Mª Cristina Alvarez Degregori[⊙]
cristinalvarez_projectes@yahoo.es

La Política del Prepucio:

una mirada desde la antropología crítica a la circuncisión masculina medicalizada

El efecto parcialmente protector de la circuncisión masculina (CM) para reducir el riesgo de la transmisión mujer-hombre del VIH ha colocado esta intervención dentro de las estrategias sanitarias contra la pandemia en el África Subsahariana. Sin embargo el impacto de la CM a gran escala en la salud pública aún resulta incierto, en parte debido los resignificados culturales que puede generar la medicalización de esta práctica ritual milenaria, que no han sido considerados en los estudios que orientan las políticas "pro- circuncidadoras". Mientras tanto el protagonismo de la CM en la cruzada internacional contra el sida en África retroalimenta el debate en los Estados Unidos donde, después de un siglo de avatares que transcurrieron desde la demonización a la patologización del prepucio, la CM -una cirugía "rutinaria" en el neonato altamente controvertida- defiende su legitimidad en la comunidad científica norteamericana bajo el eufemismo de corte sanitarista de "higiene quirúrgica".

Circuncisión masculina, VIH/Sida, Antropología Crítica.

[⊙] Doctoranda de Antropologia Social i Cultural (Universitat Autónoma de Barcelona).

La circuncisión masculina (CM) es la remoción del prepucio, bien de forma quirúrgica en el ámbito sanitario, o, tal y como se practica en muchos pueblos del mundo, con instrumentos operados por actores tradicionales en el contexto de un proceso generalmente ritual, de índole religioso, social o identitario.

En África la circuncisión masculina ritual es una práctica ampliamente extendida en todos los países habitados por pueblos semitas musulmanes del África septentrional, en todas aquellas regiones islamizadas del África meridional y aquellos otros pueblos que practican tradicionalmente la circuncisión como parte de sus rituales de pasaje.

La asociación entre circuncisión masculina y VIH en el contexto del África subsahariana, y el interés que ha generado entre los epidemiólogos y "policy makers", data de finales de los 80, cuando se postuló que aquellas zonas geográficas con mayor prevalencia de VIH coincidían con una menor prevalencia de circuncisiones masculinas tradicionales. (Bongaarts y otros 1989, Moses y otros 1990, Caldwell y Caldwell 1996). Mas tarde Weiss (2000) en una revisión sistemática y meta-análisis de la bibliografía médica encuentra que los hombres africanos circuncidados presentan menos posibilidades de contraer el HIV en la transmisión mujer-hombre..

La tríada destinada a sustentar la plausibilidad biològica de los efectos preventivos de la circuncisión masculina en la transmisión heterosexual del HIV consiste en:

- La mayor densidad de células del sistema inmuno-protector en el tejido submucoso del prepucio, incluyendo células de Langerhans, que se presentan como objetivos del VIH-1 y como trasmisoras del virus a los linfocitos T
- La fragilidad de la mucosa del prepucio para sufrir erosiones durante el intercurso sexual.
- El efecto preventivo para otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) con úlceras genitales que facilitarían la entrada del virus.
-

Del análisis de esta tríada, que fue adoptada como consigna científica lo que resulta más sorprendente es que el argumento más consistente de la plausibilidad biológica esté sustentado en la patologización de la anatomía, histología y fisiología normales del prepucio. De hecho, las células de Langerhans, que son una primera línea de control y "espionaje inmunológico", están donde corresponde, es decir donde existe mayor riesgo de entrada de agentes patógenos y hacen lo que deben, es decir interceptar el invasor y activar los mecanismos de defensa a través de los linfocitos T.

Respecto a las células de Langerhans, circuncisión y VIH, Cold y Taylor (1999) habían señalado que aún después de la circuncisión persiste mucosa residual en el

glande y que hay células de Langerhans en toda la epidermis del tallo del pene, razón por la cual la extirpación quirúrgica de los tejidos con estas células no solo es imposible sino poco racional. Mas tarde de Witte y col (2007) descubren que la langerina (lecitina tipo-C) contenida en las células de Langerhans, a quien se atribuía la transmisión del VIH-1 a los linfocitos T, por el contrario los intercepta previniendo la infección.

Atashili (2006), a través de una amplia revisión bibliográfica, alega que la falta de evidencia científica por un lado y los datos contradictorios de la literatura médica por otro no permiten sustentar de forma convincente aquella tríada.

A diferencia de aquellos que sustentaban una relación ecológica entre VIH y la circuncisión masculina, Way y col. (2006), confirmaron este dato tan solo en uno de los ocho países africanos que estudian (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Uganda y Tanzania.). En un estudio de control de caso entre militares de la Armada Americana, Thomas y col. (2006) no identificaron entre los hombres no circuncidados, más riesgo de contraer el VHI que los hombres circuncidados. Otros autores como De Vicenzi y Mertens (1994), Ntozi (1995), Van Howe (1999), Siegfried y otros (2003), Way y otros (2005) disienten con la relación ecologica entre seroprevalencia VIH y circuncisión, remitiendo a los factores de confusión y otras limitaciones metodológicas. Más contundente, Garenne (2008) afirma que en la mayoría países con tejidos étnicos complejos la relación entre la circuncisión masculina y la seroprevalencia VIH no era clara, con la excepción de los Luo en Kenia y unos pocos grupos en Uganda, observación que pone en tela de juicio el posible efecto a largo plazo de los programas de circuncisión voluntaria en países con epidemias generalizadas de VIH.

•

Entre el año 2005 y finales del 2006 fueron presentados los resultados de tres ensayos clínicos controlados, realizados en Sudáfrica (Orange Farm) (Auvert y col. 2005), en Kenya (Kisumu) y Uganda (Rakai) (OMS 2006) que aportan evidencias de una reducción de hasta el 60% en el riesgo de la adquisición heterosexual del VIH en los hombres circuncidados. En el 2007 WHO/UNAIDS comunicaron públicamente que la circuncisión masculina debería considerarse como una intervención eficaz en aquellos países o regiones con un perfil epidémico heterosexual y prevalencia alta para el VIH y baja para la circuncisión tradicional. Pero también resalta que, dado que la CM brinda solo una protección parcial, tan solo debería ser una entre un amplio conjunto de medidas preventivas del VIH que incluye:

La provisión de servicios de testaje y aconsejamiento

El tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas

La promoción de prácticas sexuales seguras

La provisión de condones femeninos y masculinos y la promoción de su uso correcto y consistente.

Mientras tanto, adelantándose a los resultados de los tres estudios, OMS (2006) ya previa un incremento importante -dramático según algunos autores implicados en el proceso (Groeneveld y col. 2006)- de la demanda espontánea de CM quirúrgicas en aquellos países africanos más afectados por la pandemia, particularmente Botswana, Lesotho, Swazilandia, Tanzania y Zambia. Mientras la International AIDS Society (IAS) reclamaba una implementación de las circuncisiones masculinas "cuidadosa pero rápida". Cuatro años más tarde no se sabe bien cuanto fue de cuidadosa, pero sí cuanto fue de rápida. Hoy día en los países africanos mas afectados por la epidemia los hombres colapsan los servicios de salud solicitando la circuncisión. No se equivocaba nada Halperin (2000), uno de los paladines de la CM en África, cuando 10 años atrás en una entrevista radial sentenciaba:*… for men in Africa who are in risk of dying of AIDS, keeping the foreskin is the last thing in the world that they are worried about,* pero deja el regusto amargo de percibir el drama de la epidemia como un descomunal laboratorio social.

•

En realidad este ha sido un proceso con pocas sorpresas. En septiembre del 2002, a continuación de un seminario sobre el programa ABC, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) realizó una conferencia (USAID 2003) en el marco del proyecto AIDS Mark para tratar las implicaciones programáticas de la CM para la prevención del VIH. La misma agencia, los mismos participantes, el mismo lugar permitían intuir que se tratara de algo mas que una contigüidad de eventos, empezando por una C, letra capital tanto de circuncisión como de condón y por tanto intercambiables o sustituibles. En el informe de esa conferencia puede verse una proyección a mediano plazo del proyecto sobre CM, y una pulida preparación de todas las variables para una rápida implantación, anticipando resultados favorables en los ensayos clínicos programados, exactamente 5 años antes de haberlos obtenido

Entre las recomendaciones del documento, había una que resultaba especialmente llamativa:

> Work with the media, i.e., be more proactive in providing balanced and accurate information to the press and possibly in responding to internet websites that may spread misinformation (such as materials posted by the more extremist anti-MC groups)

De hecho puede decirse que el programa de prensa consiguió tan amplia repercusión mediática de los estudios clínicos en proceso, que crearon una fuerte expectativa local y que puede en parte, haber sido responsable del aumento "espontáneo" en las demandas previstas de CM aún antes de tener resultados finales confirmatorios. Divulgación que se constata también de forma muy consistente en la prensa internacional lo que convierte la circuncisión masculina, además de un proyecto científico, en un fenómeno de prensa, algo poco habitual incluso cuando de sida y África se trata. En cuanto a los "*more extremist anti- MC groups*" serán abordados mas tarde.

En estas arenas compartidas entre ciencia y comunicación de masa se ha acuñado y divulgado el concepto de "vacuna quirúrgica" (Groenveld y col. 2006), aludiendo al efecto de la circuncisión masculina frente al VHI.

MC provides a degree of protection against acquiring HIV infection equivalent to what a vaccine of high efficacy would have achieved (Auvert y col. 2005:1120).

Un malabarismo semántico que remite a conceptos sólidamente afianzados en el imaginario popular, mientras enturbia la escasa comprensión para el público lego de ese efecto preventivo del 60% del riesgo que tendría el contrapeso de un 40% de riesgo a secas. Tampoco parece facilitar el "uso consistente del condón femenino y masculino". Conducta ya poco probable para las mujeres con poco acceso a estos niveles de decisión, y menos para los hombres que se han sometido a una cirugía cuando tenían disponible a un método más eficaz (92%) inocuo, reversible y barato o gratuito como el condón.

Además, no se puede perder de vista que el condón fue sistemáticamente sometido a campañas de penalización y descrédito a favor de la abstinencia, por los sectores religiosos más conservadores de todas las confesiones y las agencias que sustentaban el programa ABC (Girard 2004; GAO 2006; The Lancet 2006). Luego, el uso sistemático y correcto del condón, puede acabar siendo una recomendación políticamente correcta y tan solo testimonial.

•

En lo que al prepucio toca cabría matizar que no se trata solo de ahora, del África, ni del Sida. La deconstrucción formal del prepucio es un proceso que data desde finales del siglo XIX, prueba de ello es la referencia –en un nutrido alegato circuncidador- que hace el Dr. Ramondino (citado por Gollaher 2000), un reconocido medico de la época, sobre los "poderes demoníacos" de esta parte del aparato genital con la mayor especificidad erógena de la anatomía masculina (Cold y Taylor ,1999).

Peligroso e inútil, constituyen las bases del ideario racional que parte de los demonios y acaba en las células de Languerhans, para convertir al prepucio en un

error de la naturaleza –un superviviente ontogénico- susceptible de ser corregido por la cirugía para poner las cosas en orden.

•

Se ha llegado a un punto en la constelación de paradojas que cada vez resultan más difíciles de encajar con la lógica cultural. Frente a la expansión de las circuncisiones masculinas medicalizadas y promovidas en el África subsahariana ¿qué recomendaciones se plantearán con respecto a todas aquellas circuncisiones que se realizan en ámbitos no sanitarios, o sea la mayoría de circuncisiones rituales o religiosas en África, Asia, Medio Oriente, Oceanía, América y Europa?. Circuncisiones que en conjunto configuran la actual estadística de aproximadamente un 30% de hombres circuncidados alrededor del mundo. ¿Se pretende medicalizar todas las circuncisiones rituales? ¿Cuales serán legitimadas, cuales no? …Sin duda la argamasa de este constructo, creado entre cultura, ciencia y natura, dará para mucho.

Un riesgo adicional que puede conllevar el aumento de demanda espontánea de circuncisiones quirúrgicas en aquellos países africanos con mayor prevalencia de VHI, es que la si la capacidad de los servicios de salud resulta insuficiente- situación muy probable- los demandantes busquen respuesta en los servicios privados de salud, o en los circuncidadores tradicionales de otros grupos étnicos regionales, para los que se abriría una veta de mercado inesperada. Esta opción, de hecho poco controlable cerraría de una forma natural el circuito que parte de la cultura y vuelve a su origen y podría representar un problema sanitario, incluso un problema para el control de la transmisión VHI.

•

Ante la escalada de las circuncisiones masculinas en el África subsahariana, queda claro desde el punto de mira de la antropología que una intervención sobre el pene, legitimada, promovida, valorizada e institucionalizada tendrá otras consecuencias además de las sanitarias. En este contexto entra en juego la construcción social de la masculinidad y con ella el proceso de socialización de género. Género que por su propia razón de existir no se limita a un compartimiento estanco para lo masculino o lo femenino, sino a ser relativo de, o comparado con.

En el África subsahariana, donde la principal línea de transmisión del VIH es la heterosexual por vía coital, las mujeres constituyen el 59% de los adultos infectados (ONUSIDA 2006), es la región del mundo donde viven casi tres cuartas partes de todos los jóvenes entre 15 y 24 años seropositivos, de los cuales 75% son mujeres. La creciente feminización de la epidemia VIH, no solo se refleja en el número cada vez mayor de mujeres infectadas, sino en la inter-relación del sida con el estatus de la

mujer en el grupo familiar y social. La dificultad de las mujeres para negociar relaciones sexuales sin riesgo es consecuencia de las desigualdades de poder en las relaciones entre hombres y mujeres. En esta situación de desventaja resulta inquietante el efecto que las circuncisiones masculinas pudieran tener sobre la ya limitada capacidad de las mujeres en esa negociación, cuando la circuncisión solo provee de una protección limitada y otros métodos complementarios de prevención como el uso del condón, o incluso la abstinencia y la fidelidad, también quedan bajo el control masculino.

En numerosas sociedades africanas diversas enfermedades son atribuidas a la mujer, su familia de proveniencia o sus antepasados. En este contexto estigma y culpabilización están estrechamente relacionados y suelen afectar los sectores más frágiles de la sociedad, generalmente la mujer joven que aún no ha consolidado su estatus social en el grupo. Luego, la "generización" de la culpa, fenómeno que desde hace varios años forma ya parte del debate sobre genero y el VIH (LeClerc-Madlala 1999), puede verse negativamente influenciada.

Swazilandia es uno de los países con mayor prevalencia de VIH del mundo, 33,4% en adultos, y 39% entre mujeres jóvenes 15-24 años, atendidas en las consultas prenatales (UNUSIDA 2006). Es el primer país que ha incluido la circuncisión masculina en su Plan Estratégico Nacional VIH/sida, con la perspectiva de apoyar una escalada de la intervención en los servicios a nivel nacional, razón por la que se esperaba un aumento muy significativo de la demanda (Simelane y Halperin 2006, Tsela y Halperin 2006). Teniendo en cuenta que en Swazilandia la prevalencia del VIH entre las mujeres entre 15-24 años triplicaba la de lo hombres (ONUSIDA, 2008) desde la sede de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VHI/SIDA (ICW) en este país se manifestaba preocupación:

The campaign is enforcing that women are responsible for the high incidence of HIV in the country as they are the ones spreading it. (ICW 2006)

En Namibia, otro de los países con más altas prevalencias de HIV, 19,6 % en adultos, llegando al 43% en mujeres embarazadas en algunas regiones del país (ONUSIDA 2006). Jennifer Gatsi, miembro de la delegación regional de ICW manifiestaba su preocupación (e-mail a la autora, enero 10, 2007) sobre las circuncisiones masculinas como medida de prevención para el VIH. Ella explica que si esta política no fuese conducida cuidadosamente y con la información correcta, de forma que los beneficios sean aceptables tanto para hombres como para mujeres, buena parte de los avances logrados en temas que afectan a las mujeres y niñas pueden retroceder al punto de partida. Mientras tanto, algunas costumbres antiguas y peligrosas pueden encontrar vías de reintroducción, el juego de la culpa se puede

intensificar, las relaciones de género sufrir un deterioro, y la toma de decisiones de las mujeres para sexo seguro verse seriamente afectadas.

En el año 2007 la campaña procircuncidadora de Swazilandia recibió apoyo internacional a través de un proyecto colaborativo entre Jerusalem AIDS Project (JAIP) and Hadassah Medical Organization (HMO)[1], denominado singularmente "**Operation Abraham"[2].** Un grupo de cirujanos israelies -que ganó experiencia circuncidando miles de varones adultos inmigrantes ruso-judios, no circuncidados, que llegaron a Israel en la decada de los 90- desarrollaron un programa piloto entrenando cirujanos locales con la intención de dar cobertura a la creciente demanda de la intervención.

Dos años mas tarde, basándose en la experiencia acumulada entre Israel y Swazilandia, y la evidencia en África de la disminución del riesgo en un 60% para los varones heterosexuales, el representante de Operation Abraham proponía en la conferencia bianual del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) colaborar con el control del VIH en Estados Unidos a través un plan de circuncision masiva para adultos hispanos[3].

•

Esa frontera ambigua entre salud y ritual que sugiere el raciocinio y la agenda de Operación Abraham, no es la primera ni la única. En el Hospital de Chogoria, en Kenia, se ha medicalizado el ritual de pasaje masculino del grupo étnico Meru (Brown y col. 2001). La circuncisión quirúrgica, realizada en medio hospitalario se complementa con el periodo de seclusión, también institucional, cuyas "enseñanzas" habían sido adaptadas, en la época en que se inició la experiencia al programa ABC para la prevención de VIH/sida.

La medicalización de la cultura, o sea, la extensión del orden médico a las dimensiones colectivas e individuales de la existencia humana, es un fenómeno que se generó formalmente con el advenimiento de la teoría bacteriana y se consolidó durante más de un siglo de racionalismo médico. La consecuencia evolutiva del proceso conduce de forma inexorable a la culturalización de la medicina, de la cual la experiencia del Htal Chogoria es un ejemplo. Desde una perspectiva antropológica, se trataría apenas de una expresión sintomática de la medicina moderna como sistema cultural, del mismo modo que son sistemas culturales las otras medicinas con las que comparte espacio en el pluralismo médico africano.

[1] Entidad israeli que cuenta con el patrocinio de Hadassah Women´s zionist Org of América una de las mayores organizaciones judias y la mayor organizacion de mujeres de estados Unidos.
[2] http://www.operation-ab.org/

De hecho la circuncisión masculina tiene un amplio currículum en lo que a medicalización de la cultura se refiere, que comienza en la propia concepción y legitimación sanitaria de la falacia de "higiene quirúrgica".

Tan solo un voluntarioso proceso racional que transforme en "higiene" o "limpieza" el concepto de "pureza" concebido en el ámbito ritual, podría explicar la, de otra manera, inexplicable amnesia durante los 3900 años que median entre Moisés y Pasteur.

Pero caso omiso a estos cuestionamientos epistemológicos, el concepto de "higiene quirúrgica" busca espacio desde hace mas de un siglo como miembro legítimo de la comunidad científica, de forma que la circuncisión masculina pasó de la prescripción ritual a la prescripción médica y se consolidó como una de las cirugías mas frecuentes y polémicas de los EEUU, donde aproximadamente el 80 % de los varones son circuncidados en periodo neonatal, como práctica de rutina sanitaria, no ritual ni religiosa. La comunidad más resistente en los Estados Unidos para la circuncisión de sus hijos es la de origen hispano, de ahí el interés por este colectivo del representante de la Operación Abraham

La historia[4] de la circuncisión neonatal masculina en los Estados Unidos que data desde finales del siglo XIX ha sido detalladamente investigada por Gollaher (2000) en un libro que relata los avantares de esta práctica en el escenario de la salud pública. Reiteradamente cíclica, la patologización del prepucio fué simepre el catalizador para justificar la circuncisón medicalizada , desde la enfermedad mental por masturbación, al cáncer de pene o las enfermedades de transmisión sexual.

•

Volviendo a los Meru de Kenya, para avanzar hacia otro tema estrechamente relacionado, este grupo étnico circuncida también a las niñas con el mismo objetivo ritual y de socialización que a los varones.

Si bien no todos los pueblos que practican la circuncisión masculina, intervienen los genitales femeninos, puede decirse en cambio, que hasta donde tengo conocimiento, todos los pueblos que realizan la escisión femenina en cualquiera de sus tipos, como el caso de los Meru, practican la circuncisión masculina como contraparte. (Alvarez Degregori 2001). Dicho esto, cuando se habla de circuncisiones masculinas rituales, llama la atención una constante significativa: la omisión de su contraparte femenina. Una omisión contextual que no se trata de un hecho aislado. Prueba de ello es que en el marco de las políticas destinadas a la erradicación de la Mutilación Genital Femenina (MGF), también llama la atención la omisión sistemática

[4] También puede encontrarse una cronología histórica detallada de la circuncisión masculina en http://www.circinfo.org/chronology.html

de cualquier mención a las circuncisiones masculinas que las acompañan y la ausencia de informes etnográficos que den razones de la dualidad masculino/ femenina de la intervención genital.

Por el contrario, y seguramente razón de las omisiones, existe un interés manifiesto en disociar ambas prácticas. Durante un seminario en Burkina Faso (Naciones Unidas 1991) sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a Mujeres y Niñas se recomendó:

> ...ensuring that, in mind of people, male circumcision and female circumcision be dissociated, the former as procedure for hygienic purposes, the latter, excision, as a serious form of assault on the women's physical integrity.

A partir de esta clara voluntad que omite la perspectiva etnográfica por decreto, cualquier mención que cuestione su lógica o que vincule ambas prácticas, femenina y masculina, resulta por lo menos incómoda.

Stallings y Karugendo (2006) sin embargo se atreven. En un estudio entre 5.297 mujeres en Tanzania, identifican que las mujeres circuncidadas presentaban menor riesgo de infección por VIH. Este resultado, que los autores califican como un "verdadero acertijo", quizá por la cautela que impone el caso, no resulta especialmente sorprendente cuando en muchos de aquellos territorios con una menor prevalencia de VIH, que fue relacionada con la circuncisión masculina, también se practica la escisión femenina. Quizá un punto de partida obvio, como tantos otros, para la reflexión crítica sobre la la falta de estudios comparativos, sistemáticos y científicamente sólidos entre ambas prácticas tradicionales- femenina y masculina- y su necesidad para superar el escaso nivel de conocimiento actual y la falta de perspectiva contextual de no pocos programas de salud.

Luego existe una preocupación legítima entre los policy makers de que la promoción y medicalización de la circuncisión masculina en la cruzada internacional contra el Sida en África complique las campañas de erradicación de la MGF en aquellos lugares donde se realizan ambas prácticas, que los hay y muchos, como el caso de los Meru. Preocupación legítima, porque desde una perspectiva émica, seguramente sea mucho mas complejo disociarlas, siendo tan próximas, que lo que puede haberles resultado a aquellos expertos reunidos en Burquina Faso.

•

Pero incluso en los lugares donde las intervenciones genitales femenina y masculina no comparten el mismo espacio cultural, ambas prácticas interactúan a pesar de las firmes voluntades de separarlas. Así resulta que las campañas

occidentales destinadas a la erradicación de la MGF en África y en los paises receptores de inmigración africana, pusieron en serias dificultades las circuncisiones masculinas infantiles no terapéuticas de los paises con mayor nivel de desarrollo, sean religiosas, rituales, culturales, identitarias, o como en EEUU, con formato de práctica sanitaria rutinaria en los recién nacidos.

Un volúmen impactante de organizaciones civiles[5] integradas por médicos, enfermeras, juristas, afectados por la circuncisión, grupos religiosos críticos y otros actores sociales, tanto hombres como mujeres, se movilizaron desde EEUU y otros países ricos del mundo para incluir las circuncisiones masculinas realizadas a menores de edad sin indicación terapéutica, dentro de la misma agenda de derechos humanos de MGF. La finalidad consiste en reclamar para los niños de cualquier parte del mundo las mismas garantías físicas y psicológicas reconocidas para las niñas, y sin duda -revisando los diferentes idearios organizacionales- la MGF fue un elemento argumental clave, ya que la ilegalizacion de la excisión en el caso de las nenas pero no de la circuncisión en el de los niños viola la cláusula de igualdad de protección de la decimocuarta enmienda de la Constitución de los EEUU.

En este sentido se presentaron propuestas en diversas instancias legislativas y normativas de 16 estados de EEUU (MGMbill.org) para desactivar la circuncion medicalizada rutinara los recién nacidos, cuyo volumen económico cabe comentar, gira entorno a los dos billones de U$ al año. Se trata de una de las inicativas más importantes registradas por la sociedad civil- el activismo anticircuncidador al que se pretendia neutralizar con la prensa en el seminario programático de las CM del 2002 (pg. 4)- contra el poder médico hegemónico.

En cuanto a las circuncisiones rituales, a finales del 2001, Suecia fue el primer país que legisló las circuncisiones masculinas no terapéuticas, a raíz de la muerte de un menor debido a las complicaciones de una circuncisión religiosa y el alegato también remitio a las legislación contra la MGF. A finales del 2003 el Danish National Council for Children solicitó a los juristas locales la ilegalización de las CM rituales en Dinamarca.

En este contexto se podría decir que la promoción de la circuncisión masculina para la prevención del VHI en el Africa Sub-sahariana, resulta peculiarmente oportuna para realimentar el debate sobre la circuncisón masculina no terapéutica en occidente, especialmente el los Estados Unidos. Ahora la pieza clave para un posible cambio de posiciones estratégicas es el virus. Y mientras Operation Abraham, respaldada por su experiencia africana en la lucha contra el Sida, busca espacio-por cuenta de los hispanos- entre la elite científica norteamericana, las organizaciones de derechos

[5] ver Internacional Coalition for Genital Integrity

humanos anti –CM se movilizan en las arenas internacionales del SIDA. Intact America (IA), junto con la International Coalition for Genital Integrity (ICGI), presentes en la AIDS 2010 Conference piden a los líderes políticos detener la implantación de la circuncisión masculina, considerando el plan exorbitantes, peligroso y poco ético, y argumentan cuestiones que tanto afectan a Estados Unidos como a África. Al mismo tiempo manifiestan una especial preocupación acerca de la reciente campaña para la circuncisión infantil para prevenir el VIH.

En abril 2010 UNAIDS publicó *Neonatal and child male circumcision: a global review* [6], donde se aborda el tema de forma integral. Llama la atención el tratamiento de la imágen, padres, madres amorosamente sonrientes con sus bebés. Imágenes de armonia y felicidad que se completan con la foto de un bebé abajo del título, apaciblemente dormido con una breve leyenda que dice: *recién nacido nigeriano despues de la circuncisión.*

En los recién nacidos para evitar el dolor se recomienda la aplicación de una crema analgésica o una anestesi suave local, aunque muchas intervenciones sanitarias y la mayoria de las rituales se hacen sin esta protección.

Por falta de comunicación verbal, la expresión del dolor de los neonatos se verifica a través de las alteraciones del llanto, en la expresión facial y en los cambios de algunas constantes fisiológicas como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la saturación de oxígeno y los niveles sanguíneos de cortizol que son indicadores del nivel de sufrimiento y estress (Anand y col 1987). Nada que se parezca al placido niño de la foto. Pero las imágenes son poderosos domesticadores de percepciones. Las imágenes, los media, las palabras clave... La circuncisón masculina tiene desactivada la alerta si se compara con las MGF. Será por eso que en los últimos tres años tres recien nacidos murieron en España por complicaciones de circuncisiones rituales/religiosas domésticas, y el tema no pasó de una columna de segundo orden en los periódicos locales.

La implementación de las circuncisiones masculinas como estrategia de prevención del VIH en el lugar del mundo más castigado por la pandemia, plantea una alternativa compleja que desborda el ámbito estrictamente sanitario y conlleva un gran desafío ético para los responsables de programas destinados al control de la enfermedad.

La falta de perspectiva contextual y de participación interdisciplinaria que dominan la plataforma de despegue para políticas de salud destinadas a la escalada de las circuncisiones masculinas, han dado lugar a omisiones sustanciales que pueden tener consecuencias especialmente desfavorables para las mujeres y niñas e

[6] http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/neonatal_child_MC_UNAIDS.pdf

influencias negativas con un efecto bumerang en los resultados esperados. Consecuencias relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios, con las relaciones de género, con la capacidad y necesidad de las mujeres de decidir por relaciones sexuales seguras, con la feminización de la culpa y el estigma.

Además de evidenciar una ausencia notable de enfoque de género, el discurso circuncidador, parapetado en un perfil netamente biomédico, omite otras realidades como la construcción social de la masculinidad, que incide decisivamente en binomio hombre/mujer o en la manera de relacionarse sexualmente, y por ende en las conductas que favorecen o inhiben la expansión de la enfermedad.

Mientras tanto se debería ampliar el análisis global sobre la política de la circuncisión masculina en el África subsahariana para el control del VIH a sus implicaciones e interacciones con las circuncisiones masculinas y el VIH en occidente cuyo ángulo de observación abarca el terreno ideológico y político y las relaciones norte/ sur.

Con la finalidad de generar un cambio de mirada sería recomendable fomentar estudios sobre las circuncisiones masculinas, independientes, desde una perspectiva interdisciplinaria en el marco de las ciencias sociales e implicando a mujeres activistas de los países mas afectados por la pandemia.

Estudios que analicen aquellos factores olvidados, omitidos o desplazados en el enfoque biomédico, y que analicen muy especialmente, el impacto que, una política orientada a la expansión de las circuncisiones masculinas, puede tener en la condición social de las mujeres y las niñas y en su vulnerabilidad frente al contagio del virus.

BIBLIOGRAFÍA

Anand K, Phil D, Hickey P (1987). *Pain and its effects in HumanNeonate and fetos.* New England Journal of Medicine vol 317, nº21, pp 1321-1329

Alvarez Degregori M C. (2001). Sobre la Mutilacion Genital Femenina y otros Demonios. Publicacions d'Antropologia Cultural 19 . Bellaterra**.** Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Atashili J (2006). Adult male circumcision to prevent HIV? International Journal of Infectious Diseases 10:202-205

Auvert B, D. Taljaard, E. Lagarde, J. Sobngwi-Tambekou, R. Sitta and A. Puren (2005). Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. PLoS Med 2(11):.

Beckerman Gal (2009). Operation Abraham Coming to America? By. Forward.com. Published September 09, 2009, issue of September 18. http://www.forward.com/articles/113748/ accedido el 12/10/2009

Bongaarts J, P. Reining, P. Way and F. Conant (1989). The Relationship Between Male Circumcision And HIV Infection in African Populations. AIDS, 3(6): 373-377

Brown J, KD. Micheni, E. Grant, J. Mwenda y I. Muthiri (2001). “Varieties of male Circumcision: a study from Kenya” Sexually Transmmited Diseases. 28:608-12

Caldwell, J C. y P.Caldwell (1996). (march) The African AIDS epidemic**.** Scientific American. 274(3)40-46

Cold JC y J.R. Taylor. (1999). The Prepuce. British Journal of Urology Int. (Suppl 1):34-44

De Vicenzi, I y T. Mertens (2004). (febrero) Male circumcision: a role in HIV prevention?. AIDS, 8 (2): 153-160.

de Witte l., Nabatov A., Pion M., Fluitsma D, de Jong p., de Gruijl t., Piguet V, van Kooyk Y. & Geijtenbeek T. (2007). Langerin is a natural barrier to HIV-1 transmission by Langerhans cells. Nature Medicine 13, 367 - 371

Gollaher D (2000). Circumcision: A history of the world's most controversial surgery, New York, Basic Books, 2000

Groeneveld A.E, D. Halperin y L.T.Kanya (2006). Male circumcision and HIV transmission: changing concepts in Swaziland Trabajo presentado en AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference. (Toronto. Canadá) 13-18 agosto.

Halperin D. (2000). The case of circumcision. Entrevistado por Gordy Slak en Eastbay Express, mayo 15, 2000.

ICW (2005). (26 de julio) ICW dismayed at recent prevention campaign in Swaziland. Documento electronico campaign http://www.icw.org/node/207 Accedido noviembre 29, 2006

International Coalition for Genital Integrity. (2006). Memeber Organizations. Documento electrónico http://www.icgi.org. Accedido octubre 22.

Leclerc Madlala S. (2001). Demonising women in the era of AIDS: An analysis of the Gendered Construction of HIV/AIDS in KwaZulu-Natal. Mbali. M. “The Key Shift” (Durban: University of Natal) Durban, 58-62.

Lee Jong-wook (2005). (18 march) The Lancet. 365: 1005-1006

MGMbill.org. (2006). A Bill to End Male Genital Mutilation in the U.S. Documento electrónico E:\MaleCircumcision\MGMbill_org submit to congress.htm. Accedido noviembre 27.

Moses S, J. E. Bradley, N. J.Nagelkerke, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola y F. A. Plummer (1990). (september) Geographical Patterns Of Male Circumcision Practices In Africa: Association With Hiv Seroprevalence. International Journal or Epidemiology 19 (3) 693-697

Ntozi J. (1995). Using Circumcision to prevent HIV infection in sub-saharan Africa: the view of an African. En The East African AIDS epidemic and absence of male circumcision: whatlink?. Forum: Health Transition Review 5: 97-117

OMS (2006). Statement on Kenyan and Ugandan trial findings regarding male circumcision and HIV. Media centre. Statements 2006

United Nations (1991). United Nations Report of the Seminar related to Traditional Practices affecting the Health of Women and Children, Ouagadougou, Burkina Faso, Apr.29-May 3, 1991, E/CN.4/Sub.2/1991/48, Jun.12, pp 9.

ONUSIDA. OMS (2006). Situacion de la Epidemia de SIDA. Diciembre

Siegfried N, M .Muller, J. Volmink, J. Deeks, M. Egger, N. Low, H. Weiss, S .Walker, P .Williamson. (2003). Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Stallings RY y E. Karugendo (2006). Female circumcision and HIV in Tanzania: for better or for worse?. Trabajo presentado en AIDS 2006- XVI International AIDS Conference (Toronto. Canada) 13-18 agosto

Thomas AG, L.N. Bakhireva, S.K. Brodine y R.A Shaffer. (2006). Prevalence of male circumcision and its association with HIV and sexually transmitted infections in a U.S. navy population. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadà) 13-18 agosto

UNAIDS (2010). *Neonatal and child male circumcision: a global review.* Genever

USAID (2003). USAID/AIDSMark. *Male Circumcision: Current Epidemiological and Field Evidence; Program and Policy Implications for HIV Prevention and Reproductive Health.* Conference Report. Washington, DC:, May . Documento electrónico: http://www.synergyaids.com/documents/MaleCircumcision_New.pdfhttp://www.synergyaids.com/documents/MaleCircumcision_New.pdf . Accedido 19 setiembre 2006

Van Howe (1999). Circumcision and HIV infection: review of the literatures and meta-análisis. International Journal of STD and AIDS 10:8-6

Way A, V. Mishra, R. Hong y K. Johnson (2006). ¿Is male circumcision protective of HIV?. Trabajo presentado en AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadà) 13-18 agosto

WHO (2007). *WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention.* Media Center. Documento electronico

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr10/en/index.html. Accedido 12 abril 2007

Weiss H, M. Quigley, R. Hayes. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. AIDS 14: 2361-2370