

KAPLAN, Adriana (2006) "Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas" en *Género e Inmigración*. Bilbao, Harresiak Apurtuz. pp.109-120

## **UN ESTUDIO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PROCESO MIGRATORIO DE LAS MUJERES MIGRANTES SENEGAMBIANAS**

**Adriana Kaplan Marcusán**

**Investigadora Ramón y Cajal**

**Departamento de Antropología Social y Cultural**

**Universidad Autónoma de Barcelona**

Hasta muy recientemente, la salud sexual y el comportamiento reproductivo han sido objeto de estudio de las ciencias biomédicas, o de las ciencias sociales (demografía, antropología, sociología, etc.), de forma que no se prestaban a un tratamiento integrado. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994), al acuñar el nuevo concepto de *salud reproductiva* de la mano de los *derechos reproductivos*, después de un debate intenso en múltiples foros en años anteriores, ha facilitado una revisión profunda de los paradigmas dominantes en ciencias sociales y experimentales, y ha puesto sobre la mesa la necesidad de tratar ambos temas desde una perspectiva multidisciplinaria. En dicha Conferencia se acordó, otorgando carta de naturaleza mundial, que la salud reproductiva es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por ello, los

derechos reproductivos implican garantizar que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, la capacidad de reproducirse así como la libertad de decidir sí, cuándo y qué tan a menudo hacerlo.

La salud reproductiva se presenta como una forma de repensar las relaciones entre reproducción y salud, sin restringirlas al ámbito de la regulación de la fecundidad, sino tratando de promover y asegurar una sexualidad y una reproducción satisfactorias, a través de una visión de la salud en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y sociocultural. Ello es factible de imaginarse en un contexto de relaciones equitativas entre los miembros de ambos sexos, es decir, entre los personajes que participan en la reproducción biológica pero también, entre los grupos y actores sociales que le dan sentido a la reproducción social. En esta línea, si bien el concepto de salud reproductiva es un avance en la conceptualización, existe la necesidad de desarrollar un modelo de relaciones sociales que asegure la libertad legal, social, cultural y psicológica de las mujeres y las niñas, con el fin de desarrollar todas sus capacidades, incluyendo la sexual y reproductiva.

Aparentemente y tal como se plantea el concepto de salud reproductiva en El Cairo, pareciera que en los países occidentales este tema estuviera resuelto, pero esto no es en absoluto cierto, ni para el conjunto de la población autóctona y mucho menos, cuando tratamos con grupos humanos que por distintas razones se sitúan en un lugar periférico del sistema legal, económico, social y cultural. Tal es el caso de las mujeres migrantes procedentes del Africa Subsahariana, de países como Senegal y Gambia, para las cuales llegar aquí supone enfrentarse no sólo con una población que habla en una lengua distinta, sino que concibe universos simbólicos que hacen referencia a las cosas importantes de la vida de las mujeres (matrimonio, maternidad, percepción de su estado de salud, de su cuerpo, de su identidad étnica y de género), de una forma muy diferente y muchas veces estigmatizada.

Si bien en las preocupaciones sobre salud sexual y reproductiva de las ciencias biomédicas entorno al embarazo, parto, puerperio, morbilidad y mortalidad materno-infantil o enfermedades de transmisión sexual, entre otros, no queda claro cómo debe integrarse el conocimiento de las ciencias sociales, más interesadas en analizar la salud

y la reproducción desde otra óptica como la sexualidad, la identidad de género, la etnicidad, los derechos reproductivos, la violencia sobre las mujeres y las niñas, la salud sexual de las/los adolescentes , la presencia de los varones en los procesos reproductivos y en las decisiones sobre sexualidad y reproducción, las desigualdades socioeconómicas, y la morbilidad materna entre otros, la necesidad de plantear una discusión menos fragmentada y más integral de los procesos que entran en interacción, se hace evidente al preguntarnos por la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes subsaharianas en España.

Es este el marco en el que se encuadra nuestro trabajo y a partir del cuál se generan los objetivos en sus dos vertientes: la salud sexual y la salud reproductiva.

### **I.- La salud reproductiva:**

El objetivo principal es analizar la integración social a través de los cambios en el comportamiento reproductivo y en las relaciones de género que tienen lugar como consecuencia de un proceso complejo como es la migración del Africa Subsahariana a España. El estudio se centra en los colectivos protagonistas de estos flujos y la contrastación de las experiencias reproductivas entre dos olas migratorias (años '80 y '90). Los objetivos específicos se refieren tanto a la experiencia biográfica de las mujeres en la migración, unión y maternidad, como al ámbito del acceso y utilización de los servicios socio-sanitarios en Cataluña, al aprendizaje e incorporación de los métodos contraceptivos asequibles controlados por las propias mujeres, sobre situaciones, necesidades e itinerarios, y sobre el conocimiento, actitudes y prácticas entre hombres y mujeres.

Las hipótesis básicas que se plantean, en relación con el comportamiento reproductivo de las mujeres migrantes senegambianas, se formulan siguiendo los objetivos que acabamos de mencionar:

#### **1.- Hipótesis relativas a las biografías migratorias y familiares:**

1.1.- La segunda ola migratoria está protagonizada por mujeres que no han iniciado su vida "fértil" en unión, ni han vivido la experiencia de la maternidad en Africa. Su

llegada a España, inducidas por un proceso de reagrupación familiar, con un marido que conocen muy poco (muchas veces a su llegada al aeropuerto de destino en España), marca el inicio de la constitución de su familia, que se produce sin el apoyo de las redes de enculturación tradicional femeninas, habituales en su sociedad de origen. Su biografía familiar difiere de las pioneras (llegadas en los años '80, donde la mayoría de ellas tiene descendencia acumulada previa a la migración y por tanto han sido ritualmente iniciadas en la maternidad), por un calendario más tardío de embarazo, más concentrado y en algunos casos, por una estancia en España más corta a causa del retorno.

1.2.- La incorporación de la perspectiva de género es del todo imprescindible para comprender la secuenciación y el calendario que pautan los procesos migratorios y de construcción de la familia. En el caso de las mujeres, la experiencia migratoria de sus compañeros y de uniones múltiples, plantea una cierta complejidad en ambos procesos.

2.- Hipótesis relativas al acceso y utilización de los servicios sociosanitarios en España:

2.1.- La comunicación/comprensión entre el colectivo de mujeres subsaharianas y el personal sanitario tiene no sólo la dificultad del idioma, ya que por ninguna de las dos partes se dominan lenguas comunes, sino del encuentro de dos concepciones diferentes sobre salud/enfermedad, y dos realidades sociosanitarias y culturales bien distintas.

2.2.- Las mujeres pertenecientes a la segunda ola migratoria tienen la ventaja de no ser las pioneras, sino que éstas hacen las funciones de embajadoras, pero tienen el inconveniente de su inexperiencia (son muy jóvenes y no han vivido uno de los ritos más importantes en la sociedad africana: ser madres), así como el de ser un colectivo más numeroso que el anterior, lo cual puede favorecer su aislamiento. Sin embargo, esta dificultad cuantitativa del "gran número", desde la perspectiva de la programación de los servicios sanitarios, puede ser un estímulo cualitativo para mejorarlos.

2.3.- Los problemas de salud reproductiva abarcan embarazos adolescentes, abortos, intervalos genésicos muy cortos, infertilidad y esterilidad secundaria (asociadas a enfermedades de transmisión sexual), secuelas y complicaciones en caso de mutilación genital (total en caso de infibulación), uso de métodos anticonceptivos, control y seguimiento del embarazo y el post-parto, parto-cesáreo, lactancia y morbi-mortalidad materno-infantil.

2.4.- El tamaño del municipio y en particular las características de los centros de atención sanitaria (en planificación familiar, toco-ginecología y trabajo social), pueden facilitar o dificultar el acceso y la plena utilización de los servicios sociosanitarios existentes, así como las relaciones entre los/las profesionales sanitarios y las mujeres migrantes que asisten a estos servicios (ej. Salt en la provincia de Girona y Mataró en la de Barcelona).

2.5.- La experiencia de otros países con una tradición mayor y más antigua de flujos migratorios procedentes del Africa subsahariana, sugieren que para hacer frente a determinados problemas en salud reproductiva, no es suficiente con una buena gestión de los servicios, sino que es imprescindible una tarea de prevención en determinados ámbitos tales como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, mutilaciones genitales femeninas, tabúes alimentarios y otras prácticas tradicionales que afectan la salud de las mujeres y las niñas.

Las variables con las que trabajamos son demográficas y antropológicas (percepción salud/enfermedad, ciclo vital, ritos de paso, etnicidad, escolarización, parentesco, etc.), biomédicas (morbi-mortalidad materno-infantil), y sanitarias (acceso a los centros de salud, demandas y utilización de los recursos, derivaciones, inclusión/exclusión, discriminación positiva, acciones positivas, etc.).

En cuanto a las técnicas de recogida de la información y al análisis de los resultados, debemos destacar que por el propio carácter interdisciplinar de la investigación, hemos utilizado tanto la metodología cuantitativa como cualitativa. Respecto a la metodología cuantitativa, las técnicas de recogida de información fueron las siguientes: a) vaciado de las historias clínicas y confección de una ficha cuestionario

que reunía los datos básicos de la historia reproductiva de todas las mujeres migrantes de nuestro universo; b) realización de una encuesta biográfica conteniendo información detallada sobre el itinerario migratorio, la historia de las uniones y de la fecundidad de una muestra de mujeres migrantes de las dos poblaciones objeto de estudio: Salt (Girona) y Mataró (Barcelona).

Respecto a la metodología cualitativa, las técnicas de recogida de información han sido de carácter etnográfico: a) trabajo de campo; b) entrevistas en profundidad, tanto a hombres y a mujeres africanos como a profesionales sanitarios, de servicios sociales y de la mediación intercultural, y c) grupos de discusión focalizada (con los mismos colectivos).

Y finalmente, en cuanto a las dimensiones que abordamos, están la salud y los derechos reproductivos, los movimientos y procesos migratorios, las relaciones de género, las relaciones interétnicas y las políticas de integración social, entre otras.

## **II.- La salud sexual:**

Vamos a hablar de mujeres senegambianas, de mujeres que construyen su identidad étnica y de género, **que son**, a partir de dos rituales que dan sentido a la centralidad de dos universos: la iniciación a la pubertad social y la entrada en el mundo de la maternidad. Y también vamos a hablar de los grandes esfuerzos y de los tímidos cambios que se están produciendo tanto en las sociedades de origen como en las de destino, y de la trascendencia que estos cambios producen en su salud sexual y reproductiva, en la de sus hijas, y en la conquista de sus derechos por el respeto a la integridad física, psíquica, cultural y social.

Para abordar esta temática, difícil, compleja y controvertida, que va desde posiciones relativistas a deterministas, el primer y único recurso que podemos utilizar es aquello que tienes y no aquello que no tienes, y por tanto, nuestra aportación será desde lo que culturalmente traen, desde ese bagaje y contenido étnico que transportan, desde lo que son y desde lo que quieren ser las mujeres migrantes africanas, y a partir de aquí, los cuestionamientos, negociaciones y continuidades que van a dar lugar a los

procesos de transformación de su identidad étnica y de género, en un proceso más amplio como es la integración social.

Por ello, se hace imprescindible enmarcar la significación del ritual de iniciación en su amplio contexto africano, tanto para los niños como para las niñas, a través de la descripción etnográfica de sus contenidos, para ir centrándonos en la especificidad que concierne a las mujeres<sup>1</sup>.

### **1.- Contextualización del rito de iniciación:**

Van Gennep (1986) afirmaba que los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización espacial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos. Las niñas actualmente son circuncidadas cuando tienen entre cuatro y siete años, aunque dependiendo de la etnia, a algunas se las somete al ritual cuando son más pequeñas, como en el caso de algunos grupos saraholes, o cuando rondan los diez o doce años en el caso de las niñas djola, pero siempre antes de la primera menstruación.

La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos. El *kaseo* (iniciación masculina) y el *ñyaka*<sup>2</sup> (iniciación femenina) significan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta. En ambos casos se dan las tres fases del rito de paso que distingue Van Gennep: separación, marginación y agregación.

En la primera fase, l@s niñ@s son separad@s de la comunidad y circuncidad@s. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte del prepucio o excisión del clítoris, la sangre y el dolor. La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los

---

<sup>1</sup> Se presenta en este apartado una síntesis del trabajo publicado en Kaplan, A. (1998), que permita una aproximación a la comprensión del ritual.

<sup>2</sup> Los términos utilizados son en lengua mandinga, mayoritaria en Gambia y ampliamente difundida en Guinea Bissau, Mali (bambara), y el sur de Senegal (Casamance).

iniciados. En el corte del prepucio del pene suele tratarse de dos a tres semanas, mientras que en la excisión del clítoris y/o infibulación se prolonga entre dos y ocho semanas, según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de l@s iniciad@s, donde les son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo. Ya en la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta de "graduación" donde se presenta públicamente a l@s iniciad@s como nuev@s miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. Y de esta forma, también son públicamente reconocid@s, legitimad@s y aceptad@s por la comunidad como nuev@s integrantes de la sociedad secreta de las mujeres o de los hombres.

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

La clitoridectomía y la infibulación son prácticas ancestrales extendidas entre muchos pueblos africanos, aunque no exclusivamente, que tienen profundas raíces sociales y culturales. Una de las razones principales que aducen las mujeres que mantienen, reivindican, defienden y ejecutan esta práctica tiene que ver con una cuestión de higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. A los hombres también se los circuncida por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio. Una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que estas culturas confieren a cada una de ellas. La circuncisión masculina es una *farata* o *farada*, es decir, una obligación emanada del Corán y por lo tanto tiene carácter preceptivo. La circuncisión femenina es una *sunna*, es decir, forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Todos los hombres musulmanes están circuncidados, al igual que los judíos, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. Sin embargo, debemos resaltar que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a estas



prácticas, a diferencia de la Biblia, que lo hace en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Exodo, etc.) para los hombres. Vale la pena señalar que una cosa es la obligatoriedad del islam y otra, la obligatoriedad social, al margen o no del islam, como por ejemplo la infibulación entre las mujeres judías falashas de Etiopía o entre las cristianas coptas de Egipto.

En términos culturales y sociales, el hecho de que la circuncisión, tanto femenina como masculina, forme parte del rito de paso a la edad adulta, quiere decir que independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual permite a los niños y niñas el acceso futuro al mundo de los adultos. Y como en muchas culturas, este mundo está claramente definido y diferenciado entre el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una "marca" que llevan de por vida, y simboliza que su unidad al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de pertenencia, estás dentro o estás fuera.

Los personajes rituales encargados de llevar a cabo la iniciación son los mismos en el caso de las mujeres que en el de los hombres, siempre legitimados por los más ancianos de la aldea. Cada uno recibe un nombre y cumple unas funciones específicas. Sólo vamos a señalar y describir aquí el rol de la *Ngnangsimbah*, que significa madre/padre de los iniciados. Se trata de un anciano/a que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual; es quien realiza la operación, y quien será responsable del ordenamiento, desarrollo y cumplimiento del ritual. Es una de las personas más respetables y temidas de la aldea, a quien atribuyen poderes sobrenaturales, es decir que suele ser *kufanungte*, cabeza grande, aquella que puede captar la presencia de malos espíritus. Las mujeres que ejecutan esta operación han sido instruidas por sus madres y sus abuelas, y pertenecen al estamento social de los herreros. Suelen ser también las comadronas tradicionales que atienden los nacimientos y cuidan de las madres y los bebés durante los primeros días posteriores al parto.

Los iniciados deben pasar seleccionadas pruebas y enseñanzas morales y sociales. Son golpeados cuando se equivocan y castigados para inculcar respeto. Se les transmiten las normas de comportamiento respecto a los padres, los mayores, los

ancianos, y las formas de relación entre los géneros. Aprenden como serenan al prójimo y cuáles serán, a partir del momento en que sean incorporados socialmente como individuos adultos, sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad. También se les enseña cuáles deben ser sus relaciones con los demás grupos étnicos, basadas en leyendas que dan cuenta de sus interrelaciones históricas y en el establecimiento de lazos de solidaridad. Dentro de las enseñanzas hay un importante contenido de lenguaje no verbal que sólo podrá ser interpretado por alguien perteneciente al mismo grupo secreto, como los gestos, el *lenjengo* (las danzas) y el *kijo* (percusión). Es lo que Mallart (1993) llama la diferenciación de los saberes.

Decíamos que la circuncisión femenina es una *sunna*, pertenece a la tradición, y por lo tanto no es un mandato del Corán. Una *ngnansimbah* así lo relata (Kaplan, 1998):

"Cuando el Profeta se casó por segunda vez, su primera esposa sintió muchos celos. Para que el marido rechazara a la nueva mujer, le pintó la barbilla y el bigote con carbón, haciendo punciones con una púa de animal para que nunca se lo pudiera quitar<sup>3</sup>. Al Profeta le gustó. Luego, con esta misma técnica oscureció las encías de su boca y al Profeta le pareció hermoso. Por último la circuncidó, extirpándole el clítoris. Su esposo encontró la felicidad y la pureza en este acto de sumisión".

Otra referencia importante es la que nos llega a través de la cosmogonía dogón en Malí. Marcel Griaule (1987: 22) recoge el relato sobre la creación que le cuenta el viejo Ogotemmêli. Describe a la Tierra como un cuerpo femenino, donde "su sexo es un hormiguero, su clítoris un termitero. *Amma*, (el Dios del Cielo) que está solo y quiere unirse a esta criatura, se acerca a ella. Se produce entonces el primer desorden del universo. Dios se acerca, el termitero se alza, le impide el paso y muestra su masculinidad. Ella es del mismo sexo que él. La unión no tendrá lugar. No obstante, Dios es todopoderoso. Abate el termitero rebelde y se une a la Tierra sometida a la excisión. Pero el incidente original debió marcar para siempre los acontecimientos de la unión defectuosa..." "Dios tuvo otras relaciones con su mujer y esta vez nada turbó su unión ya que la excisión había hecho desaparecer la causa del primer desorden".

---

<sup>3</sup> Es frecuente ver a algunas mujeres musulmanas con este tipo de señales de belleza, dolorosas en su proceso, llamadas *dasoo* y *timisoo*.

Aún hoy existe la creencia generalizada que si el clítoris no es escindido, crecerá desmesuradamente hasta alcanzar las mismas proporciones que el pene y con su erección, impedirá la penetración del hombre.

Por otro lado, Alice Walker (1992: 209) relata una conversación que el personaje de su novela, Tashi, escucha de los ancianos. "...Por eso dicen que la *tsunga*<sup>4</sup>, pese a ser una mujer, ayuda a Dios". "...Dios asestó el golpe que la hizo Reina. ¡A Dios le gustaba luchar! ¡A Dios le gustaba que ella estuviera prieta! ¡Dios es sabio, por eso creó a la *tsunga*, con su piedra afilada y su bolsa de espinas, con su hilo y su aguja! ¡Porque a Él le gustaba muy prieta! A Dios le gusta sentirse grande. ¿A qué hombre no le gusta?" Podría ser esta una de las razones que sustentan la práctica de la infibulación que muchas etnias mantienen, principalmente en el Africa Oriental. Incluso algunas autoras apuntan la necesidad de profundizar en el estudio del tipo de relación que se podría establecer entre la excitación masculina y la presencia de dolor durante el coito en la mujer. Tanto Olayinka Kosso-Thomas (1987) como Efua Dorkenoo (1995) diferencian los tres tipos de operación que se practican:

a) Clitoridectomía: eliminación del prepucio del clítoris. En el mundo islámico es lo que se conoce como *sunna* y el equivalente a lo que llamamos con frecuencia circuncisión, y que en Africa equiparan a la del hombre.

b) Excisión: ablación del clítoris y de los labios menores, total o parcial, dejando los labios mayores intactos.

c) Infibulación: excisión del clítoris, la totalidad de los labios mayores y menores, y la sutura de ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual.

Las razones que aducen las propias mujeres para continuar practicando las distintas modalidades descritas, mayoritariamente la clitoridectomía y la excisión, y que ellas entienden como "razones prácticas", habituales entre la mayoría de las mujeres procedentes de Senegal y Gambia, mandingas, serer, djolas, fulas, akus y saraholes, a

---

<sup>4</sup> *Tsunga* es el nombre que en olinka recibe la *ngnansimbah*, la mujer que circuncida, la madre de las iniciadas.

excepción de las wolof, son las siguientes: la higiene, la estética, facilitar el parto, promover una cohesión social, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, mantener a la mujer alejada de los hombres, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas, ya que creen que, si el niño, al nacer, toca con su cabeza el clítoris, puede morir o padecer algún trastorno mental. En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que proceden directamente a ella. Y en todo caso, cuando se les pregunta, las mujeres, todas las entrevistadas, remiten a la tradición, aducen razones estéticas (puede crecer demasiado), sanitarias (es más limpio) y de protección (de la virginidad). En realidad, como afirma Dembour (1996), estamos manejando no sólo distintas concepciones de “normalidad y monstruosidad”, sino también un “factor de conmoción” recíproco: ellas no sólo no entienden que nosotras no estemos circuncidadas, sino que además les resulta difícil de aceptar.

Durante el *ngnansing-janjango*, la tercera fase del ritual de agregación, son las propias mujeres quienes ofrecen sus danzas a las pequeñas en señal de aceptación y bienvenida al grupo, y quienes de esta forma controlan con orgullo el cumplimiento y reproducción del ritual por parte de todas las niñas de la comunidad. Mujeres bailando para mujercitas. En algún caso aislado, cuando la madre se niega a que su hija sea circuncidada, es la abuela paterna quien tiene más derechos sobre la pequeña y quien llevará a su nieta a que cumpla con el rito de iniciación. No es una opción, sino una acción que proviene de la tradición. Como bien dice Dembour (1996), “las pequeñas son víctimas en un doble sentido, por la propia práctica y porque, si condenan a su madre, se quedan sin madre”. Incluso creo que hay una tercera vertiente: si su madre se niega a someterla al ritual, condena a la niña a ser víctima de la marginación, la exclusión y la humillación. Dicen que de una *solima* (mujer no circuncidada) no se puede beber agua ni ingerir alimentos que haya manipulado, porque es una persona impura y, a través de ese estado de impureza, ejerce una acción contaminante (Douglas, 1991) sobre aquello que toca.

## **2.- Discusión terminológica y abordaje conceptual:**

¿Circuncisión femenina? ¿Mutilaciones genitales femeninas? ¿Cortes genitales femeninos? ¿*Sunna*? ¿Cirugía genital femenina? ¿Clitoridectomía? ¿Operación? ¿Práctica tradicional? Como vemos, los términos utilizados son diversos y aunque podemos entender de lo que se trata, sólo un análisis conceptual de los mismos, aunque necesariamente breve, nos dará una idea de los contenidos que cada uno de ellos trata, de quien los trata y desde dónde se tratan.

Durante mucho tiempo, incluso en la actualidad, el uso frecuente para este tipo de intervenciones es el término circuncisión, haciendo referencia también a la de los niños, como rito de iniciático a la edad adulta. Es una expresión que no destila violencia o agresión, sino que la equipara a una práctica cultural ejercida sobre ambos sexos. Las posiciones más relativistas siguen defendiendo el uso de la palabra circuncisión, junto a otras como operación o prácticas tradicionales. Incluso algunas ponentes en el congreso de la PAA '99 (Population American Assoc.) hacen uso de este término, mientras otras, en el mismo simposio, hablan de mutilaciones. La propia población musulmana que la practica, por ejemplo en Sudán o Etiopía, se refiere a ella como *sunna* o bien remiten al término utilizado en la lengua autóctona: en mandinga es *ñyaka* o en somalí es *gudniin gadbahaada*, que tiene una carga más simbólica y menos emocional. Otros términos utilizados entre algunas etnias africanas son "abierto" o "cerrado".

Desde ámbitos académicos el término más comúnmente utilizado ha sido el de *Female Genital Cutting (FGC)*, que podríamos traducir como Cortes Genitales Femeninos. Autoras que provienen de las ciencias sociales como María de Bruyn (1998), antropóloga o Dara Carr (1997), demógrafa, prefieren hablar de FGC como una forma más respetuosa de referirse no a la intervención sino a la población que la ejecuta, y que contempla los tres tipos de operación descritos, evitando la estigmatización, barbarización o juicios morales sobre la práctica. En este mismo sentido se pronuncian algunos profesionales de las ciencias de la salud. Sin embargo, desde otros ámbitos sanitarios se alude al ejercicio médico y en la reivindicación de este derecho en la praxis médica (como en Egipto), y se ha llegado a clasificar, hasta muy recientemente, como una especialidad de Cirugía Genital Femenina.

Desde posiciones más feministas (Dorkenoo, 1995; Grassivaro, 1998; Guine, 2000; Koso-Thomas, 1987; Leye, 1999 o Walker, 1993, entre otras), se propone el término Mutilaciones Genitales Femeninas (FGM), que va a cambiar no solamente la orientación terminológica sino conceptual, en la medida en que entienden que este tipo de prácticas claramente atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres, defendiendo que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. A partir de este momento, en algunos foros internacionales se habla de FGM o en su defecto, y por respeto a las culturas afectadas por esta práctica, se utiliza, como concepto que organiza una acción, el de “Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y los niños”.

### **3.- Efectos perjudiciales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres:**

**a) Complicaciones médicas:** las intervenciones que realiza la *ngnansimbah* se ejecutan con limitados conocimientos de “cirugía”, instrumentos no esterilizados (hojas de afeitar, cuchillos, cuerdas, espinas de acacia, etc.), sin anestesia o bien con medicinas locales (barros, clara de huevo, café, hierbas, cenizas, etc.), y bajo el sufrimiento de las niñas. Por ello, el corte y la sutura de la herida puede resultar inadecuado y producir lesiones en los órganos próximos a las zonas escindidas, infecciones, hemorragias y en algunos casos, dependiendo de la resistencia que oponga la niña, fracturas.

Podríamos clasificar (WHO, 1997) las complicaciones médicas en:

- Complicaciones inmediatas: existe la posibilidad de que alguna o varias complicaciones se produzcan durante la intervención o durante el periodo de cicatrización de la herida. Necesariamente, y por razones de espacio sólo vamos a mencionar las más frecuentes y severas, que incluso pueden causar la muerte.
  - Hemorragias: la amputación del clítoris se realiza a través de la arteria clitoral, con un fuerte fluido de sangre y una alta presión arterial. Incluso el corte a través de la arteria pudenda interna puede causar serios sangrados, que si no son bien controlados, conducen a la muerte de la niña.

- Shock: se produce debido a la repentina pérdida de sangre y al dolor.
  - Tétanos: falta de instrumental quirúrgico esterilizado y vacunación antitetánica.
  - Trauma de las estructuras adyacentes: uretra, esfínter anal, paredes vaginales, etc.
  - Retención urinaria aguda: esto ocurre en la mayoría de los casos debido al dolor y sensación de escozor que produce la orina sobre la herida abierta, o bien porque se daña la uretra y los tejidos adyacentes, o porque los labios se adhieren produciendo obturación.
  - Infección de la herida e infección urinaria: debido a la retención urinaria y a la utilización de instrumentos y materiales (emplastes) no esterilizados.
  - Fiebre y septicemias, prolongación de la cicatrización de la herida y anemias.
  - Infección de HIV: generalmente se suelen utilizar los mismos instrumentos cortantes en todas las niñas iniciadas, y con ello se crea una fuente de propagación del virus.
  - Muerte: puede ocurrir como consecuencia de hemorragias o shocks sépticos, tétanos, etc., y a la falta de accesibilidad/proximidad de centros de salud.
- Complicaciones a medio plazo:
    - Anemias severas provocadas por las hemorragias y problemas de malnutrición.
    - Infección pélvica: infección del útero y la vagina que provocan necrosis.
    - Dismenorrea: debido a la infección pélvica o a la obstrucción del orificio vaginal (en caso de infibulación)
    - Formación de cicatrices queloides debido al lento o indebido proceso de cicatrización de la herida y a las infecciones producidas.

- Complicaciones a largo plazo:

- Hematocolpos: en casos de infibulación, la clausura de la vulva produce retenciones de sangre menstrual en la vagina y el útero.
- Infertilidad: debido a infecciones pélvicas crónicas, no diagnosticadas o mal tratadas, que bloquean las trompas de Falopio. Continuas infecciones que producen abortos.
- Formación de fístulas rectovaginales y vesiculovaginales.
- Dificultad en orinar al haber sido dañada la uretra. Incontinencia urinaria y anal.
- Formación de cálculos/piedras en la vagina.
- Transmisión del HIV a través del sangrado de pequeñas úlceras vaginales.
- Complicaciones obstétricas debidas a infecciones perineales, hemorragias, desgarros, etc. que conducen en muchos casos a la práctica del parto cesáreo.
- Riesgos fetales por la prolongación de los partos, obstrucción, incremento del riesgo de transmisión del HIV, entre otros.

**b) Complicaciones sexuales:**

- Desinfibulación parcial como parte del rito de matrimonio para permitir la penetración.
- Dolores coitales.
- Frigidez debida a infección pélvica, dispareunia, etc.
- Anorgasmia<sup>5</sup> debida a la amputación del glande del clítoris.

**c) Complicaciones psicológicas:**

---

<sup>5</sup> Consideraciones clínicas apuntan la idea de anorgasmia, aunque otros estudios cualitativos (Lighftoot-Klein, 1989; Amnistía Internacional, 1998, entre otros), demuestran una disparidad de criterios que



- Enfermedades psicosomáticas, depresión, psicosis, etc.
- Sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, etc.
- Síndrome “*genitally focused anxiety-depression*” caracterizado por una constante preocupación sobre el estado de los genitales y pánico a la infertilidad.
- Sentimiento de traición, engaño y decepción por parte de mujeres migrantes.

#### **4.- Retos e implicaciones: cuatro ámbitos de análisis, reflexión y actuación (sociocultural, sanitario, jurídico y asociativo) :**

A grandes rasgos podríamos establecer tres dimensiones a partir de las cuales la comunidad internacional se ha pronunciado en diferentes foros, convenciones y declaraciones sobre las FGM: los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos del niño/a. Estas prácticas ancestrales, uno de los principales escollos de la Conferencia Mundial de las Mujeres de Pequín (1995), han sido prohibidas por algunos gobiernos africanos, mientras que en otros, como en Gambia, no existe por el momento una legislación al respecto. Nos movemos entre, por un lado, la “universalidad” de los derechos humanos y la defensa de la integridad física y psicológica, y por otro, el derecho, también universal, del respeto hacia las diferentes culturas. En todo caso os remito a Teresa San Román (1996) y a una profunda revisión y redefinición de los límites de la tolerancia.

En el trabajo de sensibilización que se realizan en las distintas realidades africanas, se parte de la base de que no es posible hablar de la clitoridectomía, del corte en sí, porque no es operativo, ya que provoca un rechazo frontal en el grupo. Es necesario poner énfasis en las consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones acarrearán, como la esterilidad, las infecciones y las hemorragias que puede causar la herida, y que pueden llegar incluso a provocar la muerte. Una segunda fase del trabajo, en función de la receptividad de este primer taller, tendría como objetivo realizar una labor comunitaria donde los hombres pudieran participar y tomar

---

sugieren procesos compensatorios o el mayor desarrollo de otras zonas erógenas (Kaplan, 1998), en las

conciencia de su responsabilidad ante este tipo de problemas que afectan e inciden directamente en la salud de las mujeres y las niñas, y por repercuten en el bienestar de la comunidad y producen graves consecuencias socioeconómicas para el grupo familiar. Lamentablemente, por el momento, la realidad nos demuestra que el trabajo es lento y que en algunos países está lejos de permitir su puesta en práctica. Sin embargo, en países como Senegal, Burkina Faso, Ghana o Malí se han hecho avances importantes, donde pueblos enteros han abandonado la práctica y las mujeres que ejecutaban la mutilación han entregado sus “cuchillos”. Las estrategias planteadas para la erradicación de estas prácticas comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que debe llegar a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo a través de prohibiciones legales o decretos, que difícilmente serían respetados, acatados y ejecutados, sobre todo en las zonas rurales.

En España, se ha constituido un Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las MGF, donde diferentes profesionales han volcado su experiencia en la elaboración y producción de materiales y documentos de apoyo para la intervención. En esta línea disponemos, en la actualidad, de 5 potentes elementos de apoyo para el conocimiento y divulgación de la problemática asociada a las MGF entre los profesionales de la salud:

- **Vídeo:** Documental en vídeo realizado específicamente para esta intervención por la investigadora principal en Gambia, país de origen de gran parte de la población subsahariana objeto de la intervención. Este documental, a partir de la grabación de un ritual en 1992, retoma dos niñas que participaron y hoy, escolarizadas, están en contra de la práctica. Se recoge, también, la historia personal de mujeres afectadas y aborda de manera integral todos los aspectos socio-culturales asociados a la MGF en los países de origen.
- **Guía para profesionales:** “Mutilación genital femenina: prevención y atención”. El objetivo de la guía no es otro que “proporcionar conocimientos antropológicos,

---

que las mujeres afirman tener deseos sexuales y gozar en sus relaciones.

sanitarios, sociales y jurídicos sobre las MGF y permitir a los/las profesionales de la salud, de la educación y del campo social, intervenir de manera efectiva, reflexiva y profesional en la prevención de las MGF con la población africana residente en España”. Actualmente se ha hecho una reducida edición en castellano y sería interesante hacer una edición mayor y poder divulgarla también en las otras lenguas oficiales del Estado.

- **El “Contrato Preventivo”** es una carta-documento que hemos desarrollado para que los padres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo a su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. Con este documento se pretende reforzar el compromiso de los padres para no mutilar a sus hijas y descargarles de presiones del entorno familiar en los países de origen.

- **Declaración de Barcelona sobre la MGF.** Documento de conclusiones del Diálogo “Iniciación sin Mutilación” desarrollado en el seno del Fórum Mundial de las Mujeres en Julio de 2004 (ver anexo II).

- **Taller formativo:** Diseño de un taller formativo dirigido a profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en el abordaje de la MGF (equipos de pediatría, medicina de familia, comadronas, ginecología-obstetricia y trabajadores sociales). El objetivo de este taller es dotar a los profesionales sociosanitarios de atención primaria de los conocimientos y elementos metodológicos que les permitan abordar y prevenir en la consulta la problemática asociada a la MGF en población inmigrada de origen subsahariano

Las líneas de trabajo del grupo en este campo pasan por:

- Conseguir la máxima difusión de los materiales divulgativos y formativos entre los colectivos implicados en el abordaje de las MGF.
- Estudiar la validez del “Contrato Preventivo” como elemento de apoyo a los padres en los países de origen.

- Evaluar la utilidad del curso-taller como elemento motivador para el cambio de actitudes de los profesionales ante este problema.

La formación y motivación de los profesionales en contacto con la problemática asociada a la MGF son imprescindibles para asegurar el éxito de la intervención. Hemos detectado que en el entorno sanitario existe todavía cierto desconocimiento y actitudes nihilistas frente a las MGF.

La labor realizada hasta el momento desde atención primaria ha sido escasa debido a la falta de formación y por a las reticencias que presentan las madres por cuatro razones fundamentales: a) conflictos de lealtades respecto a sus mayores en la sociedad de origen, b) la existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación, c) estigmatización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas, y d) el mito del retorno está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género. En este sentido, la investigación, entendida como investigación-acción, pretende abordar el conjunto de dificultades, de negociaciones y de interacciones a la vez que proporcionar el conocimiento adecuado que permita un trabajo de campo, llevado a cabo por las propias mujeres africanas de AMAM, sólido y estructurado.

En definitiva, el objetivo final de esta investigación longitudinal, circular y transnacional es la elaboración y desarrollo de una propuesta que permita establecer puentes interculturales que garanticen la comprensión recíproca de dos formas de entender las relaciones de género, sus desigualdades en la salud, la reproducción y la sexualidad humana, sus implicaciones en la construcción de la identidad étnica y de género, tanto en África como en España.

Este proyecto no puede ser otro tipo de investigación que la aplicada y aplicable. La necesidad de plantearse un conocimiento de la gente y de la realidad con la que trabajamos, es una exigencia no solo científica sino moral. Cuanto más vinculado se encuentre un estudio a su aplicación y difusión social, más se incrementa la responsabilidad moral sin que decrezca, sino más bien incrementándose precisamente

por ello, la necesidad de hacer una investigación detenida, consciente y rigurosa. Queremos que esta sea una investigación aplicada así entendida. Y en consecuencia, es ineludible la responsabilidad de transmitir los resultados que vamos obteniendo, interpretar a su vez los cambios que se vayan produciendo, colaborar en las tareas de autogobierno y servir de vínculo de conocimiento, diálogo y reflexión, tanto para las mujeres africanas como para aquellas personas que trabajan en atención directa y que actúan en la base. Esperamos que a través de los resultados se puedan ir abriendo vías de comprensión y señalando las explicaciones y los factores que intervienen en producir efectos problemáticos en la salud y en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes subsaharianas y de sus hijas. Estamos colaborando y trabajando con ellas y con quienes con ellas trabajan para que se produzcan los cambios buscados, y a mejorar las condiciones que permitan el establecimiento de relaciones más equitativas.

“La educación no es una fórmula de escuela, sino una obra de vida” decía Celestin Freinet (1979). La alfabetización no puede separarse de la escuela de vida que hayan tenido las personas, porque entonces se convertiría en una dualidad absurda. Para Paulo Freire, pedagogo de la liberación, la alfabetización debe preguntarse a quién va dirigida y cuál es su realidad concreta, siendo su objetivo el ir más allá de la lectura de palabras y la pronunciación de sílabas, apuntando a leer la realidad y a pronunciar al mundo.

## BIBLIOGRAFÍA

Amnesty International (1998) *Female Genital Mutilation: a human rights information pack*. London.

BLEDSON, C.H. (1994) "Children are like bamboo trees: potenciality and reproduction in Sub-saharan Africa" en Lindahal-Kiessling, K. y Landberg, H. (eds.) *Population, Economic Development and the Environment*. Oxford University Press.

BLEDSON, C.H.; HILL, A.G.; D'ALESSANDRO, U.; LANGEROCK, P. (1994) "Constructing natural fertility. The use of western contraceptive technologies in rural Gambia" en *Population and Development Review* nº 20-1.

BODDY, J. (1991) "Body politics: continuing the antircircumcision crusade" en *Medical Anthropology Quarterly* vol. 5,1.

BRUYN de, M. (1998) *Sociocultural aspects of female genital cutting*. Ponencia presentada en el DAPHNE Workshop, Ghent, Bélgica.

CARR, D. (1997) *Female Genital Cutting*. Demographic and Health Surveys Program, USA.

DEMBOUR, M.B. (1996) "From female circumcision to genital mutilation back to circumcision". Ponencia presentada en el IV Congreso Europeo de la EASA, Barcelona.

DOUGLAS, M. (1991) *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI, Madrid.

GRASSIVARO, P. (1998) *Figlie d'Africa Mutilate: la pratica dell'escissione sessuale femminile*. L'Harmattan Italia, Torino.

GRIAULE, M. (1987) *Dios de Agua*. Editorial Alta Fulla, Barcelona.

INTERAFRICAN COMMITTEE (2004) Newsletter n 35, December 2004.

JAUMA, R.M. y VIÑAMATA, B. (1994) "Morbilidad atendida en de la población migrante africana en un centro de salud", en *Atención Primaria* vol. 13 nº6.

JULIANO, D. (1996) "Las mujeres inmigrantes, un plus de extranjería" en Kaplan, A (coord.) *Procesos Migratorios y Relaciones Interétnicas*. Actas del VII Congreso de Antropología Social, Zaragoza.

KAPLAN, A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. Fundación "la Caixa", Barcelona.

KAPLAN, A. (1993) "Sobre el clítoris y las mutilaciones", diario *El País*, 11 de mayo 1993.

KOSO-TOMAS, O. (1987) *The circumcision of women. A strategy for eradication*. Zed Books, London.

LACOSTE-DUJARDIN, C. (1993) *Las madres contra las mujeres*. Ed. Cátedra-Feminismos, Instituto de la Mujer, Universidad de Valencia.

MALLART, L. (1993) *Ser hombre, ser alguien. Ritos e iniciaciones en el sur de Camerún*. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

READ, D. (1998) *Out of sight, Out of mind?* Forward, London.

SAN ROMAN, T. (1996) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Editorial Tecnos, Madrid.

TURNER, R. (1992) "Gambian religious leaders teach about Islam and family planning" en *International Family Planning Perspectives* nº 4.

VAN GENNEP, A. (1986) *Los ritos de paso*. Ediciones Taurus, Madrid.

VERNET, J. (1983) *El Corán*. Editorial Planeta, Barcelona.

WALKER, A. (1992) *En posesión del secreto de la alegría*. Ed. Plaza y Janés, Barcelona.

WALKER, A, y PARMER, P. (1993) *Warrior Marks: FGM and the sexual binding of women*. Harcourt Brace & Co., London.

WHO (1997) *Female Genital Mutilation. A joint Report WHO/Unicef/UNFPA statement*. Technical Group, Ginebra.