivo. Fuente: elaboración propia.

un hecho puntual a alzarse como cuestión de interés social y sanitario en la que puede verse involucrado cualquier profesional de los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria en su labor cotidiana. Aunque, por supuesto, todos los profesionales sanitarios deberían tener unas nociones básicas sobre la MGF, determinadas perfiles profesionales como la Pediatría necesitan profundizar en el tema de manera especial.

Como se dijo al principio, la MGF es una cuestión que, en su abordaje profesional, puede llevar la práctica diaria hacia la

frontera de la relación médico-paciente, ya que implica creencias y códigos culturales diferentes que no solo precisan de una gran sensibilidad y empatía, sino también la movilización de recursos a nivel institucional y asociativo a los fines de asegurar la consecución del objetivo último: la desaparición de una práctica que vulnera los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y el bienestar de las mujeres y las niñas. Resulta indispensable, pues, de cara a este objetivo, ponernos en el lugar del otro, escuchar mucho y aprender más.

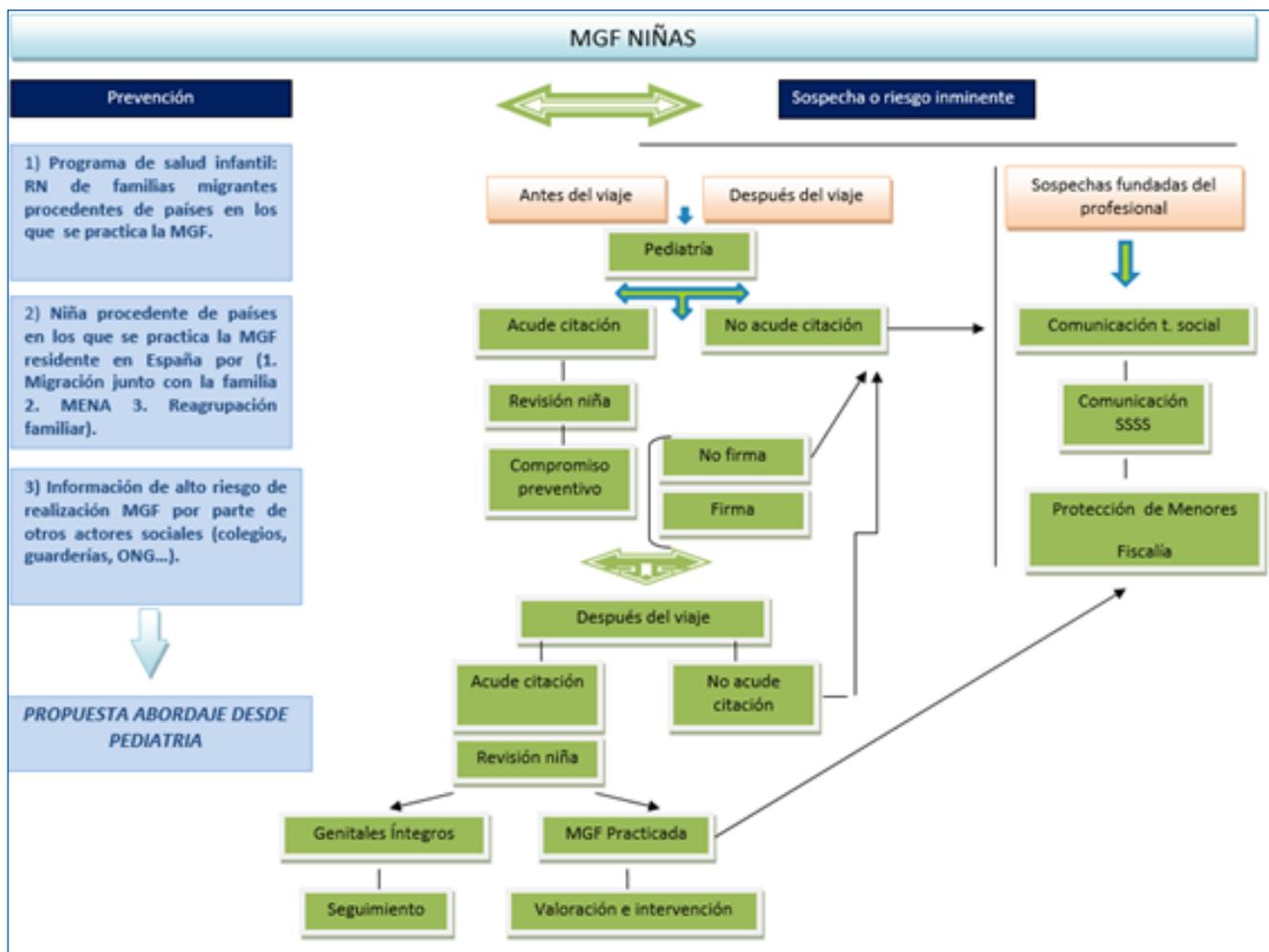


Figura 4. Algoritmo de actuación desde las consultas de Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Mutilación genital femenina. En: WHO.int [en línea] [26/10/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. Martin Hilber A. A multi-country study on gender, sexuality and vaginal practices: Implications for sexual health. En: WHO [en línea] [consultado el 26/10/2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/75182>
3. La mutilación genital femenina en España. Delegación del gobierno para la violencia de género. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 26/10/2023]. Disponible en: https://violenciagero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudio_mgf.htm

4. Procedimiento, prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en la provincia de Málaga. Consejería de Salud y Familias, delegación territorial de Málaga. Noviembre 2020. En: Médicos del Mundo [en línea] [consultado el 26/10/2023]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.es/blogosfera/andalucia/files/2020/12/prevencion-y-actuacion-ante-la-MGF-Noviembre-2020.pdf>
5. Guía para profesionales. Casos prácticos en el abordaje de la MGF. Fundación Wassu UAB. 2020. En: UAB [en línea] [consultado el 30/10/2023]. Disponible en: <https://www.uab.cat/doc/guia-casos-practicos>