



Revista de El Colegio de San Luis
ISSN: 1665-899X
ISSN: 2007-8846
El Colegio de San Luis A.C.

Rodríguez Mir, Javier; Gandolfi, María Alejandra
La cara oculta de la inclusión social. Cortes genitales femeninos, rituales y salud
Revista de El Colegio de San Luis, vol. IX, núm. 18, 2019, Enero-Abril, pp. 15-46
El Colegio de San Luis A.C.

DOI: 10.21696/rcls9182019889

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426259447002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

LA CARA OCULTA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL

CORTES GENITALES FEMENINOS, RITUALES Y SALUD

The dark side of social inclusion
Female genital cutting, rituals and health

JAVIER RODRÍGUEZ MIR*
MARÍA ALEJANDRA MARTÍNEZ GANDOLFI**

RESUMEN

El propósito de este artículo es exponer las dificultades y los conflictos que se suscitan a la hora de abordar un tema tan complejo como lo es la ablación femenina. El trabajo se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva, complementada con trabajo de campo antropológico y entrevistas propias en Sierra Leona. Como resultados, se presenta el estudio de los efectos colaterales del corte genital femenino y criterios para medicalizar; los derechos humanos y el relativismo cultural al respecto, así como la descripción de ablación en Sierra Leona. De la investigación se desprende que estos rituales afectan no solo la salud, sino también dilemas éticos, filosóficos, morales y legales; implican los derechos humanos y el relativismo cultural. El valor y la originalidad del texto consisten en abordar con rigor un tema de alta relevancia, como lo es los cortes genitales femeninos, poco conocido en América Latina, a lo que se suma el trabajo de campo y las entrevistas. Se concluye que todo proyecto de investigación sobre ablación debe abordarse como un fenómeno holístico, como un hecho social total, que alcanza múltiples ámbitos de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: INCLUSIÓN SOCIAL, ABLACIÓN, SALUD, DERECHOS HUMANOS, SIERRA LEONA

* Universidad Autónoma de Madrid. Correo electrónico: jrodriguezmir@gmail.com

** Universidad Autónoma de Madrid. Correo electrónico: marmartinez@saludcastillayleon.es

ABSTRACT

Exposing the difficulties and conflicts arising at the time of addressing a subject as complex as female ablation is the objective of the article. The paper is based on exhaustive bibliographic review, complemented with anthropological fieldwork and interviews in Sierra Leone. Results obtained include: the study of the collateral effects of FGC and criteria for medicalization, human rights, and cultural relativism, as well as a description of ablation in Sierra Leone. Based on the research, it was found that these rituals not only affect health but also ethical, philosophical, moral and legal dilemmas involving human rights and cultural relativism. The value and originality of the text lies in thoroughly addressing a highly relevant topic as female genital cutting, relatively unheard of in Latin America, in addition to which there is fieldwork and interviews, from which it is concluded that any research project on ablation must be approached as a holistic phenomenon, as a total social event reaching into multiple areas of society.

KEYWORDS: SOCIAL INCLUSION, ABLATION, HEALTH, HUMAN RIGHTS, SIERRA LEONE.

Recepción: 27 de febrero de 2017.
Dictamen 1: 16 de julio de 2018.
Dictamen 2: 6 de agosto de 2018.

LA IMPORTANCIA DE NOMBRAR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) emplean el término “mutilación genital femenina” para referirse a un proceso que implica la resección parcial o total de los órganos genitales externos femeninos por motivos culturales, religiosos o no terapéuticos (Casajoana Guerrero et al., 2012). Esta definición excluye procedimientos realizados con fines terapéuticos. Se percibe un carácter marcadamente etnocéntrico al evitar el uso del término “mutilación genital femenina” para acciones vinculadas a fines terapéuticos de la biomedicina. Este etnocentrismo se observa cuando no se aplica la misma terminología en las cirugías de reasignación de sexo. Representa muy bien el hecho de que normalmente se emplea la palabra “mutilación” para la amputación de extremidades corporales, pero no en relación con cirugías que comprometen la extracción de órganos internos, por ejemplo, el apéndice. Sin embargo, sí se usa “mutilación” para referirse a la extirpación del clítoris, pero, eso sí, siempre que intervengan factores sociales, culturales o religiosos, pero no biomédicos.

El término “mutilación genital femenina” fue usado en el Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre Poblaciones y Desarrollo en el Cairo en 1994. Esta práctica fue percibida como una violación de los derechos humanos (Bjälkander, 2012, p. 322; Althaus, 1997, p. 130). En cualquier caso, la frase “mutilación genital femenina” es utilizada en la actualidad por la OMS al reconocer el potencial daño físico causado por este acto, a pesar de que la intención de los actores implicados no sea causar problemas de salud.

A pesar de que el vocablo *mutilar* significa lisiar o cortar una extremidad u órgano, muchos autores, entre ellos La Barbera (2010, p. 471), señalan que su uso implica un juicio de valor negativo asociado a la desfiguración del cuerpo y a la privación de la integridad física. El término *mutilación* es percibido como un concepto ofensivo y despectivo. La escritora feminista norteamericana Fran Hosken, cuando viajó a África en 1973, aplicó el término *mutilación*, lo que generó sentimientos adversos de las poblaciones a las que ella intentaba ayudar. Los padres que practicaban el corte genital femenino (CGF) sobre sus hijas no consideraban que las estaban mutilando; al contrario, creían que estaban haciendo un bien.¹

Muchas comunidades y activistas propusieron el uso de “corte genital femenino” para evitar el uso del término *mutilación*. Las palabras y frases empleadas en los

¹ La importancia social del corte se aprecia en un insulto: llamar a una mujer “no circuncidada” o bien a un hombre “hijo de madre no circuncidada” es un terrible agravio (Lane y Rubinstein, 1996, p. 35).

rituales han cambiado según las diferentes perspectivas. En sus inicios, y aún sigue vigente, se utilizó la expresión “circuncisión femenina”; sin embargo, desde el punto de vista médico, su empleo es incorrecto en tanto que el término *circuncisión* se reserva exclusivamente para el hombre, ya que se refiere a la extirpación del prepucio del pene mediante un corte circular. Tampoco es correcto hablar de “circuncisión masculina” puesto que es una redundancia, ya que la circuncisión por definición es masculina.² Asimismo, hablar de “circuncisión femenina” conduce a una comparativa con la “circuncisión masculina”, que no sería correcto establecer, en especial si atendemos los daños que el CGF acarrea a la salud (UNICEF, 2005). Según Toubia, desde una perspectiva de salud pública, el CGF es mucho más dañino que la circuncisión, puesto que su forma más leve es anatómicamente equivalente a la amputación del pene (1994, p. 712). En esta comparación, deberíamos tener en cuenta que los intentos de inhibir el placer sexual como forma de controlar la sexualidad femenina, así como las pretensiones de garantizar la virginidad mediante la infibulación, no ocurren en la circuncisión (Slack, 1988, p. 445). Otro sesgo se encuentra en la aplicación del término *mutilación* al corte genital femenino, pero no a la circuncisión. Se ha señalado que existen pocas protestas en Occidente por la circuncisión, la cual se considera saludable, higiénica y sin cuestionamientos éticos (Londoño Sulkin, 2010, p. 539).

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

El CGF tiene una amplia distribución geográfica en el continente africano, en Oriente Medio, en países asiáticos y en el continente europeo. El CGF no se restringe al continente africano: se informó de casos en la India, Indonesia, Malasia, Pakistán, Sri Lanka, América Latina —donde destaca el caso de una comunidad indígena colombiana³—, Australia y en Oriente Medio (Yemen y Omán) (Lucas, 2008).

En Europa y en Estados Unidos durante el siglo XIX se realizaron ablaciones de clítoris para tratar el nerviosismo y la masturbación femenina (Lane y Rubinstein, 1996, p. 32). Entre 1859 y 1866, el prestigioso ginecólogo y cirujano Baker Brown realizó varias intervenciones, a veces con escisión de labios, para tratar la histeria,

² En este trabajo cuando usamos la palabra *circuncisión* se hace referencia exclusivamente al corte genital masculino.

³ En Colombia, la comunidad indígena embera-chami: una niña falleció en 2007 en el hospital Pueblo Rico y el médico que la atendió se dio cuenta de que le faltaba el clítoris. La persistencia de esta práctica en las comunidades indígenas de Colombia se explicaría mediante el contacto con comunidades esclavas procedente de Malí (Tobella, 20 de julio de 2015).

epilepsia y catalepsia en mujeres (Black, 1997). Incluso, la técnica se utilizó para tratar la ninfomanía, y se aplicó a mujeres acusadas de ser lesbianas o que mostraban aversión hacia los hombres. Hasta 1905 en Estados Unidos se infibulaba para prevenir la masturbación. Este tipo de prácticas se mantuvo en hospitales mentales hasta 1935 (Wasunna, 2000, p. 105). De acuerdo con la actual definición de la OMS, estos procedimientos no pueden concebirse como mutilaciones genitales femeninas porque han sido realizadas con fines terapéuticos.

La práctica en África es elevada, aunque varía según los países. La prevalencia en Gambia en mujeres de 15 a 49 años se sitúa en 78 por ciento (Kaplan et al., 2011). La prevalencia en Egipto y Etiopía es de 83 y 70 por ciento, respectivamente. En Sierra Leona es de 94 por ciento, en Burkina Faso es de 79 por ciento y en Mauritania es de 72 por ciento. En contraste, en Ghana, Níger y Togo es inferior a seis por ciento. Destaca el caso de Burkina Faso, donde se registró un descenso significativo entre las madres (74 por ciento) comparadas con sus hijas (25 por ciento) (Sipsma, 2012, p. 126).

En España, estas prácticas llegaron con los flujos migratorios procedentes del África subsahariana —en especial de Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea y Ghana—. Arribaron con más frecuencia en Catalunya, Madrid, Andalucía, Comunidad de Valencia, Aragón, Canarias, País Vasco y Baleares; en todos ellos supera las 10 000 mujeres (López-Fando Lavalle y García de Herreros Madueño, 2014, p. 386). Los inmigrantes suelen aprovechar el periodo vacacional para regresar a sus países y realizar los rituales de ablación a sus hijas. En España, esta práctica se tipifica expresamente como delito de lesiones, sancionado con prisión de seis a doce años. Se trata de la Ley Orgánica 11/2003, que establece medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. La sanción es aplicable siempre que los autores y/o la persona afectada se encuentren en España.⁴ Un problema jurídico no menor es la victimización de la víctima: sus progenitores estarán sometidos a un proceso de juzgamiento y probable condena a prisión. En estas circunstancias es difícil brindar soporte psicológico a las niñas. Black y Debelle (1985) reportan casos similares en Gran Bretaña de inmigrantes procedentes de Etiopía, Somalia y Yemen.

⁴ El 4 de abril de 2013, la Audiencia Nacional condenó por primera vez en España a progenitores que perpetraron o toleraron esta práctica antes de llegar al país con sus hijas. La sentencia impuso a la madre una pena de dos años de prisión y una indemnización de 10 000 euros para la niña por las lesiones sufridas en Senegal (Pérez y Castedo, 8 de abril de 2013). A fines de diciembre de ese mismo año, el Tribunal Supremo absolvió a la madre por considerar que no había quedado probada su participación en los hechos (Castedo, 23 de diciembre de 2013).

En Estados Unidos y en Europa, los debates legales alcanzan también las solicitudes de asilo. Una mujer de Togo —Fauziya Kassindja, de 17 años— huyó de su hogar en 1994 para evitar un matrimonio concertado y el CGF. Llamó la atención pública después de llegar a Estados Unidos con un pasaporte falso y solicitar asilo (Black, 1997, p. 402; Althaus, 1997, p. 130). Se le concedió alegando que, si fuera devuelta a Togo, se vería obligada a someterse a la ablación. Este debate impactó en Canadá, donde aceptaron este motivo como causa de asilo. En España también existen precedentes; por ejemplo, en 2009 una resolución del Tribunal Supremo reconoció la condición de refugiada a una nigeriana que llegó al país escapando de un matrimonio impuesto después de haber sido mutilada sexualmente. En 2004, la Oficina de Asilo y Refugio del Ministerio del Interior lo había rechazado por considerar que la mutilación genital femenina no era motivo para solicitar la condición de refugiada. Tras diversas disputas judiciales, el Alto Tribunal reconoció el derecho de asilo por estimar que había existido “una persecución por su pertenencia al género femenino que le impone un matrimonio no deseado y le ha mutilado un órgano genital” (Prats, 31 de mayo de 2009).

Un aspecto muchas veces olvidado es cuando los profesionales sanitarios identifican pacientes con CGF y no denuncian esta situación: se produce el delito de omisión. En España, por lo general, existe un amplio desconocimiento en el colectivo médico sobre estas prácticas,⁵ y sería deseable incidir en cursos de prevención, detección, sensibilización y formación en el colectivo de profesionales sanitarios.

TIPOLOGÍA DE CORTES GENITALES FEMENINOS

La palabra *clítoris* proviene del griego *kleitoris*, que significa ‘montaña pequeña’. El clítoris mide, en promedio, de 10 a 13 centímetros, y su función es proporcionar placer sexual a la mujer. Está formado por tres partes: A) El glande, que es la porción visible y sensible, con numerosas terminaciones nerviosas. Los labios menores sirven de capuchón al clítoris y es el equivalente al prepucio masculino. B) El cuerpo, que está formado por dos estructuras denominadas cuerpos cavernosos. C) Las raíces, que son la prolongación del cuerpo del clítoris hacia el hueso pélvico, y se amoldan a la forma de los huesos pélvianos, formando una V invertida.

⁵ Una encuesta en la comarca del Maresme, Barcelona, arrojó que 56 por ciento de los entrevistados no identificaba correctamente el tipo de ablación genital femenina, 17 por ciento no mostraba interés por el tema e ignoraron la pregunta sobre los modos de actuar frente a un caso de este tipo (Kaplan et al., 2006).

Existen amplios y variados procedimientos destinados a alterar los genitales femeninos. A pesar de que las tipologías están muy bien definidas, en la realidad no se presentan diferenciadas con claridad. Las técnicas varían según cronología y regiones. En cierta medida, cualquier intento de clasificación general será inexacto (Obermayer, 1999, p. 82). Dicho esto, es posible diferenciar cuatro tipos. Tipo I: resección⁶ parcial o total del clítoris. En la tradición árabe se conoce como *sunna*, mientras que en la literatura médica aparece con el término *clitoridectomy*. Tipo II: resección parcial o total del clítoris y labios menores, con o sin resección de los labios mayores. Una clara diferenciación entre los tipos I y II es difícil de establecer en la práctica. Tipo III: infibulación, que consiste en la resección y el cosido de los labios mayores y/o menores, con o sin eliminación de clítoris. Es la forma más radical del CGF, y se le conoce como “circuncisión faraónica” porque es atribuida a los antiguos faraones. Al proceder a la sutura de los labios mayores se deja un pequeño orificio para la orina y el flujo menstrual. Predomina en Sudán y Somalia. En menor medida, se registra en Egipto, Etiopía, Gambia y Kenia. La práctica está destinada a mantener la virginidad femenina,⁷ y resulta esencial para conservar el honor de la familia e incrementar la capacidad de concertar matrimonios (Goldenstein, 2014, p. 96). La infibulación no garantiza que la mujer no mantenga relaciones sexuales, ya que se puede desinfibular en cualquier momento con un cuchillo y también puede reinfibularse, por ejemplo, después de cada parto. El argumento de que la infibulación garantiza la virginidad es insostenible (Slack, 1988, p. 457). Tipo IV: prácticas variadas e inclasificables como cosido del clítoris, cauterización, quema del clítoris y tejidos cercanos, raspado del orificio vaginal, cortes en la vagina, introducción en la vagina de sustancias corrosivas o hierbas, etcétera.⁸

EFFECTOS COLATERALES

Quienes practican el CGF lo consideran necesario por diferentes motivos: para redefinir la belleza femenina, para concertar el matrimonio, para mantener el

⁶ Término utilizado en medicina, especialmente en el ámbito de la cirugía, para indicar la extirpación total o parcial de un órgano, en este caso del clítoris.

⁷ La infibulación puede obstruir el flujo menstrual y conducir a un estado de hinchazón abdominal. Irónicamente, la combinación de hinchazón abdominal y la pérdida del flujo menstrual hace que las mujeres sean condenadas al ostracismo por sus familias, quienes creen que están embarazadas (Slack, 1988, p. 452).

⁸ En 2005, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) analizó agregar un nuevo tipo, el tipo V, para referirse a prácticas simbólicas que incluyan muescas o agujeros en el clítoris para extraer gotas de sangre (UNICEF, 2005).

deseo sexual entre sexos, para garantizar un buen parto o para dar sentido de pertenencia grupal (Obermayer, 1999, p. 94). Las posibles complicaciones de salud fueron introducidas en el debate desde Occidente a través de la biomedicina, y apuntan a problemáticas asociadas a los derechos humanos, al relativismo cultural y al imperialismo cultural occidental. Morison et al. (2001, p. 653) apoyan la idea de que el CGF debería abordarse como parte de los derechos reproductivos de la mujer, en lugar de centrarse exclusivamente en los efectos perjudiciales a la salud.

Lucas (2008) sostiene que no se trata de juzgar una cultura, sino una costumbre, ya que las prácticas del CGF se corresponden a una tradición o norma inserta en una cultura o sociedad más amplia. Esta diferenciación es técnica, pero en realidad es poco operativa, ya que debemos entender estos rituales de iniciación como “hechos sociales totales”, con lo cual estas costumbres se imbrican con aspectos multidimensionales de una cultura. La perspectiva de los propios actores sociales nos habla de una tradición cultural (asociada a procesos de endoculturación), y que, en muchos casos, las campañas internacionales contra la mutilación genital femenina perciben como una ofensa e intromisión desde Occidente hacia la cultura propia, y no hacia un aspecto, una norma o una costumbre específicos.

Los estudios sobre los efectos del CGF en la salud se encuentran con algunos problemas metodológicos: datos no fiables, encuestas que no han sido diseñadas para tal fin, no se explicita los tipos de cortes, etcétera. En ocasiones, la población cree que las complicaciones de la operación son causadas por ceremonias insuficientes o por actos de brujería.⁹ Otras limitaciones provienen del hecho de que son las propias entrevistadas quienes atribuyen los problemas de CGF, y no el personal sanitario. Además, las respuestas se centran en los efectos a corto plazo, ya que para las propias entrevistadas las complicaciones derivadas a largo plazo resultan difíciles de asociar con el CGF.

Existe un intenso debate sobre los problemas de salud asociados a la ablación. Es frecuente afirmar que los posibles daños del CGF son muchos y que, en ocasiones, son de gravedad extrema que pueden causar la muerte. La literatura habla de impactos nocivos en la salud femenina. Estos daños son fundamentales al realizar paralelismos con los rituales de circuncisión. Seguramente reside en los posibles problemas de salud la base sobre la cual se fundan los actuales debates acerca del relativismo, el universalismo, los derechos humanos y las intervenciones externas. Aunque la circuncisión es vista como menos perjudicial para la salud, quienes están

⁹ Una dificultad añadida es determinar el número de niñas que mueren por la ablación genital, ya que las poblaciones afectadas asocian las muertes a espíritus dañinos y a brujos.

en contra indican que a largo plazo puede tener efectos nocivos como la estenosis meatal¹⁰ (Wasunna, 2000, p. 107). Obermayer (1999, p. 80) estima que la condena casi universal del CGF proviene de dos elementos fundamentales: 1) la percepción de su dimensión mundial —se estima entre 100 a 140 millones las niñas y mujeres afectadas por la práctica—, y 2) la convicción de que tienen consecuencias dañinas. Nosotros apuntamos a lo segundo, porque la circuncisión también posee una dimensión mundial.

Las consecuencias pueden ser a corto y largo plazos, además de las obstétricas. A corto plazo: infecciones locales y sistémicas que podrían ocasionar retención de orina, anemia grave, shock por dolor intenso, tétanos y hemorragias que podrían llevar a la muerte. A largo plazo: infecciones asociadas a la infibulación, ya que interfieren con el drenaje de orina y flujo menstrual. Muchas mujeres infibuladas tienen que orinar gota a gota por el diminuto orificio y pueden demorar hasta 15 minutos con una micción dolorosa.¹¹ Son comunes las infecciones pélvicas que podrían originar dolor de espalda, infertilidad, abscesos, incontinencia urinaria o fecal, quistes dermoides, cicatrices queloides, gangrenas y enfermedades de transmisión sanguínea (como VIH y hepatitis, por ejemplo). Asimismo, las infecciones del tracto urinario inferior no tratadas podrían ascender a vejiga y riñones, lo que desencadenaría insuficiencia renal, septicemia y muerte (Shell-Duncan, 2001, p. 1016). El proceso de ablación puede llevar a estrés postraumático, insomnio, pesadillas, ataques de pánico y dificultades para concentrarse. Toubia (1994, p. 714) reporta, a través de su experiencia en Sudán, que algunas mujeres infibuladas presentan síndrome de ansiedad crónica y depresión al preocuparse por el estado de sus genitales, una dismenorrea intratable y el pánico a la infertilidad.

Complicaciones obstétricas: el CGF se asocia al aumento de cesáreas, partos prolongados, episiotomías, hemorragias posparto, mortalidad materna y perinatal. Entre las mujeres infibuladas es mayor el porcentaje de episiotomías, fistulas e infecciones pélvicas crónicas que contribuyen a la infertilidad y a las altas tasas

¹⁰ La estenosis meatal uretral es un estrechamiento del conducto a través del cual la orina sale del cuerpo. Puede conducir a presencia de sangre en orina, micción frecuente o dolorosa, incontinencia o infecciones urinarias. Además, el doctor Paul Fleiss (1997) señala que el prepucio tiene funciones de protección, de defensa inmunológica, de sensibilidad erógena y funciones sexuales durante la cópula. El autor indica que la circuncisión desensibiliza y afecta la circulación.

¹¹ El concepto de “anormal” o de “enfermedad” puede ser diferente en las distintas sociedades. Esto puede traer complicaciones si damos por supuesto que tanto el profesional sanitario como el paciente entienden lo mismo por “enfermedad”. Por ejemplo, Shell-Duncan (2001, p. 1017) informa de una mujer infibulada que decía no tener dificultades al orinar y señalaba que le llevaba 15 minutos vaciar su vejiga. Esta condición era considerada normal en la comunidad donde todas las mujeres estaban infibuladas.

de mortalidad materna (Lane y Rubinstein, 1996, p. 33; Althaus, 1997, p. 131). Morison et al. (2001, p. 645) plantean posibles mecanismos en los tipos I y II que podrían afectar la morbilidad reproductiva.

Sin embargo, Morison y Obermeyer afirman que no existen evidencias de que las prácticas de CGF aumenten la mortalidad materna, e indican que las complicaciones atribuidas al CGF aparecen en iguales proporciones en mujeres sin CGF (Londoño Sulkin, 2010, p. 534). De acuerdo con los autores, el discurso que sostiene que el CGF es el origen de graves problemas de salud no está suficientemente apoyado por las evidencias, puesto que las complicaciones graves son infrecuentes (Obermayer, 1999, p. 97; Obermayer, 2003, p. 401).

En contraste, el estudio de Kaplan et al. (2011) hecho en Gambia registra que todas las formas de ablación son responsables de altos porcentajes de complicaciones, tanto a corto como a largo plazo. De 871 casos analizados, se registraron 110 complicaciones inmediatas y 189 complicaciones a largo plazo. Cabe resaltar que se reportaron casos de niñas y mujeres que disponían de acceso al sistema médico. Esto es significativo porque en las poblaciones rurales, en principio, la prevalencia de CGF es mayor y cabría esperar consecuencias más graves para la salud por una falta adecuada de cuidados médicos postablación.

Morison et al. (2001, p. 643) muestran que las mujeres con CGF tuvieron mayor prevalencia de vaginosis bacteriana (VB) y de virus del herpes simple 2 (HSV-2), lo que sugiere que las mujeres con CGF podrían estar en mayor riesgo de infección por VIH. Estos autores se centraron solo en la morbilidad reproductiva a largo plazo en el tipo II. Otras consecuencias negativas en mujeres con CGF, como daños en el perineo o el ano, tumores, sexo doloroso, infertilidad y otras infecciones del tracto reproductivo, no fueron significativamente más elevadas. Concluyen que aún no está clara la relación entre el CGF y la morbilidad reproductiva a largo plazo.

Berg y Underland (2013), conscientes de estas divergencias médicas, condujeron un estudio con el fin de aclarar el estado actual de la investigación empírica. Los autores llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura científica y procedieron a un metaanálisis cuantitativo de las consecuencias obstétricas del CGF. En su investigación incluyeron 44 estudios primarios, de los cuales 28 fueron comparativos, con la participación de casi tres millones de personas. Los estudios mostraron que las complicaciones de parto, las laceraciones obstétricas, el parto instrumentalizado y las hemorragias se asocian de manera pronunciada con el CGF. Según los autores, la ablación es un factor que aumenta significativamente el riesgo de complicaciones en el parto. Los resultados arrojaron que no existen diferencias

significativas en relación con la práctica de la cesárea y la episiotomía. Respecto de las relaciones sexuales, los resultados indicaron que las mujeres con CGF son más propensas a experimentar dolor durante el coito, a la vez que reduce la satisfacción y el deseo sexual. Berg y Underland (2013) concluyen que, si bien no es posible determinar el grado exacto del riesgo obstétrico a partir del CGF, el incremento del riesgo es incuestionable. Para ellos, el aumento del sufrimiento obstétrico y de la morbilidad es demasiado alto como para justificar la continuación de la práctica.

Todas las formas de CGF se asociaron con potenciales daños en la disminución del deseo y placer sexual, así como, en ciertos casos, incapacidad para llegar al orgasmo (Shell-Duncan, 2001, p. 1016). En ocasiones, la mujer puede sufrir dolor en las relaciones sexuales y en las exploraciones ginecológicas. Los testimonios recogidos en el trabajo de campo en Sierra Leona dan cuenta de esto: “sentimos dolor en la vagina, y, a veces, cuando tenemos relaciones sexuales con nuestros maridos sentimos dolor... no sentimos deseos de tener relaciones sexuales, tenemos infecciones” (entrevista propia, 2010).¹²

Sin embargo, Ahmadu, Dopico y Catania desmienten lo anterior, ya que registran casos de mujeres con CGF que gozan del sexo y llegan al orgasmo en proporciones comparables a las de las mujeres sin CGF (Londoño Sulkin, 2010, p. 535). Obermayer (2003, p. 400) sostiene que la respuesta sexual persiste a pesar de las operaciones, y arroja algunas dudas sobre la hipótesis de que el CGF “borra” la sexualidad. Se plantea que la posibilidad de construir diferentes nociones de sexualidad resulta inquietante porque implica que lo que se presenta como una realidad fisiológica podría ser en sí una construcción social. La Barbera (2010, p. 483) complejiza más aún: indica que las campañas masivas contra el CGF podrían tener efectos psicológicos negativos sobre aquellas mujeres que realizaron el ritual y que ahora podrían sentirse mutiladas e incapaces de obtener satisfacción sexual. En suma, el debate también alcanza a las campañas internacionales de difusión masiva que podrían dar origen a disfunciones sexuales en mujeres con CGF que luego se atribuirían a la ablación.

Un punto que se olvida son los efectos colaterales de la ablación femenina en hombres. Casajoana Guerrero et al. (2012, p. 79) destacan que puede generar problemas de alcoholismo y drogas debido a la imposibilidad de mantener relaciones

¹² El trabajo de campo lo desarrollamos en 2010 en Sierra Leona, concretamente en el Distrito de Koinadugu, al noreste del país, en el marco de un asesoramiento antropológico para proyectos de cooperación y desarrollo implementados por la organización no gubernamental española Médicos del Mundo. Se tratan de comunidades mayormente islámicas, de origen Kuranko, Mandingo, Fula, Limba y Yalunka.

sexuales con su pareja, así como impotencia y depresión por temor a generar dolor en la penetración. En la misma línea, Almroth et al. (2001, pp. 183, 185) indican que se debería poner más atención en el papel que desempeñan los hombres en estos procesos.

DEBATES SOBRE LA MEDICALIZACIÓN EN LOS CORTES GENITALES FEMENINOS

La medicalización del CGF se refiere al acto realizado por médicos u otros miembros de la profesión médica. Convendría diferenciar la medicalización terapéutica (reparación de un daño ya realizado) de la medicalización en la que participa personal sanitario para efectuar una intervención que podría ocasionar daños a la salud.

Las feministas árabes y africanas condenan enérgicamente la medicalización porque creen que posibilitaría la continuación, más que el abandono, de la práctica (Lane y Rubinstein, 1996, p. 38). Parte de este activismo ha rechazado toda provisión de equipo médico, drogas, espacios médicos, esterilización de instrumentos, antibióticos, anestesia,¹³ antitetánicos, así como la posibilidad de que enfermeras y médicos lleven a cabo estos procedimientos. En ocasiones, este rechazo se hace sin evaluar el grado en que la medicalización disminuye los riesgos de las personas.¹⁴

Sin embargo, Foldes y Martz (2015) indican que la medicalización es un agravante de mutilación en la mayoría de los casos. El uso de anestesia le posibilita al profesional médico cortar sin obstáculos un cuerpo abierto y en reposo. Además, los profesionales médicos saben cómo prevenir la hemorragia, con lo cual están menos restringidos por los vasos sanguíneos.

¿Es cierto que toda intervención médica contrarresta los esfuerzos para eliminar el CGF? Shell-Duncan (2001, p. 1023) cuestiona esta hipótesis con casos en los

¹³ Existe una amplia variedad de instrumentos empleados para el CGF: cuchillos, hojas de afeitar, cristales rotos, piedras afiladas, etcétera. Rara vez se esterilizan, y la mayoría de las veces no se emplean anestésicos (Slack, 1988, p. 442). Abdullah sostiene que en Somalia el peligro de usar anestesia es que los pacientes no pueden luchar o protestar, a la vez que la cirugía puede remover mucho más tejido (cit. en Shell-Duncan, 2001, p. 1022). Otro aspecto, desarrollado escasamente, es el papel simbólico que adquiere el dolor en el ritual, ya que demuestra valentía y madurez para afrontar las dificultades que le deparará la vida, pero también se trata de una forma de sociabilización que une, a través de una misma experiencia dolorosa, a diferentes jóvenes de una misma generación en una misma sociedad secreta.

¹⁴ Los CGF realizados por especialistas tradicionales empleando esterilización, antitetánicos y antibióticos se asocian a 70 por ciento de diminución del riesgo en cuanto a complicaciones inmediatas. La medicalización reduciría en extremo las complicaciones derivadas de estas prácticas (Shell-Duncan, 2001, p. 1019).

que se ha medicalizado y se redujeron las prácticas. Según la autora, la medicalización podría promover, más que contrarrestar, los esfuerzos para eliminar el corte genital femenino. De acuerdo con los autores, con más de 35 años de experiencia en cirugía reparadora, los casos medicalizados efectuados por médicos cirujanos son, con frecuencia, los más difíciles de reparar.

Una dificultad señalada por Kluge (1993, p. 288) es que los médicos tienen el deber profesional de proveer los servicios necesarios aunque estén en desacuerdo con la situación. Los médicos no deben imponer sus valores a los pacientes y tienen la obligación de brindar atención sanitaria ante complicaciones derivadas de la ablación genital femenina. El debate no se centra en esto, sino en la participación o no del profesional sanitario en los rituales.

El paradigma de la reducción de daños emergió en salud pública aproximadamente en los años ochenta, y entre estas políticas podemos citar ejemplos como los esfuerzos por minimizar el contagio de VIH con programas de intercambios de agujas, educación o cuartos especiales para la inyección de drogas. Otros ejemplos son la distribución de preservativos y los programas educativos para prevenir el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual (Shell-Duncan, 2001, p. 1014).

Muchas mujeres se encuentran ante un dilema: poner en juego su bienestar físico a cambio de ser respetadas dentro del grupo. La inclusión social, ¿a cambio de qué? Esto nos conduciría a la cara oculta de la inclusión social, el precio que se paga con el fin de evitar la exclusión social.¹⁵ Ante los potenciales peligros del CGF, es cierto que la medicalización podría ser de utilidad como una alternativa temporal. Por otra parte, nos encontramos con la dificultad de que el personal médico que participa en estas acciones viola el principio de no dañar y preservar el funcionamiento saludable del cuerpo. Fuambai Ahmadu (2000, p. 309), antropóloga de Sierra Leona, afirma que es arrogante la posición de que la medicina legitima la práctica: la práctica ya es vista como legítima por sus defensoras, quienes han sido sometidas por sí mismas al CGF, y negarles los beneficios de la medicalización pone en peligro la salud y la vida de niñas inocentes. Strzelecka e Iskander (2009, p. 424) advierten del riesgo de poner demasiado interés en los potenciales problemas de salud que conlleva el CGF olvidando otros aspectos como los derechos humanos, el género, la religión, la educación, etcétera, que podrían contribuir a la medicalización de la práctica, pero no a su desaparición, induciendo a padres y madres a acudir al personal médico con el fin de minimizar el dolor y evitar potenciales riesgos de la intervención.

¹⁵ En este punto, deberíamos reflexionar acerca de proyectos y programas de inclusión social en nuestras sociedades: muchas veces obviamos lo que se pide a cambio y los procedimientos para alcanzarla.

LOS DERECHOS HUMANOS

El CGF es un tema clave para abordar la polémica sobre el relativismo cultural y la universalidad de los derechos humanos. Por un lado, el CGF es percibido como una tortura, una práctica bárbara y dolorosa. Broussard (2008, p. 22) afirma que la mutilación genital femenina constituye una forma de tortura, y que se debe combatir con la Convención contra la Tortura. Por otro lado, quienes la practican la consideran un ritual asociado a la tradición, al valor y al honor. Estos rituales son esperados ansiosamente y se viven como un momento único y especial en la vida de una mujer, aunque en el resto del mundo se les considere una forma de残酷 y tortura.

Shell-Duncan (2008, p. 277) afirma que no existen instrumentos internacionales de los derechos humanos que se dirijan específicamente al CGF. El derecho a la protección del corte genital se debió enmarcar dentro de otros dominios: el derecho de los niños, los derechos de la mujer, los derechos de libertad y el derecho a la salud y la integridad corporal.

Se argumenta que los derechos humanos representan una construcción occidental que se impuso a otras sociedades con una concepción de universal, apolítica e histórica. Se enunciaron fuertes críticas indicando que en realidad se trata de ideales eurocéntricos que promueven su universalización. Por ello, es fundamental la participación de instituciones nacionales en los proyectos destinados a disminuir los CGF. El hecho de que en el proyecto FGM Free Village Model en Egipto tuviera una dimensión nacional fue esencial para contrarrestar el rechazo a los derechos humanos por considerarlos una influencia occidental externa a los valores de la propia cultura (Strzelecka e Iskander, 2009, pp. 418-419).

También se ha criticado los modos en que Occidente construye la imagen de la mujer en los países del denominado “tercer mundo”. Se trata de una imagen esencialista e inmutable, sin poder, incapaz de ejercer su autodeterminación, sin decisión, sometida y víctima del poder masculino. Radhika Coomaraswamy y Ratna Kapur (cit. en Shell-Duncan, 2008, p. 231) afirman que existe la creencia de superioridad de una cultura sobre otra, que posibilita, mediante el movimiento de los derechos humanos, mantener un tono de arrogancia que genera más obstáculos que soluciones.

El relativismo cultural plantea que los valores humanos, lejos de ser universales, varían con las perspectivas culturales (Cassman, 2007, p. 128). Otros consideran que es en el tema del CGF donde se debe dejar de lado la tolerancia basada en el

multiculturalismo y en el relativismo. Desde esta visión, se habla del CGF como una costumbre que debe ser erradicada, como si fuese un germen o enfermedad infecciosa que debe ser tratada con antibióticos.¹⁶ Esta conducta podría generar en los grupos nativos una percepción de imperialismo cultural. El relativismo cultural ha sido arduamente debatido y siempre es reflatado por temas actuales.¹⁷

Daniel Gordon argumenta que la antropología ha fracasado porque no ha adoptado una posición firme de defensa moral de las mujeres con CGF (Lane y Rubinstein, 1996, p. 32). No creemos que la antropología haya fracasado; es difícil hacer generalizaciones cuando no existe una postura unánime entre los antropólogos y cuando a la disciplina le queda aún mucho por aportar. En cualquier caso, nos situamos ante un dilema fundamental: el absoluto derecho de la autodeterminación cultural o el derecho del individuo a no ser sometido a una práctica “tradicional” que puede serle dañina o mortal.

Shweder no defiende el CGF, pero se posiciona en contra de un “liberalismo imperial” de Occidente que impone su perspectiva moral y hace campaña en contra de la mutilación genital femenina excluyendo las voces de quienes tienen puntos de vista diferentes (Brown, 2008, p. 366). En una posición similar, Londoño Sulkin (2010, pp. 533-534) sostiene, en relación con los movimientos que buscan erradicar el CGF, que sus “causas se pueden volver toscas, ciegas a puntos de vista diferentes y a toda sutileza de argumento y, por tanto, comenzar a perpetrar sus propias cruezares”. Althaus (1997, p. 132) apunta a un cambio interno, no impuesto, y recoge las palabras de una mujer somalí infibulada: “si las mujeres somalíes cambian, será un cambio hecho por nosotras, entre nosotras. Cuando nos ordenan parar, nos dicen lo que debemos hacer, y eso es ofensivo para las personas negras o musulmanas quienes creen en la circuncisión. Aconsejar es bueno, pero no dar órdenes”. Es evidente que sin el diálogo intercultural y sin dejar espacios abiertos para el empoderamiento de los propios actores sociales poco podremos hacer.

Se ha comparado interculturalmente el CGF con las prótesis mamarias, los tatuajes y otras cirugías estéticas para mejorar la apariencia corporal en las sociedades

¹⁶ Esta terminología nos conduce a Perú, donde los misioneros para referirse a las creencias de los nativos empleaban la expresión “extirpación de la idolatría”. Se aprecia una cuidadosa selección de las frases que tienen un alto impacto en las distintas poblaciones.

¹⁷ Por ejemplo, antes de ser nombrado papa Benedicto XVI, el cardenal Ratzinger denunció el relativismo moral, al que el relativismo cultural a menudo se vincula, como una gran fuerza corruptora. En 2001, los ataques de Al-Qaeda contra el Pentágono y el World Trade Center motivaron las declaraciones del conservador William Bennett acerca de que la difusión del relativismo cultural representaba uno de los mayores peligros que afronta la sociedad estadounidense (Brown, 2008, p. 363).

occidentales. En Europa y en Estados Unidos creció la demanda de las cirugías estéticas de genitales femeninos: reducción de labios, remodelación de labios, reducción de clítoris y otras intervenciones (Shell-Duncan, 2008, p. 232). Debemos atender el ámbito de la decisión personal, que en el caso de las niñas que sufren este proceso no tienen ningún poder de conocimiento, decisión y resistencia. La mayoría de los interlocutores e interlocutoras afirmaron que las niñas no se resisten al ritual, aunque, en ciertos casos, durante el trabajo de campo reconocieron que si la niña no quiere hacerse el CGF, la llevarían por la fuerza a la selva: “si está de acuerdo o no, deberá hacerse la FGM¹⁸ porque es ley... la madre se lo hizo y ella también deberá hacerlo” (entrevista propia con grupo de mujeres, 2010). Este mismo accionar fue reconocido por los hombres en una aldea del norte de Sierra Leona para circuncidar niños: “si el niño se resiste, lo llevan por la fuerza al monte y le hacen la circuncisión. No hay un hombre que no haya sido circuncidado, todos los hombres están circuncidados en la aldea” (entrevista propia con grupo de hombres, 2010).

La Barbera (2010, p. 467) cuestiona el imaginario que representa la cirugía estética en mujeres occidentales como una expresión de libertad y autonomía, mientras que las mujeres que adoptan los rituales de CGF son vistas como víctimas pasivas de una sociedad patriarcal. Las cirugías estéticas occidentales también comportan efectos nocivos a largo plazo, que incluyen dificultad de detectar formaciones cancerosas a través de mamografías, formación de queloides, atrofia muscular de la zona mamaria, trastornos autoinmunes, pérdida de sensibilidad en pezones, deflación del implante y escapes de silicona. Deberíamos quitarnos el vendaje de los ojos y ser más críticos con nuestras sociedades, atendiendo a la presión social y del mercado capitalista que impone determinados patrones de belleza que pueden acarrear daños a la salud.

Sheldon y Wilkinson (1998, p. 263) comparan, en el Reino Unido, el CGF con las cirugías estéticas. En el Reino Unido es ilegal el CGF, tanto el realizado en menores como en adultas. Mediante la aplicación de varios argumentos, los autores concluyen que la ley en Reino Unido ha adoptado una postura muy permisiva ante la cirugía estética. Concluyen que la situación jurídica actual en Reino Unido es éticamente insostenible por las siguientes razones: o bien la prohibición legal del CGF no está suficientemente justificada, o bien no se justifica la permisividad de la ley ante ciertas cirugías estéticas. Se deja en evidencia la disparidad de criterios con los que actúa la legislación de Reino Unido frente a estos fenómenos.

¹⁸ FGM (female genital mutilation), siglas en inglés que se refieren a la mutilación genital femenina.

También se ha comparado el CGF con la circuncisión. Esta comparación no es afortunada en tanto que el CGF puede tener efectos perjudiciales para la salud de las mujeres durante toda su vida, ocasionar disfunciones sexuales y trastornos psicológicos. Ahora bien, pocos han reflexionado en el hecho de que la presión social trabaja de forma similar en ambos casos. Los padres también sufren presión social para circuncidar a sus hijos. Si son las mismas fuerzas sociales las que operan en el mismo nivel, ¿por qué oponerse a una y no a otra? El hecho de que el CGF sea una intervención más grave no altera esta relación. En ambos casos, se trata de cortes no consensuados practicados en una minoría por razones no médicas (Kluge, 1993, p. 289). Desde un punto de vista ético y legal, los motivos para aplicar sanciones criminales al CGF son similares a las acciones que se encuentran detrás de la circuncisión (Wasunna, 2000, p. 108). Además, en ambos casos, son procedimientos quirúrgicos innecesarios desde el punto de vista clínico, aunque percibidos como necesarios por los propios actores sociales desde una mirada social basada en la noción de tradición cultural. ¿A que le damos más peso, a la biología (la medicina) o a la cultura?, ¿pueden ser compatibilizadas ambas perspectivas cuando se habla de cortes genitales?, ¿podrían los derechos humanos incluir derechos sociales que incorporen tradiciones culturales y rituales?

Los análisis también se centran en perspectivas de género al interior de las propias sociedades que interpretan el CGF como una imposición masculina. En el caso de la infibulación, existe la creencia de que la reducción del tamaño del orificio vaginal supondrá un aumento de placer en el marido al realizar el acto sexual. La realidad indica que la penetración puede ser difícil y dolorosa para ambos.¹⁹ Al interior de la sociedad, un hombre no se casaría con una mujer que no ha sido infibulada. Estas prácticas parecerían estar alentadas por los hombres como un ejercicio de opresión hacia las mujeres (Black y Debelle, 1985, p. 1590). Ahora bien, existe una trampa: quienes llevan a cabo el corte genital femenino son las propias mujeres. Broussard (2008) considera el CGF como una tortura, y no está de acuerdo con el castigo a las víctimas —las mujeres—, incluso cuando participan en su propia tortura. Broussard propone castigar a aquellos gobiernos que toleran o alientan estas prácticas, ya que las mujeres no serían culpables de esta situación. Esta posición plantea algunos interrogantes: ¿qué tipo de castigo?, ¿quiénes lo ejecutarían? Hay

¹⁹ En un estudio sobre 300 hombres polígamos de Sudán, cada uno de ellos con una esposa infibulada y otra que no, 266 expresaron su preferencia sexual por las esposas no infibuladas y 60 de ellos dijeron que se habían casado por segunda vez con mujeres no infibuladas por experimentar dificultades en la penetración con la primera mujer (Althaus, 1997, p. 131).

que tener en cuenta que muchos gobiernos pertenecen a países en vías de desarrollo cuyas poblaciones tienen muchas dificultades económicas, de acceso a la sanidad y a recursos sociales, entonces, ¿un castigo de este tipo no terminaría perjudicando aún más a estas poblaciones?

Lucas (2008) afirma que en las comunidades africanas prevalece la comunidad sobre el individuo: el individuo depende de la comunidad a la que pertenece. Esta situación llevaría a replantear un concepto diferente en derechos humanos, ya que los valores colectivos adquieren una importancia fundamental en la cual los derechos individuales estarían sujetos a la comunidad de pertenencia. Necesitamos establecer un buen balance entre el respeto por los individuos y el derecho a desarrollarse como miembro de una sociedad respetando la cultura de los diferentes grupos humanos.

La solución no es tratar estas prácticas como crímenes y a sus practicantes como criminales, estigmatizando a los ejecutores y padres, sino incidir en las políticas educativas mediante un diálogo abierto con todos los actores sociales abordando el tema de forma holística. En ocasiones, la imposición de leyes produce efectos contraproducentes. Durante la ocupación colonial en África, las prohibiciones se percibieron como una amenaza a la identidad étnica y una injerencia intolerable en la cultura y el orden social (La Barbera, 2010, p. 478). En la ciudad de Meru, Kenia, hacia 1956, los legisladores votaron por unanimidad la prohibición del CGF, lo que desencadenó una respuesta masiva de jóvenes que se cortaron los genitales por sí mismas (*ngaitana*). Esta acción representó la fidelidad a la tradición y un reclamo de autonomía ante el poder colonial. *Ngaitana* se convirtió en un instrumento de empoderamiento político y de resistencia colonial (Thomas, 2000).

LOS CORTES GENITALES FEMENINOS EN SIERRA LEONA

En Sierra Leona, los estudios de Bjälkander et al. (2012, pp. 321, 329-330) muestran que existe una relación significativa del CGF y tasas elevadas de complicaciones médicas. Estos investigadores concluyeron que un índice elevado de mujeres con CGF sufre complicaciones que deberían tratarse en el momento del corte. El CGF produce una tasa elevada de mortalidad de niñas, ya que no son tratadas con el tiempo suficiente en el hospital porque muchas ceremonias se desarrollan en selvas y sitios aislados que demoran el acceso al hospital en caso de urgencias. Slack (1988, p. 450) ha señalado que el CGF es uno de los factores que elevan las tasas de

mortalidad infantil, y agrega que los países con altas tasas de mortalidad infantil se corresponden con la práctica del CGF.

Si el CGF genera fuertes hemorragias, la especialista “tradicional” podría ser acusada por los familiares de las niñas de practicar brujería. También puede ocurrir que, ante la hemorragia, la especialista aplique hierbas y sus conocimientos para mejorar el estado de la niña. En cualquiera de los dos casos, se bloquea o demora la decisión de ir al hospital. Si las mujeres que participan en el ritual creen que el daño es causado por brujería, no irán a un centro sanitario; si el problema es tratado por la especialista nativa, se posterga la decisión de ir al centro de salud. En nuestras entrevistas, algunas mujeres relacionaron el sangrado con dos motivos principales: que la iniciada hubiese mantenido relaciones sexuales previas al corte genital femenino o hubiese tenido conflictos y discusiones en el ámbito familiar, en especial con sus padres. En ambos casos, se responsabiliza del sangrado a la propia víctima: “sangra mucho cuando tienen relaciones sexuales con un hombre y no dice nada, esa es la razón por la que sangra mucho; pero cuando dice que tuvo relaciones sexuales con otro hombre, el sangrado parará... Y también cuando la niña tiene conflictos con la madre o el padre sangrará mucho; pero cuando habla y dice que tiene conflictos con su madre, cuando lo olvida... parará”²⁰ (entrevista propia, 2010).

Otro obstáculo es el elevado costo del tratamiento médico en los centros de salud. En un trabajo previo (Rodríguez Mir, 2013) señalamos los principales obstáculos para acceder a los centros de salud y hospitales en Sierra Leona.

Las descripciones etnográficas son significativas para dar una idea de las diferentes valoraciones sobre los cortes genitales y la manera en que las racionaliza la cultura local (Obermayer, 2003, p. 399). En Sierra Leona, el CGF tiene lugar en las ceremonias de iniciación identificando una mujer con un grupo étnico, con una sociedad secreta y con el paso de niña a mujer. El ritual se realiza una vez al año, en la estación seca para evitar lluvias y por la disponibilidad de arroz. La cantidad de niñas fluctúa entre cinco y treinta de acuerdo con el tamaño del pueblo y con las comarcas vecinas. Deberán contactar con una mujer especializada en CGF y de absoluta confianza. Luego se escoge un sector de la selva y se acondiciona el sitio.²¹ Por la noche, las mujeres regresan a dormir al poblado para evitar los espíritus peligrosos de la selva. En varias ocasiones, las mujeres afirmaron que “no se quedan

²⁰ Estos discursos podrían estar orientados a evitar que las adolescentes mantengan relaciones sexuales antes de realizar la ablación y a mantener la armonía familiar.

²¹ En zonas urbanas suelen realizarlo en una casa amplia y acondicionan una habitación para tal fin.

en el bosque por miedo a Nyenne,²² a veces por las serpientes, por eso regresan al pueblo, por eso duermen en el pueblo, pero no en el bosque... serpientes, diablos..." (entrevista propia con grupo de mujeres, 2010).

El primer día se realiza el corte y se controla la evolución de la herida. El ritual tiene un carácter festivo, en el que se cocinan grandes platos, juegan, bailan y cantan. Se puede diferenciar tres etapas. En la primera estamos ante una situación de exclusión social: las niñas son separadas de su sociedad y se produce el CGF o infibulación, que marca simbólica y fisiológicamente la ruptura con la infancia. La segunda etapa es liminal: las iniciadas no están en la niñez, pero tampoco son adultas. Es una fase de transición rodeada de peligros, en la que se transmiten los valores y las enseñanzas femeninas. La última etapa es de inclusión social como nuevos miembros, con nuevas funciones y roles, dentro de la sociedad y con pertenencia a una sociedad secreta de mujeres. Así, para ser incluidas en la sociedad, las iniciadas primero deberán pasar por un ritual cuyo primer paso, paradójicamente, es la exclusión social.

LA PERSPECTIVA DE LOS PROPIOS ACTORES SOCIALES

Existe una inmensa presión para que hombres y mujeres atraviesen por estos ritos de paso. Aquellas personas que rechazan estos rituales son excluidas socialmente. Las mujeres sin el CGF son objeto de burlas, y se avergüenzan de compartir baños en los arroyos y de mantener relaciones sexuales. Quienes se resisten a la práctica deberán abandonar la aldea por la intensa presión social que sufren.

En muchas zonas rurales y de pobreza urbana de Egipto se sostiene que si una chica no tiene el CGF, su clítoris crecerá hasta llegar al tamaño de un pene. Por lo tanto, la eliminación de este potencial órgano masculino mantiene una diferenciación de géneros (Lane y Rubinstein, 1996, p. 33; WHO, 2006, p. 5). Así, el clítoris de una niña debe quitarse para que ella esté libre de las características masculinas antes de que se le permita entrar en el mundo de los adultos (Cassman, 2007, p. 136). La ablación forma parte de la desmasculinización del cuerpo, y es a través de esta práctica como las niñas adquieren una identidad social de mujer (Strzelecka e Iskander, 2009, p. 413). Obermayer (1999, pp. 84 y 96) sostiene que esta creencia popular subraya el simbolismo de la operación como la remodelación de la anatomía

²² Nyenne es el nombre que le dan a los diversos espíritus que viven en la selva y que en ciertas ocasiones pueden originar enfermedades y daños al ser humano.

de la mujer para enfatizar las diferencias entre los sexos, e informa que en Egipto argumentan que la reducción del clítoris ayuda a equilibrar y lograr una mayor armonía en las relaciones sexuales. En nuestro trabajo de campo recogimos información de las mujeres que vincularon el crecimiento del clítoris a la práctica de la brujería: “es por brujería, cuando le quitas el clítoris aparece de nuevo, lo quitas y aparece, lo quitas y aparece, eso es por brujería” (entrevista propia, 2010). Con relación al crecimiento del clítoris, nos comentaron que precisamente es uno de los motivos por los cuales la ceremonia y el corte genital femenino se deben realizar a una edad más tardía, y no en los primeros años de vida: “Prefieren a una edad como esta [señala a una joven de aproximadamente 13 o 14 años], ahí le quitan el clítoris... cuando la persona crece, el clítoris crece nuevamente, por eso a la edad de 10 o 15 años hacen el proceso” (entrevista propia con mujeres, 2010).

Las mujeres sin el CGF serán rechazadas por todos los hombres para contraer matrimonio. En las sociedades africanas en que se practica el CGF también se efectúa la circuncisión, y a un hombre no circuncidado también le será imposible contraer matrimonio: “La mujer no quiere un hombre que no esté circuncidado porque no embaraza a la mujer” (entrevista propia con hombre, 2010). “Hay diferencia entre el circuncidado y el que no lo está; el circuncidado tiene mejor sexo que el que no lo está... en el que no está circuncidado el pene está sucio” (entrevista propia con hombres, 2010).

El CGF señala que la mujer está lista para el matrimonio, y resulta crucial en las sociedades donde el matrimonio y la unión de las familias son la base para la seguridad socioeconómica. Si las mujeres tienen que casarse para sobrevivir en el plano económico, no dudarán en someterse al CGF (Broussard, 2008, p. 32). En muchas sociedades, el matrimonio es una empresa económica, y sin el CGF la mujer está condenada a vivir en la pobreza y en la exclusión social.

Se cree que las mujeres con el CGF serán más fieles, ya que asegura una “conducta decente” al reducir el apetito sexual. Se piensa que una mujer sin el CGF nunca estará satisfecha sexualmente y que se podría convertir en prostituta. Se considera que la ablación femenina ayuda a mantener la fidelidad antes del matrimonio (Bjälkander et al., 2012, p. 322; Goldenstein, 2014, p. 96). El CGF, en especial la infibulación, se relaciona con la presunción de conservar la virginidad, y esto asegurará que los hombres entreguen una dote matrimonial más elevada.

En algunas culturas creen que el corte del clítoris facilitará el trabajo de parto (Goldenstein, 2014, p. 95). En el trabajo de campo en el norte de Sierra Leona recogimos varios testimonios que relacionan el hecho de tener un buen parto con el

corte genital femenino: “incluso las que no tienen FGM no tendrán buenos partos porque esa parte... pero si le quitan [...]” (entrevista propia con mujer, 2010). “La que no tiene FGM no tendrá el parto rápido, pero la que tiene FGM tiene el parto rápido” (entrevista propia con grupo de mujeres, 2010). También existe la suposición de que el clítoris es tóxico y podría causar la muerte o trastornos mentales al infante si al nacer lo toca con la cabeza (Casajoana Guerrero et al., 2012, p. 77; Goldenstein, 2014, p. 95; Kaplan y Bedoya, 2002; Lucas, 2008).²³ Incluso, en algunas sociedades se cree que en las relaciones sexuales el contacto con el clítoris puede matar al hombre (Sánchez Criado y López Medina, 2000, p. 36). Contrariamente a la creencia de que la ablación del clítoris facilita el parto y aumenta la fertilidad, las evidencias muestran que el CGF, especialmente la infibulación, pueden llevar a complicaciones en el parto y, en ocasiones, a la esterilidad.

El ritual supone alcanzar la pureza. La inclusión social desempeña un papel fundamental. Las niñas y sus respectivas familias sufren presión social, rechazo y estigmatizaciones por no participar en el ritual. Los beneficios de participar en el ritual se asocian con la identidad, la pertenencia grupal, el acceso a recursos y el aumento de las oportunidades para contraer matrimonio.

Los motivos que obstaculizan los rituales se relacionan con la economía (deben disponer no solo de dinero, sino también de muchas mercaderías como aceite, jabón, arroz, pollos, etcétera), con el intenso dolor que provoca el corte genital y con el tiempo que se consume en el ritual (de una a tres semanas, dependiendo de la cantidad de niñas y de su recuperación). El tema del costo monetario de la realización del ritual aparece de manera recurrente en las entrevistadas: “si conoces a la persona que hace el proceso, pagan arroz, pollo, aceite de palma; pero si no conoces a la persona, le dan 30 000 SLL y a veces 40 000 SLL. En el pasado le daban 10 000 SLL, pero en la actualidad es muy caro”²⁴ (entrevista propia con grupo de mujeres, 2010).

²³ Nótese el etnocentrismo señalado al comienzo del artículo; el CGF, según sus practicantes, se realiza con fines terapéuticos (evitar complicaciones en el parto, evitar trastornos mentales, etcétera).

²⁴ 30 000 a 40 000 SLL equivalen aproximadamente a entre 35 y 50 dólares estadounidenses. Este precio se paga a la especialista “tradicional” por cortes genitales femeninos a cada iniciada; además se le entregan algunas mercancías como pollos o arroz. Estas cifras resultan muy elevadas para las familias cuyos ingresos dependen generalmente de su propia agricultura y de la venta ambulante.

SECRETOS, EDADES Y DECISIONES

Las sociedades secretas mantienen un marcado hermetismo hacia el género opuesto. Además, las sociedades secretas de mujeres mantienen sus secretos a las niñas no iniciadas para que ellas no rechacen el CGF. Este secreto hace que la mayoría de las niñas esperen ansiosamente el ritual. Una entrevistada nos dijo que “la niña no rechazará el proceso de la FMG porque no sabe nada acerca de eso, no sabe que le quitarán el clítoris, no sabe eso, esa es la razón por la cual no rechazará el proceso. Cuando la niña no sabe eso del proceso, ella irá... pero si lo sabe, ella no irá. No lo rechaza porque no le cuentan” (entrevista propia con mujer, 2010); “las niñas no rechazan porque ellas no saben que le quitarán el clítoris, en la sociedad van a danzar, o cocinan mucho; ellas no saben que les quitarán el clítoris... no lo rechazarán... a veces llaman a la madre y le dicen ‘mamá, quiero hacer la FMG’, pero cuando van no saben que le quitarán el clítoris; es secreto, no se puede explicar” (entrevista propia con grupo de mujeres, 2010). Las niñas esperan este ritual porque probablemente estén informadas únicamente del carácter festivo de este.

Al interior de las sociedades secretas de hombres ocurren procesos similares. El ritual y la circuncisión implican el abandono de la niñez. Transcurre de forma similar al ritual femenino: en la selva, es de carácter festivo, implica un importante desembolso monetario —cabras, pollos, arroz, aceite de palma, etcétera—. También sufren una presión social importante. Las comunidades piensan que un hombre no circuncidado no podrá embarazar a una mujer y no podrá casarse: “El que no acepta ser parte de la sociedad secreta de hombres es un extraño en este pueblo” (entrevista propia con hombres, 2010).

Este paralelismo hace que las mujeres se cuestionen por qué desde Occidente se obsesionan por erradicar el CGF, pero no dicen nada con respecto de la circuncisión. Debemos recordar que, para estas sociedades, son procesos complementarios y paralelos que no pueden explicarse el uno sin el otro.

Desde Occidente no se valora el papel de los ritos de paso en la pertenencia grupal. Estos rituales son requisitos indispensables para formar parte de las sociedades secretas, ya sea de hombres o de mujeres. El sentido de pertenencia emana en gran parte de las memorias y experiencias compartidas en edad temprana. Compartir un momento tan especial en sus vidas, marcadas por una experiencia dolorosa, desarrolla un fuerte sentimiento de solidaridad.

También cumplen una función social y simbólica que no podemos olvidar. Desde Occidente hemos atendido casi exclusivamente el CGF, pero la cirugía es una acción

más dentro del ritual. Los rituales implican procesos educativos, enseñanza de normas, higiene, salud femenina, es decir, la transmisión de la cultura femenina de una generación a otra.

Un tema a debatir es si las iniciadas están informadas de las implicaciones del ritual. En una conferencia, Fuambai Ahmadu, antropóloga y médica de Sierra Leona, cuando alguien le preguntó si las niñas que participaban del rito sabían lo que les ocurriría, ella respondió afirmativamente (Londoño Sulkin, 2010, p. 540). Esta cuestión nos acerca a un enfoque basado en los derechos humanos que argumenta que el CGF debe abolirse porque constituye una violación de la integridad corporal de las niñas, quienes no están en condiciones de dar su consentimiento informado (Morison et al., 2001).

En nuestro trabajo de campo en el Distrito de Koinadugu, en Sierra Leona, las entrevistadas afirmaron que las iniciadas no sabían que sufrirían el CGF. Es más, este tema se mantenía en secreto para evitar el rechazo de las niñas. En ciertos casos, adelantan la iniciación hasta una edad muy temprana, tres años o menos, y con ello evitan posibles rechazos del ritual, ya que las niñas, cada vez más informadas por las campañas de sensibilización, se podrían resistir a este (Sánchez Criado y López Medina, 2000, p. 35). En el trabajo de campo recogimos otros motivos para efectuar el CGF a esas edades: las madres no desean que sus hijas mantengan relaciones sexuales antes del CGF (las niñas podrían quedar embarazadas en la escuela sin tener el CGF), por el intenso dolor que causa y por una cuestión de oportunidad económica.

Los CGF son un medio de diferenciación definitivo, y las variaciones de edad evidencian que estamos ante un acto de carácter social y no fisiológico. El ritual no necesariamente se asocia con la pubertad física; se trata de un acto simbólico y social (Van Gennep, 2013, pp. 119, 124). En la pubertad social, las edades varían de acuerdo con las diferentes circunstancias de la familia y la sociedad. También deberíamos atender la variación que sufren las tradiciones y rituales, que admiten cambios y que no permanecen inalterables: en el caso de Sierra Leona, observamos que los rituales de iniciación en las niñas se practican entre los diez y quince años, pero también se comienza a practicar en edades más tempranas (dos o tres años).

POSIBLES ALTERNATIVAS AL CORTE GENITAL FEMENINO

En África, no todos los países han aprobado en sus parlamentos leyes que sancionen las prácticas de ablación. Algunos de los países que sí lo hicieron son Senegal,

Mali, Mauritania y Ghana. De acuerdo con Kaplan (2003), las prohibiciones sobre estas prácticas emanadas de leyes, parlamentos o decretos difícilmente cumplen con sus objetivos porque no son acatadas ni ejecutadas por las poblaciones locales. Según la autora, a pesar de que casi la mitad de los países africanos con prevalencia de la ablación poseen medidas legislativas, las prácticas al respecto se siguen produciendo y reproduciendo. En el caso concreto de Sierra Leona, el ministro de Asuntos Sociales, Género e Infancia, Moijua Kaikai, declaró en 2015 que “Sierra Leona no puede prohibir la mutilación genital femenina porque es parte de nuestra cultura” (Caballero, 29 de diciembre de 2015). En este año, el gobierno de Sierra Leona prohibió la mutilación genital femenina de forma temporal hasta después de las elecciones de marzo para evitar que los candidatos comprasen votos pagando las ceremonias de iniciación y de corte genital femenino. Otra prohibición temporal de estas prácticas se registró en 2014, con la crisis del ébola, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad (Thompson Reuters Foundation, 2018).

El alto nivel educativo, el estatus económico elevado y el acceso al trabajo remunerado son factores que fueron útiles para consolidar una postura crítica hacia el CGF, mientras que la presión social, el honor familiar y las creencias locales son factores que influyen en la persistencia de los rituales (Strzelecka e Iskander, 2009, p. 412). Los mecanismos más efectivos para combatir el CGF pasan por incidir en la educación y por crear alternativas, construidas por, desde y para las propias comunidades afectadas. Pero ¿existen alternativas viables a la marca fisiológica y simbólica que permanecerá por el resto de la vida? ¿Es posible proponer una ceremonia sin cortes pero que conserve los elementos simbólicos? La propuesta de rituales sin corte no es nueva. A mediados del siglo pasado, quienes se oponían a la ablación utilizaron varias estrategias, entre ellas, la promoción de la alternativa de ritos de paso preservando el componente simbólico del ritual sin dañar sus cuerpos (WHO, 2006, p. 5).

En Kenia se mantuvo un ritual de iniciación con una modificación sustancial: “la circuncisión a través de la palabra”, que fue propuesto por la organización Maendeleo Ya Wanawake Organization (MYWO), cuyo objetivo fue transformar las ceremonias que implicasen cortes. Esta iniciativa tuvo éxito. El ritual consiste en una celebración, en lugar de un corte, en la que las chicas, en ese día tan especial, reciben regalos (Cassman, 2007, pp. 147-148; Althaus, 1997, p. 132). Esta iniciativa fue impulsada por 25 madres/hijas a través de un ritual que se extendió durante seis días. A las jóvenes se les enseñó la importancia de la mujer y sus responsabilidades. Al final de la ceremonia se consideró a las jóvenes como adultas, no por el CGF, sino

por el secreto que compartieron en la ceremonia. El ritual se denomina Ntamira na Mugambo —literalmente, “circuncisión a través de las palabras”— (Chelala, 1998, p. 126). De modo similar, otras organizaciones de mujeres africanas como NOW, en Nigeria, y New Woman, en Egipto, atienden temas de salud reproductiva, derecho y justicia. Entre sus objetivos está la eliminación del CGF (Althaus, 1997, p. 130).

Sustituir la ablación por rituales sin cortes no es fácil. El corte se asocia a la sexualidad, la belleza femenina, el matrimonio y el parto. ¿Qué pasa con las creencias asociadas a la pureza, al parto, a la fertilidad, a la transformación del clítoris en pene, y una larga lista, en las que el ritual de la palabra no tendría injerencia?

Para disminuir la práctica debemos entender el fenómeno como lo interpreta Marcel Mauss, es decir, como “un hecho social total”. Se trata de complejos fenómenos institucionales que son jurídicos, económicos, religiosos y aun estéticos, que ponen en juego la totalidad de la sociedad y las instituciones. No solo debe ser entendido como un “hecho social total”, sino también como un hecho que afecta a la persona en su totalidad porque alcanza dimensiones psicológicas, fisiológicas y sociales (Herrero Pérez, 1985, pp. 49-50). Por lo tanto, nos situamos ante un fenómeno que abarca a la sociedad y a la persona de forma holística.

El éxito de la reducción del CGF del proyecto FGM Free Village Model, en Egipto, se relaciona con el “hecho social total”. Este proyecto, que en ocasiones ha logrado erradicar la práctica en pueblos enteros, concibe el fenómeno desde una perspectiva compleja y multidisciplinar, basado en un tratamiento holístico que incluye enfoques médicos, socioculturales, religiosos, jurídicos, de género y de derechos humanos. Destaca el empoderamiento de mujeres y su participación en programas educativos, en proyectos económicos y en el diálogo religioso. Además, participan grupos de jóvenes, líderes religiosos, autoridades públicas y políticas, instituciones jurídicas, personal médico y sanitario, universidades, centros de investigación y medios periodísticos (Strzelecka e Iskander, 2009).

La economía desempeña un papel importante en los rituales. Las especialistas en hacer los cortes obtienen más dinero de lo que podrían devengar de otras actividades (Cassman, 2007, p. 135). En Sierra Leona, una mujer nos dijo: “si conoces a la persona que hace el proceso, pagan arroz, pollo, aceite de palma; pero si no conoces a la persona, le dan 30 000 SLL y a veces 40 000 SLL. En el pasado le daban 10 000 SLL, pero en la actualidad es muy caro” (entrevista propia, 2010).

En nuestra estancia en Sierra Leona, nos informaron de organizaciones que entregan dinero y arroz para el abandono de la práctica. Esto no significa que sea una estrategia efectiva. Todo intento desde una perspectiva parcial, que no

considere la práctica como un hecho social total, estará condenado al fracaso. Es fundamental que los proyectos orientados a la reducción, eliminación, prevención o transformación de rituales abarquen otros universos como la literatura, la salud, la planificación familiar, la educación, la religión, etcétera, integrados en un ámbito abierto de diálogo con los propios actores sociales.

Los rituales suponen una conexión con la religión. Ciertas comunidades musulmanas practican rituales de ablación femenina, aunque esta no constituye un precepto islámico. No obstante, hay casos en los que se refieren a estos rituales como preceptos religiosos emanados del Corán. En Sierra Leona recogimos testimonios que apuntan a que grupos religiosos de cristianos y musulmanes predicen la destrucción de las sociedades secretas (asociadas a rituales de CGF) por ser un ámbito donde se practica la brujería.

La práctica del corte genital es anterior tanto al islam como al cristianismo.²⁵ El hecho de que estas prácticas hayan sido anteriores a la aparición de ciertas religiones no impide o anula que se produzca una fuerte asociación entre doctrina religiosa y ritual. El CGF se practica solo en la mitad de las comunidades musulmanas y en muchas comunidades no musulmanas como los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán o la comunidad judía falasha de Etiopía (Lucas, 2008), así como en comunidades protestantes, judías, animistas y ateas.

En el islam hay, al menos, tres puntos de vista diferentes sobre la ablación: un grupo está en contra de toda forma de corte genital, incluida la circuncisión; otro sector defiende las formas tradicionales de CGF; mientras que otros creen que el CGF está bien pero si se corta muy poco (Broussard, 2008, pp. 30-31). Los rituales se refuerzan mediante la idea de que la ablación se basa en mandatos religiosos. Esta confusión entre religión, cultura y tradición contribuye a perpetuar la práctica de los rituales. En Egipto, para lograr el descenso de los CGF fue fundamental el aporte de las autoridades religiosas islámicas.²⁶ El ámbito educativo se convierte en un espacio privilegiado para aclarar que el islam no avala el CGF. Es fundamental la labor que desempeñen las africanas hacia las africanas para influir en las

²⁵ Es una práctica preislámica y el Corán no hace alusión a ella. Existen evidencias en momias egipcias de que la ablación fue practicada hace 5 000 años (WHO, 2006, p. 3; Slack, 1988, pp. 444-5). Herodoto refiere que la ablación tuvo lugar en el antiguo Egipto durante el siglo V a. C. Hay evidencias de que romanos y árabes adoptaron esta práctica (Wasunna, 2000, p. 104).

²⁶ En especial, la colaboración de Mohamed Selim Al-Arwa (secretario general de la Federación Internacional de Eruditos Musulmanes), quien arrojó luz cuando desvinculó la religión islámica de las ablaciones genitales femeninas. Sus argumentos se basaron en que la ablación supone una alteración de la creación de Dios, que no está permitido hacerse daño a sí mismo ni a los demás y que el islam otorga a las mujeres el derecho al goce y a la satisfacción sexual en su vida matrimonial (Strzelecka e Iskander, 2009, p. 423).

futuras prácticas e iniciar un proceso de empoderamiento (Cassman, 2007). Es muy importante incidir en la educación de quienes padecen el CGF, de quienes lo practican y de las educadoras. Son las propias mujeres del grupo quienes deberán convertirse en educadoras y formadoras de las próximas generaciones. Es fundamental entender estos procesos de forma holística, como hechos sociales totales que afectan múltiples ámbitos de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- AHMADU, F. (2000). Rites and wrongs. Excision and power among Kono women of Sierra Leone. En B. Shell-Duncan y Y. Hernlund (eds.). *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy and, change.* (pp. 283-312). Boulder, Colorado, Estados Unidos: Lynne Reinner Publishers.
- ALMROTH, L.; Almroth-Berggren, V.; Hasanein, O. M.; El Hadi, N.; Al-Said, S. S.; Hasan, S. S.; Lithell, U. B., y Bergström, S. (2001). A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (74): 179-185.
- ALTHAUS, F. (1997). Female circumcision: Rite of passage or violation of rights? *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 23(3): 130-133. DOI: <https://doi.org/10.2307/2950769>.
- BERG, R., y Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1155/2013/496564>.
- BJÄLKANDER, O.; Bangura, L.; Leigh, B; Berggren, V.; Bergström, S., y Almroth, L. (2012). Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International Journal of Women's Health* (4): 321-331. PMCID: PMC3410700. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S32670>.
- BLACK, J. (1997). Female Genital Mutilation. A Contemporary Issue and A Victorian Obsession. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(7): 402-405.
- BLACK, J., y Debelle, G. D. (1985). Female genital mutilation in Britain. *BMJ: British Medical Journal*, 310(6994): 1590-1592. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2549951/pdf/bmj00597-0048.pdf>
- BROUSSARD, P. (2008). Female Genital Mutilation: Exploring Strategies for Ending Ritualized Torture, Shaming, Blaming, and Utilizing the Convention against Torture.

- ture. *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 15(2): 19-47. Recuperado de <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1149&context=djglp>
- BROWN, M. (2008). Cultural Relativism 2.0. *Current Anthropology*, 49(3): 363-383. DOI: <https://doi.org/10.1086/529261>.
- CABALLERO, C. (29 de diciembre de 2015). La mutilación genital femenina, tan cultural que Sierra Leona se niega a prohibirla. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2015/12/29/africa_no_es_un_pais/1451372400_145137.html
- CASAJOANA GUERRERO, M.; Caravaca Nieto, E., y Martínez Madrigal, M. I. (2012). Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*, 13(3-4): 76-82. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/76-82-revision-biblio-vision-global-vol-13-3-4.pdf>
- CASSMAN, R. (2007). Fighting to Make the Cut: Female Genital Cutting Studied within the Context of Cultural Relativism. *Northwestern Journal of Human Rights*, 6(1): 128-154. Recuperado de <https://scholarlycommons.law.northwestern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1068&context=njhr>
- CASTEDO, A. (23 de diciembre de 2013). El Supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija. *El País Cataluña*. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2013/12/23/catalunya/1387799354_455157.html
- CHELALA, C. (1998). An alternative way to stop female genital mutilation. *The Lancet*, 352(9122): 126. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)85042-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)85042-3).
- FLEISS, P. (1997). The Case Against Circumcision. *Mothering. The Magazine of Natural Family Living* (Winter): 36-45. Recuperado de <http://www.cirp.org/news/Mothering1997>
- FOLDES, P., y Martz, F. (2015). La medicalización de la mutilación genital femenina. *Revista Migraciones Forzadas* (49): 82-3. Recuperado de <https://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/es/cambioclimatico-desastres/foldes-martz.pdf>
- GOLDESTEIN, R. (2014). Female genital cutting: Nursing implications. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1): 95-101. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659613493441>.
- HERRERO PÉREZ, N. (1985). Reflexiones en torno al concepto de “hombre total” de Marcel Mauss. *Ágora. Papeles de Filosofía*, 5(1): 49-58. Recuperado de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/908/pg_050-059_agora5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- KAPLAN MARCUSAN, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* (4): 23-30. Recuperado de <https://docplayer.es/28578887-Aproximacion-antropologica-a>

- KAPLAN MARCUSAN, A., y Bedoya Muriel, M. H. (2002). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica. En III Congreso de las Migraciones en España, Granada. Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MGF-Aprox.interdiscipl.pdf?iframe=true&width=100%25&height=100%25
- KAPLAN MARCUSAN, A.; Hechavarria, S.; Martin, M., y Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8(26). PMCID: PMC3195700. DOI: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-26>.
- KAPLAN MARCUSAN, A.; Torán Monserrat, P.; Bedoya Muriel, M. H.; Bermúdez Anderson, K.; Moreno Navarro, J., y Bolíbar Ribas, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38(2): 65-133. DOI: <https://doi.org/10.1157/13090438>.
- KLUGE, E. H. (1993). Female circumcision: When medical ethics confronts cultural values. *Canadian Medical Association Journal*, 148(2): 288-289. PMCID: PMC1490394.
- LA BARBERA, M. C. (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXV(2): 465-488. DOI: <https://doi.org/10.3989/rdtp.2010.16>.
- LANE, S., y Rubinstein, R. (1996). Judging the Other. Responding to Traditional Female Genital Surgeries. *The Hastings Center Report*, 26(3): 31-39. DOI: <https://doi.org/10.2307/3527930>.
- LONDOÑO SULKIN, C. (2010). La circuncisión femenina. La antropología y el liberalismo. *Revista Colombiana de Antropología*, 46(2): 531-545. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1050/105020003011.pdf>
- LÓPEZ-FANDO LAVALLE, C., y García de Herreros Madueño, T. (2014). A propósito de un caso. Mutilación genital femenina. *Actualización en Medicina de Familia*, 10(7): 383-389.
- LUCAS, B. (2008). Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 17. Recuperado de https://www.uv.es/cefd/17/blucas_antropo.pdf
- MORISON, L.; Scherf, C.; Ekpo, G.; Paine, K.; West, B.; Coleman, R., y Walraven, G. (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6(8): 643-653. PMID: 11555430.
- OBERMAYER, C. (1999). Female genital surgeries: The known, the unknown, and the

- unknowable. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(1): 79-106. PMID: 10322603.
- OBERMAYER, C. (2003). The Health Consequences of Female Circumcision: Science, Advocacy, and Standards of Evidence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3): 394-412. PMID: 12974204.
- PÉREZ, F., y Castedo, A. (8 de abril de 2013). Condenada una mujer por la ablación genital que sufrió su hija en Senegal. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2013/04/08/actualidad/1365425936_458667.html
- PRATS, J. (31 de mayo de 2009). Me fui para que no me mutilaran. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2009/05/31/sociedad/1243720806_850215.html
- RODRÍGUEZ MIR, J. (2013). Articulación de los sistemas de salud en Sierra Leona. Perspectivas desde la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 29(1). Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/GA-29-1-01-JavierRodriguez.pdf>
- SÁNCHEZ CRIADO, V., y López Medina, I. M. (2000). Mutilación genital femenina. *Revista de Enfermería* (12): 34-38. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/368/2000-12.pdf;sequence=1>
- SHEDDON, S., y Wilkinson, S. (1998). Female genital mutilation and cosmetic surgery: Regulating non-therapeutic body modification. *Bioethics*, 12(4): 263-285. PMID: 11657294.
- SHELL-DUNCAN, B. (2001). The medicalization of female “circumcision”: Harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, 52(7): 1013-1028. PMID: 11266046.
- SHELL-DUNCAN, B. (2008). From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention. *American Anthropologist*, 110(2): 225-236. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1433.2008.00028.x>.
- SIPSMA, H. L.; Chen, P. G.; Ofori-Atta, A.; Ilozumba, U. O.; Karfo, K., y Bradley, E. H. (2012). Female genital cutting: Current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2): 120-127. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.11.090886>.
- SLACK, A. (1988). Female circumcision: A critical appraisal. *Human Rights Quarterly*, 10(4): 437-486. DOI: <https://doi.org/10.2307/761916>.
- STRZELECKA, E., e Iskander, M. (2009). Respuesta nacional a la mutilación genital femenina en Egipto. Estudio de caso “FGM Free Village Model”. En E. Molina Bayón y N. San Miguel Abad (coords.). *Buenas prácticas en derechos humanos de las mujeres. África y América Latina* (pp. 411-438). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid, Oficina de Acción Solidaria y Cooperación. Recuperado de

- https://www.academia.edu/2077048/Respuesta_nacional_a_la_mutilaci%F3n_genital_femenina_en_Egipto._El_an%C3%A1lisis_de_caso_FGM_Free_Village_Model
- THOMAS, L. (2000). "Ngaitana (I will circumcise myself)": Lessons from Colonial Campaigns to Ban Excision in Meru, Kenya. En B. Shell-Duncan e Y. Hernlund (eds.). *Female "circumcision" in Africa. Culture, Controversy, and Change* (pp. 129-150). Boulder, Colorado, Estados Unidos: Lynne Rienner.
- THOMPSON REUTERS FOUNDATION (2018). Seeking fair elections, Sierra Leone bans FGM during campaign season. Recuperado de <https://www.reuters.com/article/us-leone-women-fgm/seeking-fair-elections-sierra-leone-bans-fgm-during-campaign-season-idUSKBN1FP2CB>
- TOBELLA, A. (20 de julio de 2015). Las mujeres que aprendieron a defender su clítoris. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2015/05/13/planeta_futuro/1431519344_024402.html
- TOUBIA, N. (1994). Female Circumcision as Public Health Issue. *The New England Journal of Medicine*, 331(11): 712-716. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199409153311106>.
- UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) (2005). Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Florencia, Italia: UNICEF Innocenti Research Centre.
- VAN GENNEP, A. (2013). *Los ritos de paso*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- WASSUNA, A. (2000). Towards redirecting the female circumcision debate: Legal, ethical, and cultural considerations. *McGill Journal of Medicine* (5): 104-110. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.569.9904&rep=rep1&type=pdf>
- WHO (World Health Organization) (2006). Female genital mutilation. New knowledge spurs optimism. *Progress in Sexual and Reproductive Health Research* (72): 1-8. Recuperado de <http://www.portal.pmnch.org/reproductivehealth/publications/fgm/progress72.pdf>