

marta lamas

las mutilaciones genitales

En estos momentos, entre veinticinco y treinta millones de mujeres son víctimas de diversas formas de mutilación genital. De entre ellas, un ínfimo porcentaje ha empezado a impugnar tal práctica iniciando una campaña de denuncia que ha rebasado las fronteras de sus países y se ha convertido en un tema de interés internacional. La acción de las feministas, en especial el valioso trabajo de Fran Hosken¹ (quien desde hace años viene denunciando estos hechos y ha elaborado un libro sobre el tema), ha logrado atraer la atención de los gobiernos de los países involucrados y de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las mujeres que encabezan este movimiento son africanas y árabes que valientemente han desafiado a "la tradición", exponiéndose al rechazo y a la agresión al romper ciertos tabúes (dejar fotografiar sus órganos mutilados, hablar de cómo fueron mutiladas) y al no permitir que sus hijas sean mutiladas. Algunas son figuras conocidas en sus países, como Nawal el Saadawi² escritora y científica egipcia, directora del African Training and Research Center for Women, de Naciones Unidas; la doctora Fátima Abdul Mahmoud, ministra de Asuntos Sociales en Sudán; Mehani Saleh del ministerio de Salud de Aden; Awa Thiam³ del Senegal; Edna Adan Ismail de Somalia, la responsable de Salud en la OMS; y Esther Ogunmodede, conocida periodista de Nigeria. También organizaciones femeninas han apoyado la campaña; grupos como la Federación de Mujeres del Volta y la Organización Democrática de Mujeres Somalíes han colaborado intensamente.

Aunque las autoridades sanitarias internacionales recono-

cen que dicha práctica se concentra en los países del continente africano y la península arábiga, también se da en sociedades tan diversas como Brasil, Australia, Malaya, Pakistán, la Unión Soviética (los "Skoptsi", una secta cristiana que vive en la URSS) y en El Salvador. La más común en el continente africano es la escisión del clítoris, practicada en más de veintiséis naciones desde el Mar Rojo hasta el Atlántico y desde el norte de Egipto hasta el sur de Mozambique, incluyendo Lesotho y Botswana. Esta misma operación, o su versión mínima llamada "sunna", se encuentra en los dos Yemenes, Arabia Saudita, Irak, Jordania, Siria y el sur de Argelia. La infibulación, o sea la extirpación total del clítoris, de los labios menores y mayores, más la unión de los lados de la vulva sobre el orificio vaginal mediante una costura, es costumbre en Etiopía, Sudán, Somalia, Kenya, Nigeria, Mali, Djibouti, el Alto Volta y regiones de la Costa de Marfil y del Tchad.

¿En qué consiste la mutilación genital? A grandes rasgos se puede diferenciar tres variantes: 1) La circuncisión "sunna", consistente en cortar "la punta del clítoris"; 2) la escisión del clítoris o clitoridectomía, que también puede estar acompañada por la escisión de las partes adyacentes a los labios menores y 3) la infibulación, la desaparición total de cualquier apariencia sexual eliminando clítoris y labios menores y mayores, y cosiendo la superficie hasta dejar un mínimo orificio (muchas veces del ancho de un cerillo de madera, otras de cinco milímetros) para dejar salir la orina y la sangre. Esta operación supone que, para tener relaciones sexuales y posteriormente para parir, la mujer deberá ser abierta (de un tajo a sangre fría, usualmente); después de parir es vuelta a coser y este procedimiento se repite a lo largo de su vida reproductiva.

Las mutilaciones se efectúan, en su gran mayoría, sin anestesia; se llevan a cabo en condiciones poco sanitarias, en la casa de la víctima o en un lugar ritual (recientemente, dado el alto índice de muertes y complicaciones, algunos hospitales han empezado a ofrecer "el servicio"). Cada grupo tiene sus técnicas y sus variaciones en la operación: algunos "cauterizan" el clítoris con fuego, otros frotran una especie de ortiga sobre los órganos sexuales para destruir las terminaciones nerviosas; unos restañan la sangre con compresas de leche, hierbas y miel mientras que otros utilizan excrementos de animales o cenizas.

También varía la edad en que se las mutila, de acuerdo con la tradición y los procedimientos locales. Unas son "operadas" al octavo día de nacidas, pero la mayoría son sometidas a esta tortura antes de la pubertad. Los casos de infibulación,

1. Frank P. Hosken "The Hosken report: Genital/Sexual Mutilation of Females" *WIN News*, Massachussets, 1979.

2. Nawal el Saadawi, *The Hidden Face of Eve: Women in the Arab World*. Zed Press, Londres, Inglaterra.

3. Awa Thiam, *La parole aux negresses*, Denoel Gonthier, Paris, 1978.

por ejemplo, se realizan cuando la niña tiene entre tres y ocho años. Muy pocas son las que llegan a la adolescencia sin ser mutiladas, ya que las consideran "sucias" o "impropias" y resulta imposible casarlas si siguen "al natural". Aunque la edad varía, es una constante en todas ellas el vívido recuerdo que guardan de la mutilación.

¿Por qué se mutila de esa manera a niñas y jovencitas? Las explicaciones que dan los grupos que practican la mutilación genital recorren una amplia gama de justificaciones culturales; desde una supuesta "limpieza" de los genitales femeninos o una "protección contra brujerías" hasta abstracciones tales como "la religión lo señala" o "así es la costumbre". Sin embargo hay unanimidad al pensar que representa una "garantía" de la virginidad y que sirve para "prevenir" la promiscuidad femenina (al reducir físicamente la posibilidad del placer sexual y aterrorizar a las mujeres frente a lo doloroso del coito). Algunas feministas⁴ que han profundizado un poco más en el estudio de este fenómeno señalan que, dentro de las justificaciones culturales, hay algunas que ponen en evidencia un gran miedo a la sexualidad femenina; éste se expresa, por ejemplo, con argumentos como los de los Mossi, del Alto Volta, o los Dogon y Bambaras de Mali, que creen que el clítoris es un órgano peligroso para los hombres, ya que les trae consecuencias fatales si el pene entra en contacto con él.

Antes de seguir adelante quiero rescatar un importante señalamiento que hacen Morgan y Steinem⁵, en el sentido de que estas costumbres no deberían de extrañarnos tanto, ya que tienen un parecido y una relación con ciertas prácticas occidentales "civilizadas". Guardando las proporciones culturales debidas, dicen que si bien estas prácticas varían en medida, son de la misma clase que aquéllas. Morgan y Steinem muestran cómo la medicina occidental ha legitimado la mutilación quirúrgica del clítoris como un tratamiento adecuado contra la masturbación, la "ninfomanía", la histeria, y demás "padecimientos femeninos". Unos ejemplos: en el siglo XIX el doctor Isaac Baker Brown justificaba cortar el clítoris en casos de esterilidad, insomnio y de "matrimonios malavenidos o infelices"; en 1859 Charles Meigs recomendaba la aplicación de nitrato de plata a los clítoris de las niñas que se masturbaran. En 1925, en los Estados Unidos, una asociación médica llamada "The Orificial Surgery Society" ofrecía entrenamiento médico en clitoridectomía e infibulación, con lo que se suponía que "un vasto número de enfermedades y sufrimientos se le podrían ahorrar al sexo débil". Estas operaciones se llegaron a realizar comúnmente hasta los años cuarenta en los Estados Unidos y, todavía hoy en día, en países como Francia y Suecia hay médicos que las realizan a petición de los padres de las niñas. Aunque hay muy poca información sobre prácticas similares en América Latina, se sabe que en El Salvador algunas madres hacen una "cruz" en el clítoris de las niñas "para alejarlas de malos pensamientos".

Morgan y Steinem subrayan que las mujeres "occidentales

han sufrido una clitoridectomía psíquica o psicológica. Legitimado por la corriente freudiana ortodoxa como si fuera una verdad científica, el planteamiento de Freud sobre la sexualidad femenina creó confusión, locura y miedo entre las mujeres. Aunque Freud lo planteó como una hipótesis, y expresó su esperanza de que las psicoanalistas mujeres investigaran más sobre el tema (ya que consideraba que su conocimiento sobre ellas era insuficiente e inadecuado), su planteamiento fue manejado como un dogma. Este se puede resumir así: en las niñas la principal zona erógena es el clítoris; al llegar a la madurez sexual, el clítoris "abandona" su lugar de supremacía erótica y la vagina se convierte en la principal zona erógena; las mujeres en quienes esta "mágica" transición no se efectúa son caracterizadas como "frías" y "psicosexualmente inmaduras". De aquí se desprendió todo el debate sobre el orgasmo vaginal versus el clitoridiano, con la nefasta consecuencia de que millones de mujeres, para ser consideradas "sanas" y maduras, tuvieron que fingir sentirlo. En 1966 termina dicho debate, al menos científicamente, con el estudio clínico masivo de los doctores Masters y Johnson. Recién entonces se vino a descubrir que la distinción entre orgasmo vaginal y clitoral es totalmente falsa, ya que anatómicamente *todos* los orgasmos se centran en el clítoris, sean resultado de la presión directa sobre éste o de la indirecta que el pene ejerce en la vagina. O sea, que se puede tener orgasmo mientras haya clítoris, y no es posible obtenerlo sin él, aunque haya vagina.

Es por ello que en los grupos que practican la mutilación, resulta muy clara la intención de evitar que la mujer tenga placer sexual. Y también por ello, las mujeres que luchan contra esa práctica se oponen a que se la llame "circuncisión femenina". Arguyen que la única similitud entre ambas circuncisiones es el hecho de que se llevan a cabo por motivos religiosos o razones culturales. Sólo que la circuncisión masculina no acaba con la capacidad de placer sexual en los hombres, ni les acarrea coitos dolorosísimos o problemas médicos y psicológicos para toda la vida. Este término de "circuncisión femenina" es, por lo tanto, además de incorrecto, confuso, ya que sugiere que lo que se les hace a las mujeres es algo similar a lo que se les hace a los hombres y, por ende, superficial. El clítoris tiene tantas terminaciones nerviosas como el pene y, tomándolo estrictamente como el órgano sexual femenino, una clitoridectomía es más una "penectomía" que una simple circuncisión.

Además de la obvia pérdida de capacidad orgásmica y del trauma que la mutilación ocasiona, hay una serie de consecuencias en la salud de las mujeres cuya gravedad incluye desde la muerte causada por shock, hemorragia o septicemia, hasta complicaciones posteriores como malformaciones

4. Benoit Groult, *Ainsi soit-elle*, Bernard Grasset, Paris, 1975.

5. Mary Daly, *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*, Beacon Press, Boston, 1978.

5. Robin Morgan y Gloria Steinem, "The International Crime of Genital Mutilation", *MS*, vol. VIII, No. 9, marzo 1980, EE.UU.



4/2

genitales, menarca retrasada, dyspareunia (dolor durante el coito, complicaciones pélvicas crónicas, calcificaciones en las paredes de la vagina, quistes en la vulva, incontinencia crónica, fístulas recto-vaginales, abscesos, infecciones por la retención de orina, formaciones queloides o mala cicatrización, infertilidad y una serie de complicaciones obstétricas, junto con la creciente posibilidad de daño al feto durante el embarazo (a causa de la infección) y al recién nacido durante el parto. Esto sin mencionar los daños psicológicos que pueden provocar traumas temporales y frigidez permanente e, incluso, psicosis graves. ¿Quién tolera así, nada más, que se la corte y cosa en vivo?

A muchas personas les asombra el hecho de que sean justamente mujeres las que realizan las escisiones e infibulaciones; son las madres quienes vigilan que se cumpla el rito y hasta sostienen a sus hijas para que sean mutiladas. ¿Por qué lo hacen, si ellas han sufrido las dolorosísimas secuelas de este acto? La respuesta es sencilla; no se trata ni de sadismo ni de crueldad, sino más bien que esta práctica está ligada a un hecho económico indiscutible: si el matrimonio es el fin de una mujer y ésta no es aceptada sin la mutilación, resulta razonable que los padres procuren que se lleve a cabo. Tratar por todos los medios de que se case, tanto por el aspecto económico como por el aspecto cultural (¿quién la mantendrá y cómo va a vivir sola?) es el camino natural. Y como la virginidad es, en estas sociedades, un requisito indispensable, qué mejor garantía, como dice Benoit Groult⁶, que un cinturón de castidad en carne propia. De esta manera la mutilación se convierte en la expresión legítima de una preocupación paterna por el futuro de la hija, por su situación de respetabilidad y su importancia en el mercado matrimonial.

También tiene que ver el papel que desempeña la ejecutante de las mutilaciones, muchas veces la partera o comadrona del lugar. Esta goza de una situación de honor y poder, y es razonable que trate de preservar su situación de privilegio reforzando un rito que a ella la beneficia directamente. Suele ser a través de ella que se augura un futuro negro a las niñas no mutiladas y ella propaga las leyendas sobre las desgracias que ocurren a quienes no cumplieron el rito. En algunos lugares hay familias que tienen la prerrogativa (por herencia o tradición) de organizar las ceremonias de escisión, "adoptando" a las niñas escindidas por dos o tres años, y poniéndolas a trabajar gratuitamente para ellas. Si lo aparente es que las niñas no mutiladas no consiguen casarse, no hay que olvidar que razones económicas siempre generan sus justificaciones ideológicas.

Aunque hace ya algunos años que las propias mujeres árabes y africanas empezaron a impugnar estas prácticas y a oponerse a ellas, se ha visto recientemente una actitud, tanto de gobiernos árabes y africanos, como de países occidentales y organismos internacionales, de reticencia a intervenir en lo que se ha dado por llamar una "cuestión cultural". Esta actitud es más marcada en organismos como la OMS, que temen caer en posiciones "irrespetuosas" interviniendo en aspectos

culturales. Para las feministas que han colaborado con las mujeres a quienes el problema atañe de manera directa, esta actitud "respetuosa" ha despertado asombro y sospechas. Curiosamente, señalan ellas, esta "sensibilidad" frente a las diferencias culturales ha estado marcadamente ausente en otras áreas, por ejemplo, en las campañas de vacunación que se han llevado a cabo sin respetar la resistencia de los tradicionalistas. Hubo casos en que el ejército tuvo que intervenir para "calmar" la violencia de los habitantes que se negaban a ser vacunados, ya que temían un embrujamiento por las inyecciones. Parecería entonces que el "respeto" a la cultura va en proporción directa al convencimiento de las autoridades de que dicha práctica es o no benéfica para la comunidad. Lo que queda claro entonces es que todavía no se considera benéfico prohibir las mutilaciones.

Esta situación se complica con la sospecha, bastante comprensible por lo demás, por parte de gobiernos africanos y árabes de que el interés occidental por poner fin a estas mutilaciones no es completamente humanitario, sino que lleva un trasfondo racista o neocolonialista que intenta erradicar costumbres culturales propias. La defensa de estas costumbres ha sido una de las fuerzas movilizadoras por la independencia. Morgan y Steinem señalan también esto y recuerdan que en 1929 una de las causas que movió al pueblo de Kenya fue el rechazo a misioneros británicos que, justamente, querían suprimir la clitoridectomía.

Sólo que ahora existe una diferencia radical. No son grupos de "afuera" los que promueven un alto a las mutilaciones, son las propias mujeres africanas y árabes quienes han empezado a organizarse. Ellas han escrito sus denuncias, relatando muchas sus propios casos; ellas han acudido a organismos internacionales, a grupos feministas. Un resultado concreto de esta movilización es la histórica reunión en Khartoum, realizada en febrero de 1979. Promovida por estas mujeres como un "Seminario sobre prácticas tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños", la reunión trató sobre los tabúes nutricionales durante el embarazo y la lactancia, las prácticas de matrimonios entre niños y las mutilaciones genitales. Esta reunión tuvo delegados de diez naciones árabes y africanas, y fue apoyada por otros países que no pudieron mandar representante. De esta reunión surgieron cuatro "recomendaciones":

- La adopción de políticas nacionales muy claras respecto a la abolición de la "circuncisión femenina".
- El establecimiento de comisiones nacionales para coordinar las actividades, incluyendo dentro de estas actividades la promulgación de las leyes de abolición de dicha mutilación.
- La intensificación de programas de educación general sobre los peligros y lo indeseable de la práctica.

6. Benoit Groult, "Mutilation sexuelles: le scandale continue" *F. Magazine*, No. 31, París, octubre 1980.



- La intensificación de programas orientados a comadronas, curanderas y otros practicantes de medicina tradicional, con el fin de obtener su apoyo para la abolición de dicha mutilación.

Después de esa reunión hubo otra en Lusaka, Zambia, la reunión preparatoria regional para la conferencia de Copenhague, donde también se discutió fuertemente el tema, condenándose la práctica de las mutilaciones sexuales, y se hizo un llamado a las organizaciones de mujeres de los países afectados a "informar y establecer campañas de educación en la salud sobre las consecuencias dañinas, tanto sociales

como médicas, de dichas prácticas". Aunque el problema de las mutilaciones genitales no es una prioridad en países donde la explotación, el racismo, el hambre, las pésimas condiciones sanitarias le ganan en jerarquía, el trabajo de las mujeres y el apoyo solidario internacional han logrado que empiece a ser tomado en cuenta como un problema social y no como una cuestión cultural individual. Las reuniones de Khartoum y Lusaka, y la posterior resolución en la conferencia de Copenhague, demuestran que hombres y mujeres conscientes pueden oponerse a estas prácticas, sin por ello caer en posiciones imperialistas o neocolonialistas. J