

NUEVAS ESTRATEGIAS Y BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS: LA INICIACIÓN SIN MUTILACIÓN. (UN ABORDAJE CIRCULAR GAMBIA-ESPAÑA)¹

Adriana Kaplan Marcusan²,
Pere Torán Monserrat³, Juana Moreno Navarro⁴
Grupo Interdisciplinar para la Prevención y
Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales
(GIPE/PTP)⁵

1. INTRODUCCIÓN

La globalización y los movimientos migratorios están produciendo cambios que vemos reflejados desde hace tiempo en el día a día de nuestra sociedad y en todos los dispositivos del llamado Estado del bienestar (sanidad, educación, justicia, etc). Los flujos migratorios, lejos de detenerse, van a ser una constante en los años venideros. La coyuntura económica y geopolítica de España apuntan a que esta presión migratoria procederá fundamentalmente del África subsahariana (Naïr, 2006). Se trata de ciudadanos y ciudadanas procedentes de un mundo mu-

¹ AGRADECIMIENTOS: A los autores de este artículo nos gustaría agradecer y resaltar la colaboración de Lluís Ferrer i Caubet, rector de la Universidad Autónoma de Barcelona, por su apoyo incondicional al proyecto; al Dr Manuel Corachan Cuyas por sus aportaciones y ayuda en la construcción del proyecto y a la Fundación La Caixa por asumir los riesgos de trabajar en entornos de máxima fragilidad, temas tan socialmente sensibles como las Mutilaciones Genitales Femeninas.

² Antropóloga. Departamento de Antropología Social y Cultural. Facultad de Letras. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Bellaterra (Barcelona). Investigadora Principal Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

³ Médico de Familia. Centro de Salud Gatassa (Mataró 6). Instituto Catalán de la Salud. Mataró (Barcelona). Coordinador de la Unidad de Apoyo a la Investigación en Atención Primaria del Barcelonès Nord i Maresme. Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol.

⁴ Enfermera pediátrica. Área Básica de Salud Llanereras (Maresme-Nord). Coordinadora Técnica del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

⁵ Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la UAB. Web: <http://mgf.uab.es>

chas veces desconocido, sobre los que se elaboran imágenes basadas en prejuicios y estereotipos.

Como consecuencia de este fenómeno migratorio la problemática asociada a las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) se extiende a los países occidentales receptores de inmigración (Thierfelder, 2005 ; Leye, 2006). En las últimas tres décadas, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África subsahariana. La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la 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 pero que emigran, nacen y viven en nuestro país. Lo local es global; lo global, local.

En España los primeros casos se detectaron en 1993. Desde entonces no existe conocimiento de que se hayan producido nuevas mutilaciones en territorio español, aunque sí es conocido que algunas familias aprovechan los viajes de vacaciones a los países de origen para proceder a la iniciación de sus hijas.

Hemos estimado, a partir de datos padronales del año 2005, en relación a personas residentes en España procedentes de los 15 países donde se realizan estas prácticas con más población migrante, ajustado por las tasas de prevalencia, que en nuestro país unas 9.545 mujeres habrían padecido algún tipo de MGF y unas 3.824 niñas estarían en edad de riesgo de padecerla en los próximos años, sin tener en cuenta el incremento de los últimos procesos de regularización de inmigrantes. Por otro lado, el creciente peso demográfico de estos colectivos va hacer que en los próximos años no sea excepcional la presencia en nuestro entorno de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF, máxime teniendo en cuenta que las tasas de fecundidad estudiadas en población procedente de Gambia afincada en España (Bledsoe, 2007) duplican o incluso triplican las del resto de colectivos de inmigrantes.

Desde 1952, año en que la Comisión de Derechos Humanos de la ONU adoptó una primera resolución sobre el tema, la mayoría de organismos internacionales se han pronunciado en contra de estas prácticas tradicionales perjudiciales, animando a sus Estados miembros a promover iniciativas legislativas que permitan su erradicación. A pesar de los esfuerzos de Organismos Internacionales y gobiernos estamos ante una problemática que, como se menciona en un informe del centro Innocenti (UNICEF, 2005), «sigue siendo una de las violaciones de los derechos humanos más persistentes y omnipresentes y que además, es silenciosamente tolerada».

2. LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS

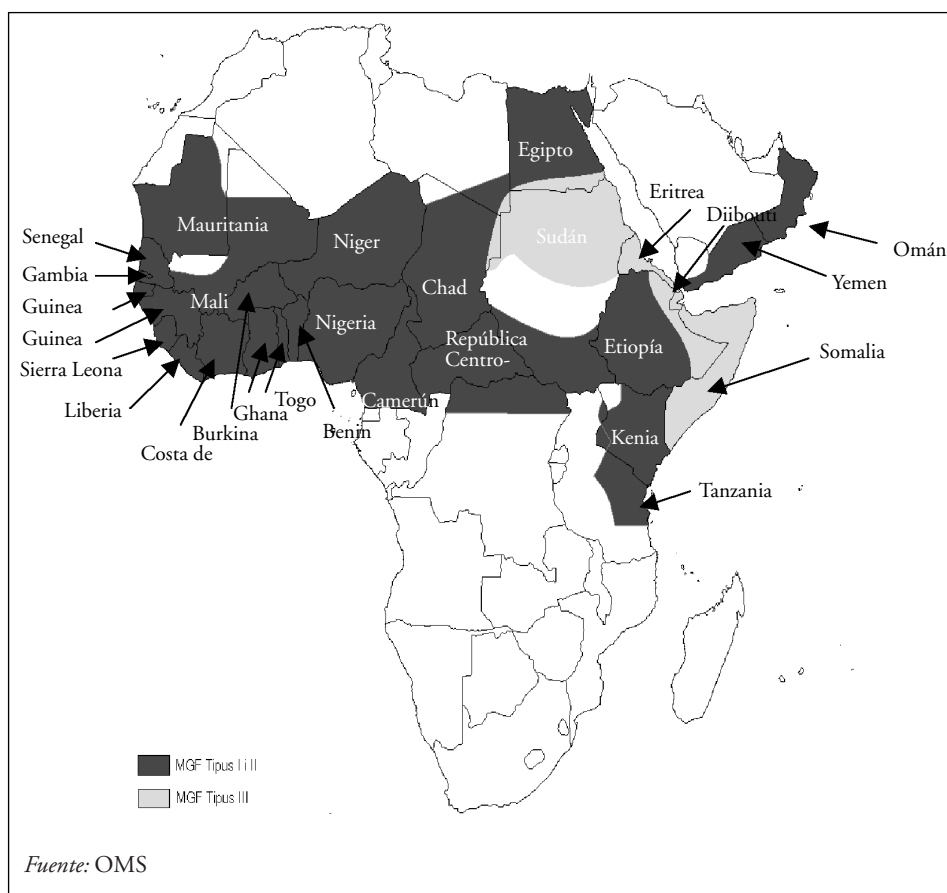
La MGF es una práctica tradicional perjudicial de la que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son víctimas alrededor de 140 millones de

mujeres y niñas en todo el mundo. Cada año, unos tres millones de niñas están en riesgo o son sometidas a algún tipo de ablación, fundamentalmente en los 28 países del África Subsahariana en los que estos rituales tienen una fuerte y ancestral implantación (WHO, 1997). (Figura 1)

La OMS define las MGF como aquellas intervenciones sobre los genitales femeninos que producen la extirpación total o parcial o cualquier otra lesión de los genitales de la mujer, por razones sociales o culturales, sin una finalidad terapéutica.

Se distinguen cuatro tipos de MGF en base a la severidad de la intervención practicada. El *tipo I o Clitoridectomía*, es lo que en el mundo islámico se conoce como *sunna*, es el equivalente a lo que con frecuencia se llama circuncisión femenina y que en África equiparan a la circuncisión masculina.

FIGURA 1
Distribución geográfica de las MGF en África



Tipo II o Excisión, se trata de la 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. El *tipo IV* incluye diversas prácticas, de severidad variable, sobre el área genital y sin finalidad terapéutica (piercing, dry sex, stretching, scraping, cauterización del clítoris, etc). Se trata de pinchazos, heridas, incisiones, cauterizaciones o estiramientos del clítoris, y también raspaduras, cortes o introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina o bien otros procedimientos que mezclan estas técnicas.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África Subsahariana Occidental y Central, mientras que el tipo III es el más habitual en el África Oriental, principalmente Sudan, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía. Conviene precisar que no en todos los países africanos se practican las MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo. También puede depender el tipo de MGF, del grupo social al que pertenece y si vive en un área rural o urbana.

La realización de una MGF repercute seriamente en la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las mujeres (Obermeyer, 2005), quebrantando gravemente su calidad de vida actual y futura. No hay duda de que todos estos factores asociados a las MGF son condicionantes de un peor estado de salud, limitan la supervivencia de alguna de estas niñas, perpetúan la desigualdad de género, la discriminación de las mujeres y la violación sistemática de sus derechos.

3. DINÁMICAS SOCIALES QUE PERPETÚAN LA PRÁCTICA DE LAS MGF

El ritual asociado a 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. La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen (de separación, marginación y agregación) está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos, que cumplen la función de dar acceso a la pubertad social como primer nivel de la vida adulta de las mujeres. Esta estructura ritual y proceso han sido registrados y analizados minuciosamente por Kaplan en trabajo de campo realizado en aldeas de Gambia,

constituyendo uno de los escasos documentos videográficos existentes al respecto (Kaplan, 2004; 1993).

En el área de Senegal, Gambia, Mali, Mauritania y Guinea, zona de la que proceden la mayoría de las familias migrantes subsaharianas de nuestro entorno, las niñas son circuncidadas desde edades tan tempranas como los 7 días del nacimiento, hasta la pre-pubertad. Existen variaciones en función de los grupos étnicos pero siempre se realiza la intervención antes de la primera menstruación. Por tanto es esta franja de edad la de máximo riesgo para que se practique la MGF durante un viaje de vacaciones de las niñas al país de origen de los padres, debiendo extremarse las actitudes preventivas ante el anuncio de estos desplazamientos.

Esta dinámica ritual queda, por tanto, enmarcada dentro de un entorno familiar y comunitario en el que ocupan la centralidad las mujeres mayores y las ancianas. Son las madres y las abuelas las que organizan y protagonizan el ritual de sus hijas y nietas, ya que consideran que es lo mejor que deben hacer para educarlas adecuadamente y prepararlas para la edad adulta y el matrimonio.

En realidad, las mujeres no dan una justificación explícita a la acción, sino que proceden directamente a ella, perpetuando la práctica. Cuando se indagan los motivos para realizar la MGF apelan a la tradición, a la religión, a cuestiones estéticas («puede crecer demasiado, como el pene»), sanitarias («es más limpio»), de protección («de la virginidad», «frente a la promiscuidad»), del honor de la familia y de la fertilidad («una mujer circuncidada es mas fértil»). Paralelamente siempre están presentes las consecuencias: en caso de que no se realice el ritual, la madre queda excluida y la niña será víctima de la marginación, la humillación y la exclusión. Todos estos elementos también están muy presentes en las niñas y mujeres de las comunidades de inmigrantes en países extranjeros, ya que representan no sólo la identidad étnica y de género sino también el nexo con sus orígenes familiares y culturales. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de sus mayores en sociedad gerontocráticas.

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 y en mensajes religiosos confusos y leyes ambiguas.

Llegados a este punto conviene aclarar que ninguna religión prescribe la práctica de la MGF. En el mundo islámico, la circuncisión femenina es una *sunna*, forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio, no obligatorio. Se trata de una práctica preislámica de la que El Corán no hace mención explícita ni alusión en ninguno de sus versículos, a diferencia de La Biblia que si lo hace en el Antiguo Testamento, para los hombres.

4. DINÁMICAS LEGISLATIVAS Y DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) en 1979 y la Convención sobre los Derechos del

Niño (CDN) de 1989, enmarcan las MGF dentro de las prácticas tradicionales perjudiciales que limitan los derechos fundamentales de las personas a la igualdad, la dignidad y a la salud. Ambas convenciones instaban a los Estados miembros a luchar contra estas formas de violencia hacia las mujeres y las niñas invitándoles a desarrollar normativas legislativas al respecto. Así, por ejemplo, la CDN en el artículo 24.3 dicta «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños» y en el 24.4 «Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo».

La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer aprobada en Viena en la Asamblea General de 1993, reforzaba estos posicionamientos contra la violencia basada en el género, tanto en la vida pública como en la vida privada; incluyendo en su ámbito de aplicación las mutilaciones genitales femeninas y otras prácticas tradicionales perjudiciales. Explicitando que los Estados no deben invocar costumbres, tradiciones o consideraciones religiosas para no actuar en la obligatoria vía de luchar contra estas prácticas. La Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres (Beijing 1995), condena explícitamente a las MGF como formas de violencia contra las mujeres.

Al amparo de estos acuerdos internacionales, algunos países africanos han desarrollado legislaciones específicas contra las MGF, que hasta el momento parece que han tenido un impacto desigual en la reducción de las tasas de prevalencia en los países que se han podido estudiar (Tabla 1).

En 1993 se detectaron en Catalunya los primeros casos de MGF realizada en España. 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 su contextualización en el ciclo vital de las culturas africanas, a la vez que constató la ignorancia de los padres frente a la legislación española y a las consecuencias derivadas de esta práctica. Desde entonces no se conocen nuevos casos de MGF realizados en nuestro país (Kaplan, 1993).

En España la MGF, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 149.2 del Código Penal, que castiga con penas de seis a doce años de prisión para los padres y el ingreso en un centro de menores de la niña.

En 2005 se modifica la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005 de 8 de julio, al efecto de perseguir extraterritorialmente la práctica 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.

TABLA 1
Legislación contra la MGF e impacto en diversos países del África subsahariana

País	Prevalencia (año)	Prevalencia (año)	Año legislación prohibición MGF
Benin	50% (1996)	17% (2001)	2003
Burkina Faso	72% (1999)	76,6% (2005)	1996
Camerún	20% (1998)	1.4% (2004)	
Rep. Centrafricana	43% (1994)	26% (2005)	
Chad	60% (1996)	45% (2004)	
Costa de Marfil	43% (1994)	45% (2005)	
Rep. Democrát. del Congo (antes Zaire)	5% (N.C.)		
Djibouti	98% (N.C)	93% (2006)	1995
Egipto	97% (1995)	96% (2005)	1997 Decreto Ministerial
Eritrea	95% (1995)	89% (2002)	2007
Etiopía	85% (1984/1990)	74% (2005)	Constitución 1994
Gambia	80% (1985)	78% (2005)	
Ghana	30% (1998)	9% (2005)	1994
Guinea	99% (1999)	96% (2005)	1985
Guinea-Bissau	50% (1990)	44% (2005)	
Kenia	38% (1998)	32% (2003)	2001
Liberia	60% (1986)	45%	
Malí	94% (1996)	92% (2001)	2002
Mauritania	25% (1987)	71% (2001)	2001
Níger	5% (1998)	2% (2006)	2002
Nigeria	25% (1999)	19% (2003)	
Senegal	20% (1999)	28% (2005)	1999
Sierra Leona	90% (1987)	94% (2005)	1997
Somalia	98-100% (1982/1993)	98% (2005)	
Sudan	89% (1990)	90% (2000)	
Tanzania	18% (1996)	14% (2004)	1998
Togo	12% (1996)	6% (2005)	1998
Uganda	5% (1995/1996)	0.6% (2006)	
Yemen	23% (1987)	22% (1997)	

Fuente: OMS 2008 y Demographic and Health Survey (marzo 2008)

Así mismo, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas puede comportar, para los/las 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.

Estas iniciativas legislativas crean el marco legal desde el que poder trabajar, pero por sí solas no han conseguido el impacto esperado, tal y como demuestran los estudios de prevalencia realizados sobre el terreno (tabla 1). 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 (Kaplan, 1998). Según UNICEF (2005), las medidas legislativas han de ir unidas a medidas de prevención y posicionamiento social contra la práctica, han de ser mas disuasorias que punitivas, complementándose con medias de protección infantil.

En esta línea de humanizar la legislación y promover el análisis en profundidad del fenómeno, desde el respeto y la educación, apunta la declaración de Barcelona sobre las MGF (2004), propuesta en el Foro Mundial de las Mujeres y suscrita por importantes organizaciones africanas y personalidades políticas, religiosas y académicas que luchan por la erradicación de esta práctica (Tabla 2).

TABLA 2
Declaración de Barcelona sobre las MGF

DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LAS MGF FÓRUM MUNDIAL DE LAS MUJERES 2004
<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

5. EL PROYECTO «OBSERVATORIO Y NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS. UN ABORDAJE CIRCULAR: GAMBIA-ESPAÑA»

Desde esta proximidad a la Declaración de Barcelona se plantea el proyecto, cuyo objetivo es iniciar la implantación en Gambia y en España de una nueva estrategia de abordaje del problema de la MGF, basada en la sensibilización, la prevención y el empoderamiento para que las propias mujeres, y sus comunidades, puedan asumir propuestas alternativas que eviten la mutilación. La idea fuerza del proyecto consiste en proponer y promover modelos sustitutivos del rito de paso. El ritual sustitutivo debe de seguir siendo funcional y culturalmente aceptable en su entorno, excluyendo la mutilación de los genitales. El abordaje circular Gambia / España (fundamentalmente Catalunya por la fuerte presencia de población inmigrada procedente de Gambia) permitirá aprovechar las sinergias surgidas desde estas comunidades de inmigrantes como generadores de opinión y modelos de referencia en sus países de origen.

5.1. Circularidad Gambia-España

El proyecto se está desarrollando en Gambia y en España, tomando como base el sector salud y su red asistencial, a través de acciones de sensibilización, divulgación, concienciación, implantación y evaluación de las propuestas alternativas.

Gambia, país del que procede un gran número de la migración subsahariana residente en España, tiene una alta prevalencia de la práctica (sobre el 80%) y, por otro lado, se ha demostrado la alta fecundidad y el creciente peso demográfico de la comunidad gambiana en España (Bledsoe, 2007), hecho que permite prever que en los próximos años las situaciones de conflicto y dilemas profesionales relacionados con las MGF pueden ser habituales en nuestro medio.

Esta presencia demográfica de familias gambianas en España es un elemento clave para la circularidad del proyecto. Sabemos que las mujeres migrantes cuando retornan a sus sociedades de origen son punto de referencia, credibilidad y reconocimiento en diversos aspectos. Uno de los más trascendentes tiene que ver con la salud reproductiva y la educación (Kaplan, 1998). Estas mujeres son portadoras de nuevos conocimientos adquiridos en Europa, que han sido incorporados y puestos en práctica durante su proceso migratorio. La comunidad de origen legitima el saber y experiencia de estas mujeres migrantes, que ejercen de multiplicadoras de información y de agentes informales de salud. Así, con frecuencia, acompañan a las otras mujeres de la comunidad a los centros de planificación familiar, les apoyan en sus decisiones, les proveen de información obtenida en los centros de salud europeos y, muchas veces, se convierten en mediadoras entre las distintas jerarquías generacionales y los conflictos de género que inevitablemente aparecen.

El proyecto plantea, en el marco de esta circularidad, dos polos de intervención, con objetivos y acciones concretas en España y en Gambia (Tabla 3). El pro-

pósito general es promover el cambio hacia actitudes favorables para la intervención educativa y preventiva que permita erradicar las MGF tanto en Gambia como en España. Se trata de salvaguardar el derecho fundamental de las mujeres a la integridad física y psíquica, siendo respetuosos con el arraigo y la tradición pero, a la vez, evitando la colisión con otros derechos, como pueden ser, por ejemplo, el derecho a la intimidad y a la libre circulación de las personas.

TABLA 3
Objetivos específicos en España y en Gambia

OBJETIVOS EN ESPAÑA	OBJETIVOS EN GAMBIA
1. Disponer de información fiable y actualizada sobre la presencia del problema de las MGF en España, de la percepción de los/las profesionales implicados en su abordaje y del posicionamiento de las familias de las niñas y sus comunidades.	1. Disponer de canales de intervención sólidos que permitan el trabajo continuado, estable y avalado por instituciones gubernamentales y otras independientes y respetadas en el país.
2. Sensibilizar y formar a los colectivos de profesionales en contacto con el problema de la importancia de la intervención preventiva, de las consecuencias para la salud y del marco legal relacionado con las MGF	2. Proveer formación y capacitación a los agentes de salud del país para poder intervenir en favor de evitar las MGF, mediante un abordaje preventivo y culturalmente sensible a las creencias y costumbres.
3. Promover la intervención preventiva sobre las MGF desde los diversos servicios de atención a las personas (salud, trabajo social, educación).	3. Disponer de agentes comunitarios de salud sensibilizados y favorables a la intervención preventiva, con capacitación y formación para desarrollar dicho abordaje preventivo.
4. Sensibilizar a los colectivos de inmigrantes procedentes del África subsahariana, especialmente a los progenitores y familias de niñas en riesgo, de las consecuencias para la salud y del marco legal en España.	4. Disponer de agentes comunitarios en otros sectores (educación, estamentos religiosos, comunicación) sensibilizados y favorables a la intervención preventiva, con capacitación y formación para desarrollar dicho abordaje preventivo.
5. Promover estados de opinión tendentes a la toma de conciencia social de la importancia de la MGF y sus consecuencias.	5. Promover el posicionamiento de las mujeres en favor de la tradición pero cuestionando las prácticas mutilantes de los genitales.
	6. Promover la implantación de un ritual alternativo que siendo coherente con la tradición cultural y social de las comunidades, evite la mutilación de los genitales.
	7. Mantener y reforzar los estados de opinión y el entorno favorables a la intervención preventiva sobre las MGF mediante un abordaje sensible a las creencias y costumbres del país y de sus distintas comunidades.

El proyecto se desarrollará tanto en Gambia como en España (2008-2011) aunque con diferentes poblaciones diana y objetivos a alcanzar. El trabajo etnográfico, longitudinal, circular y transnacional realizado desde 1989 en las comunidades de origen (Gambia) y en las sociedades de destino (España), nos aporta una información privilegiada sobre aspectos relacionados con las MGF, y se convierte en un observatorio de las transformaciones sociales y culturales de carácter transcontinental.

Es, por tanto, un proyecto de co-desarrollo, basado en la formación, la transferencia de conocimiento, la toma de conciencia y el empoderamiento para que las propias mujeres sean capaces de posicionarse contra las prácticas mutilantes, adoptando los rituales sustitutivos que conservan el significado simbólico sin la mutilación.

5.2. La propuesta metodológica: «iniciación sin mutilación»

El trabajo previo en Gambia ha permitido identificar la MGF como parte de las ceremonias de iniciación, el *kaseo* (iniciación masculina) y el *nyakaa* (iniciación femenina) significan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta. En estos procesos se dan las tres fases del rito de paso: separación, marginación y agregación.

En la primera fase, las niñas son separadas de la comunidad y circuncidadas. Es una etapa marcada por el corte y la excisión del clítoris, la sangre y el dolor. Simboliza la ruptura con la infancia.

La segunda fase, de marginación, tiene una duración donde el tiempo social ordinario desaparece y está en función del tiempo de cicatrización de la herida. Este periodo, de cuidados especiales, impregnado de tabúes, normas estrictas, prohibiciones y prescripciones, es la 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, los saberes de las mujeres.

En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros de la comunidad de las mujeres adultas, con sus nuevos roles y categorías sociales. Así, son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres.

Esta disección del ritual permite un planteamiento de ceremonias alternativas de pubertad social en los que se elimina la parte física (primera fase) y se conserva todo el significado social y cultural del proceso. Donde la MGF forma parte de ceremonias de iniciación, la implantación de ritos alternativos socialmente aceptables puede ser una vía de intervención tal y como se ha ensayado en algunos países (Chege, 2001; Hernlund, 2000).

Nuestro proyecto se plantea como una intervención concebida desde el sector de la salud, centrada básicamente en una estrategia de sensibilización-educación-capacitación, que haga posible la eliminación de las MGF mediante la acep-

tación, por parte de la población, de rituales alternativos de iniciación que eliminan la parte física de la práctica sobre los genitales de las niñas. El proyecto trata de favorecer y fortalecer el posicionamiento de las propias mujeres contra la práctica mutilante del rito de paso de las niñas. Para ello se ofrece un ritual alternativo que conserva la funcionalidad cultural en su entorno, pero que excluye la mutilación, es decir la parte física.

5.3. Observatorio

En España, el trabajo y propuestas del equipo (Kaplan et.al., 2006) han puesto al descubierto la necesidad de plantear el problema desde el conocimiento y desde una tarea interdisciplinar de carácter preventivo. Una encuesta realizada a profesionales de la salud en la comarca del Maresme (Barcelona) mostraba un amplio desconocimiento y hasta cierta tendencia a ignorar el tema en la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, un porcentaje no despreciable de estos profesionales declaraban haber detectado o conocido algún caso, tanto en las madres como en sus hijas (Moreno y Castany, 2002). 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.

La parte del proyecto en España y Gambia denominada «*Observatorio*», se plantea como un sistema permanente y actualizado para integrar y disponer de información sobre la evolución del problema de las MGF en origen y en destino, de su percepción como tal entre los colectivos directamente implicados en el abordaje de las MGF y de los cambios en las actitudes y percepciones por parte de los colectivos de inmigrantes procedentes del África Subsahariana. El observatorio provee información, a la vez que formula análisis y proyecciones sobre las MGF con la intención de ponerlas a disposición de la ciudadanía, profesionales y políticos como un elemento de apoyo al conocimiento del problema y a la toma de decisiones.

Inicialmente el observatorio se estructura en cinco grandes ejes:

- Elaboración y actualización de un mapa de las MGF en España.
- Elaboración y explotación de encuestas periódicas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los/las profesionales frente a las MGF en zonas con alta prevalencia del problema.
- Elaboración y explotación de encuestas periódicas a familias y comunidades de origen gambiano en España.
- Sistema de notificación de casos e intervenciones preventivas.
- Seguimiento del tratamiento dado en los medios a la cuestión de las MGF.

Paralelamente se desarrollaran actividades encaminadas a la sensibilización de los/las profesionales, la elaboración de material divulgativo y formativo, la capa-

citación de los profesionales para un abordaje preventivo y la sensibilización a familias y entornos comunitarios de inmigrantes gambianos en España.

5.4. Historia y antecedentes del proyecto

El equipo viene realizando diversas aproximaciones y propuestas metodológicas en relación al abordaje de las MGF, tanto en España como en Gambia.

Desde 1989 se abre una línea de investigación en relación a las personas migrantes y la salud sexual y reproductiva, con trabajo de campo en Gambia y en España. Paralelamente se mantienen relaciones de cooperación e investigación con el Gobierno de Gambia, especialmente con el *Department of State for Health & Social Welfare* y con el *Women's Bureau*, organismo dependiente de la Presidencia, así como con agencias de Naciones Unidas y ONG locales.

Hace casi diez años el Gobierno de la República de Gambia prohibió cualquier trabajo de sensibilización sobre las MGF, como respuesta a la agresividad con la que se estaba enfocando el tema por parte de algunas ONG y de los discursos feministas-«neocolonialistas», que estaban imponiendo una mirada ajena a la realidad sobre quienes ejecutan la práctica de la MGF y sobre las razones que sustentan el ritual en el propio contexto en que se produce. El tema de las MGF fue vetado.

Sin embargo, recientemente se ha reabierto el debate a raíz de los casos de niñas nacidas en España, de origen gambiano, que viajan de vacaciones a Gambia y retornan mutiladas a España. Los casos dramáticos de estas niñas, mutiladas por la tradición en Gambia y perseguidas por la ley en España, permitieron al equipo reabrir el diálogo y la intermediación con el Gobierno de Gambia, especialmente con la Vicepresidencia del país.

Así, el Gobierno de Gambia autorizó el inicio de una serie de entrevistas y la producción de un documental (Kaplan, 2004), utilizando imágenes tomadas durante la celebración de un ritual en 1992 y en el que, en el presente, dos de las niñas iniciadas en aquel momento recuerdan y se posicionan al respecto.

Dicho documental muestra una aproximación antropológica en la que se pone de relieve el carácter de rito de paso, se analizan las tres fases y se plantea una propuesta metodológica alternativa. Se abordan los aspectos perjudiciales de estas prácticas, tanto en términos de salud como de derechos humanos y de respeto a la autoridad gerontocrática de los ancianos que legitiman y perpetúan la tradición.

Gracias a diversos encuentros y al visionado del documental «Iniciación sin Mutilación» con el Ministro de Salud y su equipo, y con la Vicepresidenta, el Gobierno de Gambia toma en consideración la propuesta metodológica y valora el abordaje respetuoso del tema y de las imágenes como «culturalmente sensibles», decidiendo reabrir la cuestión e iniciar conversaciones con las agencias internacionales.

Esta nueva aproximación ha sido considerada de gran interés por el Gobierno de Gambia. El *Department of State For Health & Social Welfare* ha analizado el material videográfico rodado durante la primera fase de la investigación del equipo

de la Universitat Autònoma de Barcelona, manifestando su aprobación y apoyo a la iniciativa para explorar y desarrollar esta estrategia en Gambia.

Se trata de una metodología innovadora, respetuosa con los derechos humanos y con la realidad cultural de los pueblos. A su vez, *The Gambia Family Planning Association*, ONGD establecida desde 1968 y referente en el campo de la salud sexual y reproductiva, considera que la estrategia y el vídeo-documental que la expresa son «general y profesionalmente relevantes así como culturalmente acordes para su difusión en Gambia». En el mismo sentido se ha pronunciado la *Child Protection Alliance*, coalición de 60 organizaciones e instituciones dedicada a la protección de los derechos de la infancia.

Coincidiendo con el Plan de Acción Beijing+10, a presentar en Nueva York en el año 2005, en relación a la lucha contra todas las formas de violencia contra las mujeres, el Gobierno de Gambia solicitó a la Dra Kaplan su mediación para incluir intervenciones tendentes a evitar las MGF, único punto que, hasta entonces, había quedado fuera de dicho plan.

Fruto de dicha mediación son una serie de acuerdos que, por su relevancia, podemos calificar de históricos ya que consigue que:

- El Gobierno de Gambia reconozca la existencia de estas prácticas rituales.
- Se considere su tratamiento bajo la denominación de «*Child Protection Rights*» y no como Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas, tal como se sugiere en la declaración de Beijing.
- Se nombre la práctica como «*Female Genital Cutting*» (FGC) en lugar de «*Female Genital Mutilation*» (FGM).
- Se reconozca el valor del documental *Iniciación sin Mutilación* como «culturalmente sensible».
- Se asuma como «oficial» tanto su difusión en los medios de comunicación, como la propuesta metodológica planteada en él.
- Se proponga la traducción a cinco lenguas mayoritarias del país.
- Se acuerde iniciar el diseño de un plan de trabajo para la prevención de las MGF en Gambia.
- Se acuerde solicitar a las autoridades españolas el apoyo al proyecto mediante escrito del Ministerio de Salud de Gambia.

En Catalunya, en el marco del Fórum Barcelona 2004, se participó en el desarrollo del Foro Mundial de las Mujeres con el diálogo «Derechos humanos, la iniciación sin mutilación». Intervinieron en esta sesión Adriana Kaplan como moderadora y organizadora; Berhane Ras-Work, presidenta del Comité Interafricano; Fatoumata Sire Diakite, directora ejecutiva regional de APDF; Fadouma Hussein, ginecóloga somalí; Mariam Lamisama, ministra de la Solidaridad y la Acción Social de Burkina Faso; Sheriff Samsidine Aidara, imam de Arbúcies; y Chantal Campaore, primera dama de Burkina Faso (Fórum Mundial, 2004). Fruto de este diálogo fue la Declaración de Barcelona sobre las MGF, en la que se aboga por un abordaje del problema desde una perspectiva de análisis de sus raíces profundas, desde el respeto y la educación y pone énfasis en la importancia de

la investigación para el diseño de intervenciones efectivas a nivel comunitario, religioso y político (Tabla 2).

Durante 2006, el equipo GIPE/PTP asesora y colabora con la División de Atención Primaria del Institut Català de la Salut en la elaboración y difusión de una propuesta de intervención preventiva para los profesionales de atención primaria de salud. Para este fin se elaboran diversos materiales de apoyo a la intervención (Compromiso preventivo, póster dirigido a las familias, Guía breve, etc.) así como el diseño y pilotaje de un programa formativo para estos profesionales.

En Gambia se ha trabajado en el compromiso de la *School of Medicine and Allied Health Sciences* de la Universidad de Gambia y en la firma de un convenio de colaboración entre ésta y la Universitat Autònoma de Barcelona. Con la implicación de instituciones académicas se pretende movilizar los recursos formativos para profesionales de la salud sobre el terreno, asegurando la independencia del proyecto, la capacitación para la intervención preventiva de los futuros agentes de salud y el refuerzo metodológico del proyecto.

Recientemente la *School of Medicine and Allied Health Sciences* ha manifestado su interés por el proyecto, mostrando disponibilidad a introducir en esta estrategia a su alumnado y futuros agentes de salud del país. Se convierte, así, en un puntal académico básico para el proyecto.

5.5. Análisis de fuerzas, riesgos y presunciones

Se trata de plantear una intervención sobre un tema extremadamente sensible, respecto al cual las autoridades del país han mantenido una fuerte reserva ya que su significación nos habla de la construcción de la identidad étnica y de género.

El trabajo antropológico continuado realizado por nuestro equipo, la labor de mediación realizada con las autoridades del país y la presentación de unos materiales que han sido valorados como «culturalmente sensibles» por parte de dichas autoridades, abren una ventana de oportunidad histórica para intentar una intervención preventiva de formación-educación y empoderamiento para el cambio.

Se trata de un proyecto no exento de los riesgos inherentes a la temática que pretende abordar, extremadamente sensible, expuesta a presiones y a la fragilidad del país en el que se pretende trabajar (Tabla 4).

En todo momento se debe contar con la presencia de diversos *stakeholders* o grupos de interés. En la situación concreta de desarrollar posicionamientos contra la MGF y a favor de la aceptación de un ritual alternativo, creemos que la fuerzas que más pueden condicionar nuestra estrategia son los agentes tradicionales de salud, las ancianas (como personas en las que recae la misión implícita de preservar la tradición) y el apoyo de los líderes de opinión comunitarios y poderes público. Para ello tendremos que desarrollar intervenciones y estrategias que permitan:

- Una visibilización en positivo de nuestra intervención preventiva, en el sentido de mantener el simbolismo cultural y evitar el daño físico, de una manera respetuosa con la tradición y con las mujeres ancianas.

TABLA 4
Análisis situacional de debilidades y fortalezas

DEBILIDADES DEL PROYECTO	FORTALEZAS DEL PROYECTO
<ul style="list-style-type: none"> • La estabilidad política real y el acuerdo de los estamentos gubernamentales para el trabajo en relación a las MGF, no eliminan el riesgo implícito de posibles cambios de percepción en función del desarrollo del proyecto. • Sensibilidad a estados de opinión cambiantes y cierta fragilidad frente a informaciones manipuladas o incompletas. • Fragilidad de las propias infraestructuras del país. • Dificultad para explicitar los resultados finales en términos tangibles de beneficio. • Obtención de resultados a largo plazo. No inmediatez. • Necesaria amplitud de intervenciones multi-nivel e intersectoriales (educación, salud, estamentos religiosos, estructuras familiares, tradición etc). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trayectoria de 20 años de trabajo y análisis antropológico, en el terreno, de los ritos de paso. • Reconocimiento de la labor de mediación y de trabajo transnacional y circular (países de origen - países receptores de la inmigración). • Reconocimiento institucional (en Gambia y en España) y de ONGD en el territorio. • Reconocimiento del valor de «sensibilidad cultural» con las creencias y tradiciones del país. • Potencialidad de desarrollar una estrategia global a nivel de todo un país. • Estar ubicado en el entorno académico de la Universidad de Gambia le proporciona cierta salvaguarda de presiones e interferencias de otras esferas. • Alineado con los Objetivos del Milenio para la salud y el desarrollo. • Abordaje circular Gambia-España, aprovechando las sinergias que posibilitan el trabajo simultáneo con las comunidades de inmigrantes en los países receptores. • Aborda una problemática que genera dilemas éticos y legales que se plantean a los/las profesionales y a las familias. • Intersección de derechos humanos, salud, protección a la infancia, corrección desigualdades de género.

- Fortalecer el apoyo inicial de los estamentos gubernamentales. En este sentido resulta imprescindible evitar posibles áreas de colisión y conflictos de intereses.
- Enmarcar nuestra intervención en un proceso de empoderamiento de las propias mujeres en relación al cuidado y mantenimiento de su salud y de la de sus hijas.

A MODO DE CONCLUSIÓN: UTILIDAD PRÁCTICA E IMPACTO DEL PROYECTO

Se trata de una intervención concebida desde el sector salud, centrada básicamente en una estrategia de sensibilización-educación-capacitación, que haga posible la eliminación de las MGF mediante la aceptación, por parte de la población, de ri-

tuales alternativos de iniciación que eliminan la parte física de intervención mutilante sobre los genitales de las niñas. La intervención se realizará tanto en Gambia como en España aunque con diferentes poblaciones diana y objetivos a alcanzar.

El trabajo etnográfico, longitudinal, circular y transnacional en las comunidades de origen (Gambia) y en las sociedades de destino (España), nos aporta una información privilegiada sobre aspectos relacionados con las MGF, y se convierte en un observatorio de las transformaciones sociales y culturales de carácter transcontinental.

Si tomamos como referencia la estrategia de Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas, la intervención propuesta puede incidir directamente sobre los tres siguientes objetivos en la población de referencia:

- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna

Indirectamente abordamos también otro de los objetivos en relación a:

- Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades.

Si además tenemos en cuenta que una de las conclusiones del informe de la ONU sobre el estado de la población mundial en 2005 era constatar la dificultad sobreañadida, en la lucha contra la pobreza, en aquellos países donde se da una situación de discriminación de las mujeres, con el proyecto propuesto se incidirá también sobre este punto central y nuclear de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Por otro lado, si se alcanzan los objetivos previstos en este proyecto, gracias al arraigo e implantación de los rituales alternativos que conlleven la ruptura de los condicionantes sociales que perpetúan la práctica de la MGF, el modelo podría extenderse, sin un excesivo esfuerzo suplementario, al resto del país. Se conseguiría, así, el hito de ser el primer país de África con una estrategia global de lucha contra la MGF haciendo factible el reto de erradicar las MGF en el curso de una generación.

Asimismo, la experiencia y beneficios que se obtengan a nivel de Catalunya serán extrapolables a las otras Comunidades Autónomas del Estado con una elevada prevalencia de población procedente de países donde se practica las MGF.

Es, por tanto, un proyecto de co-desarrollo con una transversalidad de género que aborda infancia, salud y derechos humanos cuya base es la formación, la transferencia de conocimiento, la toma de conciencia y el *empoderamiento* para que las propias mujeres sean capaces de posicionarse contra estas prácticas tradicionales, adoptando los rituales sustitutivos que conservan el significado simbólico sin la mutilación.

BIBLIOGRAFÍA

BLEDSOE, C., HOULE, R., SOW, P. (2007): «High fertility Gambians in low fertility Spain: The dynamics of child accumulation across transnational space», *Demographic Research*, 16(12):375-412.

CHEGE, J. N., ASKEW, I., LIKU, J. (2001): «An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya». *Frontiers in Reproductive Health*. Washington DC, Population Council. Disponible en internet: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_FGC.pdf

DANDASH, K. F., REFAAT, A. H., EYADA, M. (2001): »Female Genital Mutilation: A descriptive Study», *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27:453-8.

FÓRUM MUNDIAL DE LAS MUJERES 2004. Diálogo iniciación sin mutilación. Barcelona julio 2004. Disponible en internet: http://www.barcelona2004.org/esp/banco_del_conocimiento/documentos/ficha.cfm?IdDoc=1793

HERNLUND, Y. (2000): «Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female 'Circumcision' and Re-ritualization of Initiation in the Gambia». B Shell-Duncan y Y Hernlund (eds). *Female «Circumcision» in Africa*. Boulder, Co: Lynne Rienner.

KAPLAN, A. «Sobre el clítoris y las mutilaciones», *Diario El País*, 11 de mayo 1993.

KAPLAN, A. (1998):»De Senegambia a Catalunya: Procesos de aculturación e integración social». Barcelona:Fundación La Caixa.

KAPLAN, A., RISLER, S. (2004):»Iniciación sin Mutilación. Documental», Barcelona, Ovideo Producciones. Disponible en internet: <http://mgf.uab.es/>

KAPLAN, A., TORÁN, P., BEDOYA, M. H., BERMUDEZ, K., MORENO, J., BOLIBAR, B. (2006): «Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria», *Atención Primaria*,38(2):122-6.

LEYE, E., POWELL, R. A., NIENHUIS, G., CLAEYS, P., TEMMERMAN, M. (2006): «Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation», *Health Care Women International*, 27(4):362-78.

LITTLE, C. M. (2003): «Female genital circumcision:medical and cultural considerations», *Journal of Cultural Diversity*, 10:30-4.

MORENO, J., CASTANY, M. J.: «Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina», *Primàrics*. Institut Català de la Salut 2002;14. Disponible en internet: <http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html>

NAÏR, S. (2006): «Y vendrán...Las migraciones en tiempos hostiles», Barcelona, Editorial Planeta SA.

OBERMEYER, C. M. (2005): «The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence», *Culture, Health and Sexuality*, 7(5):443-61.

THIERFELDER, C., TANNER, M., KESSLER BODIANG, C. M. (2005): »Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with de Swiss health care system», *European Journal of Public Health*, 15:86-90.

UNICEF Innocenti Research Centre (2005): «Cambiar una convención social perjudicial: La Ablación o Mutilación Genital Femenina». Firenze, Italy: Uni-

ted Nations International Children's Emergency Fund, 2005. Disponible en internet: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/fgm-e.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION: «Female Genital Mutilation». Geneva, Switzerland: World Health Organization, April 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: «Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement». Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. Disponible en internet: http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_statement_2008.pdf