



ADRIANA KAPLAN

Texto Carmen Ruiz de Garibay

Fotografías Karlos Corbella

Lleva 25 años tratando de erradicar las mutilaciones genitales femeninas, cuyas consecuencias las sufren 130 millones de niñas y mujeres en el mundo. Un trabajo de campo como antropóloga la llevó a Gambia, en cuyos poblados convivió durante 16 años, adoptada por una familia gambiana. Emakunde cuenta con ella para desarrollar un programa integral de prevención de esta práctica entre la población inmigrante en Euskadi, que está tipificada como delito en nuestro país pero que sigue teniendo una fuerte prevalencia entre las inmigrantes musulmanas.

De poco ha servido legislar sobre la práctica de la mutilación sexual femenina. La prevalencia apenas ha descendido desde que hace 30 años se empezó a trabajar en este tema. En ocasiones, los gobiernos de países subsaharianos legislan para conseguir acuerdos bilaterales con países que exigen se cumplan los derechos humanos, pero una vez obtenidos los fondos económicos, la ley es papel mojado. Por otro lado, lo local hoy es global y las mujeres africanas migrantes viajan con su bagaje cultural. En una situación de contraste donde se sienten diferentes, a veces menospreciadas porque lo que traen no vale mucho, se refuerzan en su identidad. Este panorama ha sido denunciado en multitud de ocasiones por la antropóloga argentina Adriana Kaplan, profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ella asegura que la ley no va a cambiar la realidad "pero otorga un marco jurídico a partir del cual poder trabajar, donde es indiscutible que se trata de un problema de salud, tipificado y legislado, y donde te permite hacer prevención".

¿Con qué herramientas cuenta para este trabajo en su doble orilla africana y europea?

Con la prevención y la formación. Hay que tener en cuenta que estás trabajando con una tradición ancestral, con razones poderosas que la sustentan: una mujer circuncidada es una mujer limpia; una que no lo está es impura y a través de su impureza contamina los alimentos. La mujer africana, que es la primera productora de alimentos no puede estar fuera de esa cadena alimentaria. En mi caso, por ejemplo, durante los 16 años que viví en Gambia, no cogieron jamás un jarro de agua ni comieron mi comida. Entonces me di cuenta del arraigo de esta práctica y de lo difícil que es salirse de ahí. O estás dentro o estás fuera. Si tú quieres a tu hija, no puedes romper esa cadena. Además, alegan que lo dice su religión, y no es verdad, que aumenta la fertilidad y facilita el parto. Esta tradición se ha combatido con un feminismo occidental que no se corresponde con las propias necesidades. Tú no puedes llegar a un poblado y decirles a las viejas, que son las que sustentan la tradición: sois unas ignorantes, se os mueren las

niñas. La única forma de acercamiento es construir ese conocimiento.

¿Y cómo se construye ese conocimiento?

A partir de la investigación aplicada a la transferencia del conocimiento en cascada. Esa es la metodología que estamos desarrollando. Por ejemplo, rodamos un documental sobre iniciación sin mutilación, que es el que presenté a la vicepresidenta de Gambia con el propósito de levantar el veto, porque habían prohibido hablar del tema. Se trata de una propuesta de ritual alternativo con iniciación sin mutilación, evitando la parte física y manteniendo lo que quieren las madres: el aprendizaje de su cultura, de esa identidad étnica y de género, la pertenencia al grupo, a la sociedad secreta de las mujeres. La vicepresidenta Isatou Njie-Saidy, que es mandinga y está mutilada, dijo que el documental estaba realizado con ojos africanos, que era una propuesta muy posible, muy aceptable, dulce, es decir, no hay lloros, ni sangre ni gritos, pero cada mujer que haya pasado por ahí sabe cada paso que está dando: cuando las madres están fuera, cuando las niñas entran en la chavola con las viejas, lo saben todo, no hace falta mostrar la violencia para que ellas lo identifiquen. Entonces pidió que se tradujera a cinco lenguas locales. En este momento también está traducido al inglés, catalán y castellano y se puede ver en nuestra web: www.mgf.uab.es

¿Esta propuesta levantó el veto?

Sí, además, la vicepresidenta pidió que se trabaje con esta metodología con las poblaciones. La cuestión es que no queríamos ir de pueblo en pueblo como un circo ambulante. Nos dimos cuenta de que había que inventar un sistema nuevo, ya que hay profesionales de la salud que están legitimados en el territorio, en los poblados. Realizamos un cuestionario sobre conocimiento de actitudes y prácticas y el resultado fue que el 48% de los profesionales de la salud apoyan la mutilación. Cuando en Gambia hay casi un 80% de prevalencia, evidentemente apoyan la mutilación. Segundo hallazgo: nunca habían relacionado todas las consecuencias que han visto, como las complicaciones durante el parto, con la

bre todo, cómo atender a las mujeres que ya lo han padecido. Esta experiencia también la vamos a aplicar en una universidad en Kenia y en otra en Tanzania.

¿Hay alguna promoción de profesionales de la salud que está ejerciendo con estos nuevos conocimientos?

Sí, en Gambia hay tres generaciones de profesionales que ejercen con esta nueva perspectiva. Ellos se sienten heridos en su amor propio profesional por haber apoyado la mutilación, alguno había circuncidado a niñas, a sus hijas. Fue muy gordo para ellos. A ellas, las estudiantes o trabajadoras, que están todas mutiladas, les estás abriendo una herida y se empiezan a dar cuenta de la realidad. Nos propusieron que en los cuatro

yo. Sin embargo, la directora del Instituto de la Mujer estaba feliz. 'Mira: el primer año no vino nadie del Consejo Supremo Islámico, el segundo mandaron a alguien y este año estuvo el presidente del Consejo, sentado y presidiendo, controlando, pero estuvo, porque antes decían que eran temas de mujeres. No se levantó nadie, nadie abandonó la sala, todos escucharon con atención'. Yo tenía ganas y necesidad de ver resultados de una forma más rápida, porque mientras tanto las niñas van pasando por el cuchillo. Son muchos años, vas dando pasos pequeños, pero sin el paso anterior no puedes dar el siguiente.

Otro núcleo resistente será el de las comadronas tradicionales, ¿cuál es su

“Euskadi será líder en Europa en cuanto a prevención de la mutilación genital femenina”

mutilación. Esto te va dando pistas ciertas sobre por dónde y en dónde hay que incidir. De nuevo, la investigación aplicada a la transferencia del conocimiento en cascada, es decir, generamos un conocimiento (sabemos que la mitad apoya la mutilación, que no relacionan la mutilación con las complicaciones y creen que los genitales mutilados de las mujeres son normales porque lo único que han visto son genitales cortados). Y nos enfrenamos al problema de que primero hay que formar a todos los y las profesionales de la salud sobre el tema y por otro lado hay que ir a la raíz y empezar de cero, desarrollando curriculum académico, con el contenido académico de la formación que vamos a dar en diez módulos. Lo introducimos en Medicina, Salud Pública, Enfermería y Comadronería para que quienes acaben la carrera salgan sabiendo que es un programa de salud. Se introduce en seis asignaturas de Medicina (Fisiología, Anatomía, Pediatría, Psicología, Ginecobstetricia y Medicina Comunitaria), con lo cual lo van retomando a lo largo de la carrera en distintas asignaturas como un tema más de salud. Resultado: cada estudiante sale de las carreras de Ciencias de la Salud sabiendo cómo hacer prevención, cómo proponer el ritual alternativo y so-

meses de prácticas de final de carrera, donde tenían que atender 50 partos, podían diseñar una ficha para distinguir los distintos tipos de mutilación, con el fin de relacionar las consecuencias durante el parto y el sufrimiento fetal.

La implicación de la vicepresidenta y del Ministerio de Educación de Gambia les ha abierto puertas, pero ¿qué dicen los líderes religiosos que reúnen tanto poder?

Vamos introduciéndonos en todos los estamentos que tienen el poder. Con los líderes religiosos no se puede ir con discursos de derechos humanos porque para palabra tienen la de Dios. Lo único que escuchan son los resultados científicos, la investigación clínica. Ya es el tercer año que la vicepresidenta de Gambia convoca a través del Instituto de la Mujer a líderes religiosos, que mandan mucho. De la última reunión, hace un mes, yo salí muy rabiosa, decepcionada, con una frustración muy grande. Te vienen esos barbudos y feos señores diciendo que lo que hay que enseñar a las comadronas tradicionales -que son las que circuncidan- mejores técnicas para evitar los sangrados y las infecciones. Después de 25 años y de lo que has dado, no puede ser, me decía

actitud cuando ven que sus prácticas peligran?

En la cascada de transferencias ya estamos llegando a ellas, que son el núcleo duro, porque son las custodias de la tradición. Estamos entrando a través de su conocimiento como comadronas tradicionales, haciéndoles identificar todas las consecuencias que ellas han detectado. Simplemente les señalas lo que ellas ya han visto. Una nos dijo: 'vosotros nos honráis con vuestro conocimiento, porque nosotras somos analfabetas pero somos mujeres sabias y poderosas y vosotros habéis reconocido nuestra sabiduría y nuestro poder y venís a empoderarnos con vuestro conocimiento. Nos honra vuestra visita'. ¿Tú sabes lo que supone que te digan esto?.

Pues mucho aliento, en un proceso lento, que va teniendo resultados, ¿no?.

Es trabajo en el que hay que aplicar una metodología sostenible, respetuosa y conocedora. La cuestión es que no se puede repetir el esquema de lo que hacen algunas ONGs, que van como un circo ambulante de pueblo en pueblo con un discurso que no cala. Durante el tiempo que viví en los poblados, una semana te venían con el tema de la malaria: hay que dormir bajo las mosquiteras;



dos semanas más tarde, con la vacunación infantil; a la siguiente, con la rehidratación oral, o te venían hablando de los derechos humanos. Todo ello en un entorno de pobreza. Yo aprendí mucho porque África te vuelve pequeña y no puedes –porque no estás legitimada– hablar de derechos humanos cuando allí no tienen agua potable ni saben si mañana van a comer.

Y aquí, ¿qué se está haciendo para evitar que la mutilación se reproduzca en las hijas de las mujeres inmigrantes?

Empezamos a trabajar en Cataluña, que junto a Aragón reúne a 40.000 gambianas, con dos líneas de actuación: la de prevención y la policial. El 100% de los casos en los que ha habido una intervención preventiva, las niñas han viajado de vacaciones a sus países de origen y han vuelto intactas. Hay un buen protocolo pero desgraciadamente se saltan el primer nivel de prevención y van directamente al policial. Los mossos d'esquadra van persiguiendo a las familias, se retiran pasaportes para que las niñas no puedan viajar y cada seis meses tienen que pasar revisión de genitales hasta que cumplan los 18 años, con lo cual se están conculcando dos derechos: el de la libre circulación y el derecho de intimidad de la menor. La ley en España es la más dura de Europa. Cuando la niña viene mutilada, el padre va a la cárcel y la niña a un centro de menores. Nos estamos encontrando con situaciones dramáticas, las familias se están llevando a las niñas a escondidas, cada vez a más corta edad, para evitar que los mossos les retiren los pasaportes. ¿Qué le espera a una niña que vuelve allí? Que la abuela haga lo que considera mejor para ella: mutilarla y en cuanto menstrúe, casarla. Están truncando la posibilidad de una niña que podía haber ido a la escuela secundaria y posiblemente a la universidad, que no la hubieran cortado ni la hubieran casado a los 15 años.

O sea, que la prohibición y la penalización no son el buen camino.

Desde luego que no. Por eso es tan importante formar a profesionales de atención primaria en salud, educación y trabajo, que son quienes están en contacto con las familias y pueden hacer un trabajo de prevención desde la seguridad del

conocimiento. Además, desde el Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la Prevención de las Mutilaciones Genitales Femeninas hemos desarrollado herramientas para que los padres y madres tengan fuerza. Hay que tener presente que estamos hablando de sociedades gerontocráticas, en las que resulta muy difícil cuestionar la autoridad de sus mayores. Las dos abuelas cogen a la niña y se la llevan al bosque

“Se ha detectado una población de 11.066 personas procedentes de países donde se practica la mutilación, de las cuales 3.161 son mujeres”

y a ti no te pregunto nada. Por eso nos inventamos una carta con un logo oficial. De esta forma, los padres pueden alegar ante la familia africana: aquí dice que si tocáis a la niña vamos a la cárcel, con lo cual ellos no cuestionan la autoridad de sus mayores.

¿Cuál es la situación en Euskadi?

Ha habido pasos muy positivos, como el programa “Conocer para actuar” emprendido por la Diputación de Álava, por ejemplo. Pero, a instancias de Emakunde, se va a desarrollar otro programa integral por el que Euskadi será líder en Europa en cuanto a prevención de la mutilación genital femenina. Se pretende realizar un diagnóstico sobre las mujeres que están afectadas por esta mutilación en Euskadi. Estamos analizando los datos y podemos decir que el número de niñas de 0 a 14 años que proceden de países o sus padres y madres son de países donde se practica la mutilación genital femenina ha aumentado en un 198% en los últimos cuatro años. Hay que tener en cuenta que las mujeres van llegando

a través del proceso de reagrupación familiar. Aquí hay índices de masculinidad muy altos, los hombres llegaron solos en un principio pero no son solteros y si hay hijos e hijas en origen, acaban viniendo. Por tanto, aumentan las mujeres que hay que atender porque ya están mutiladas, y estas mujeres tienen una fecundidad altísima, y vienen niñas. De todas formas, la realidad en Euskadi es muy abordable. Se ha detectado una población de 11.066 personas procedentes de países donde se practica la mutilación, de las cuales 3.161 son mujeres. Para atenderlas, vamos a formar equipos en los distintos servicios de atención primaria para que puedan trabajar coordinados en la prevención a lo largo de la vida de las niñas que están en riesgo, y no esperar en extremos y cuando la familia está a punto de viajar, lanzar la caballería. Si una ginecóloga observa que una señora está mutilada, embarazada, y posteriormente tiene una niña, que pueda comunicar a los servicios de pediatría y advertir de que esa niña está en riesgo. Nuestro equipo, que está en contacto con esas familias, conoce perfectamente lo que funciona y lo que no. Hablan el mismo idioma: la capacidad de reflexionar sobre la propia realidad y sobre tu mirada sobre la otra.

Se le ve entusiasmada con este proyecto.

Estoy muy motivada porque he visto que podemos organizarnos, que hay empatía y ganas de trabajar por parte de las y los profesionales de los distintos servicios de atención primaria. Los integrantes de mi equipo y yo estamos encantados de la permeabilidad que hemos detectado, de las ganas de aprender, de la humildad en el reconocimiento de que no sabemos nada, y no queremos herir a personas, ni estigmatizarlas, sino que queremos trabajar desde el conocimiento y el respeto. Que Emakunde quiera hacer un proyecto integral donde todo el mundo sume, es lo que me da fuerzas para seguir y confío en que la experiencia de Euskadi será exportable al resto de Europa porque se basa en los sistemas que ya existen: los servicios sociales, escuelas, servicios de salud. Trabajar con gente con ganas de pensar la realidad, no de juzgar ni castigar, es lo que vale la pena, lo que da el aliento para poder seguir.