

UNICEF
Centro de Investigaciones de UNICEF

Innocenti Digest

CAMBIAR UNA CONVENCIÓN SOCIAL PERJUDICIAL: LA ABLACIÓN O MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Para toda la Infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 

CAMBIAR UNA CONVENCIÓN SOCIAL PERJUDICIAL: LA ABLACIÓN O MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Las opiniones expresadas en la presente publicación son de los autores y editores y no reflejan necesariamente las políticas o los puntos de vista de UNICEF.

Editora: Alexia Lewnes

Traducción de la edición española: Esther Ruiz y UNICEF Comité Español

Edición: Bernard & Co, Siena, Italia

Fotografía de portada: UNICEF/MENA/2004/1301/Ellen Gruenbaum

© 2005 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

ISBN : 88-89129-32-8

Los Innocenti Digests

El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF en Florencia, Italia, fue fundado en 1988 con la finalidad de reforzar la capacidad investigadora del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y para apoyar sus actividades en defensa del niño en todo el mundo. El Centro (anteriormente denominado Centro Internacional para el Desarrollo del Niño) contribuye a identificar e investigar campos de trabajo presentes y futuros de UNICEF. Sus objetivos fundamentales consisten en mejorar, en el plano internacional, la comprensión de las problemáticas relacionadas con los derechos del niño y facilitar la completa aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, tanto en los países industrializados como en aquéllos en vías de desarrollo. El Centro publica los Innocenti Digests a fin de suministrar información fidedigna y accesible sobre temáticas específicas relacionadas con los derechos del niño. El trabajo de investigación y recopilación realizado en la presente edición del Innocenti Digest ha estado bajo la responsabilidad de Michael Miller y Francesca Moneti con la contribución a la investigación de Camilla Landini. Ha sido preparado bajo la supervisión de la Directora del Centro, Marta Santos Pais, y con el apoyo administrativo de Claire Akehurst.

El Centro agradece especialmente la contribución experta, el apoyo y el asesoramiento a lo largo de todo el proceso de Samira Ahmed, Farida Ali, Daniela Colombo, Maria Gabriella De Vita, Malik Diagne, Neil Ford, Gerry Mackie, Molly Melching, Rada Noeva, Cristiana Scoppa, Mamadou Wane y Stan Yoder.

Esta publicación se ha visto beneficiada por las aportaciones de la consulta sobre A/MGF celebrada en el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, en octubre de 2004. Entre las personas que participaron se encuentran Zewdie Abegaz, Heli Bathija, Nafissatou Diop, Amna Hassan, Khady Koita, Edilberto Loaiza, Diye Ndiaye, Eiman Sharief y Nadra Zaki. El trabajo también se enriqueció con las aportaciones de la reunión técnica sobre A/MGF, organizada por la Sección de UNICEF de Protección de la Infancia de Nueva York y acogida por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF en octubre de 2004.

El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF agradece a los Comités Nacionales Holandés, Español y Suizo de UNICEF la información adicional suministrada y agradece las aportaciones y apoyo de las oficinas de país y las oficinas regionales de África Oriental y Meridional, Oriente Medio y África del Norte, y África Occidental y Central de UNICEF.

El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF agradece el apoyo económico para el Centro, y en especial para este proyecto, del Gobierno de Italia y del Gobierno de Japón.

Los títulos de los números anteriores del Digest son:

- _ El Trabajo del Defensor de los Niños
- _ Niños y Violencia
- _ Justicia Juvenil
- _ Adopción Internacional
- _ Trabajo Doméstico Infantil
- _ La Violencia Doméstica contra Mujeres y Niñas
- _ Matrimonios prematuros
- _ Instituciones independientes que protegen los Derechos del Niño
- _ El registro de nacimiento: el derecho a tener derechos
- _ Pobreza y exclusión entre niños urbanos
- _ Asegurar los derechos de los niños indígenas

El Centro de Investigaciones Innocenti de Unicef agradece el apoyo de traducción y producción del Unicef Comité Español.

Para mayor información y para descargar estas y otras publicaciones, rogamos visite la página web en www.unicef-irc.org o, para solicitar publicaciones, contacte con florenceorders@unicef.org

Las publicaciones del Centro son contribuciones al debate global sobre temáticas relacionadas con los derechos del niño e incluyen una amplia gama de opiniones. Por tal motivo, puede suceder que el Centro produzca publicaciones que no reflejen necesariamente las políticas o los puntos de vista de UNICEF en relación con ciertos temas. Las opiniones expresadas son las de los autores y son publicadas por el Centro con la intención de estimular el diálogo en torno a los derechos del niño.

Siempre que se haga debida mención de la fuente así como de UNICEF, queda permitida la reproducción libre de extractos de esta publicación. Se aceptan comentarios sobre el contenido y la presentación del Digest y sus sugerencias sobre cómo podría ser mejorado en su función de instrumento informativo.

Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF

Piazza SS. Annunziata 12

50122 Florencia, Italia

Tél: (+39) 055 20 330

Fax: (+39) 055 2033 220

Correo electrónico (general): florence@unicef.org

Correo electrónico (solicitudes de publicaciones): florenceorders@unicef.org

Sitio web: www.unicef.org/irc y www.unicef-irc.org



Mona Omar, trabajadora social en una sesión de sensibilización sobre MGF, sostiene un poster en el que se puede leer "desde la perspectiva médica, la MGF es la práctica más perjudicial". Distrito de Nazlet Ebeed en Menya, Alto Egipto, en la Asociación "Una Vida Mejor" (Better Life Association).
UNICEF/Egypt/2005/838/Pirozzi

ÍNDICE

Prólogo	7
1. Introducción	9
¿Qué es la A/MGF?	9
2. Magnitud, Evaluación y Medición	11
¿Donde se práctica la A/MGF?	11
Datos desagregados	13
<i>Las circunstancias que rodean la A/MGF</i>	14
La A/MGF y los cambios a lo largo del tiempo	15
Indicadores estandarizados para el análisis de situación y la supervisión de los progresos realizados	16
3. La dinámica social de la A/MGF	19
Mecanismos que refuerzan la convención social	20
Cambiar la convención social: hacia el abandono de la A/MGF	20
El abandono de la A/MGF: seis elementos clave para el cambio	21
4. La A/MGF y los Derechos Humanos	25
La A/MGF y los derechos de la infancia	25
<i>El interés superior del niño y el derecho del niño a que se respeten sus opiniones</i>	25
<i>Los derechos a la vida y al más alto nivel de salud posible</i>	26
<i>Libre de toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental</i>	28
Las obligaciones del Estado	29
5. Acciones con base en la comunidad	33
Cambiar la convención social: de la teoría a la práctica	33
Facilitar el diálogo y un debate no juzgado de antemano	36
Ritos de pasajes alternativos	36
Oportunidades de trabajo alternativas para los “practicantes” tradicionales	37
Trabajar con las comunidades migrantes en los países industrializados	37
6. Crear un entorno que posibilite el cambio	41
Legislación nacional	41
Los estándares regionales	42
Aumentar la concienciación y promover el diálogo	43
Integrar el abandono de la A/MGF en los programas gubernamentales	44
Coordinación de acciones	44
7. Conclusión	47
8. Contactos	49

Recuadro

Recuadro 1 - Clasificación de los tipos de A/MGF	10
Recuadro 2 - Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples	13
Recuadro 3 - La A/MGF y el vendado de los pies: un camino hacia el matrimonio y el aumento del estatus social	20
Recuadro 4 - Declaraciones de líderes de la iglesia Islamista y Copta	21
Recuadro 5 - La historia de una madre: Los retos a los que se enfrentan los pioneros en el proceso del cambio	21
Recuadro 6 - El surgimiento de la A/MGF como tema de derechos humanos	26
Recuadro 7 - La tendencia hacia la medicalización y las intervenciones “simbólicas”	27
Recuadro 8 - Algunas observaciones finales recientes del Comité de los Derechos del Niño con respecto a la A/MGF	29
Recuadro 9 - Comienza la difusión organizada en Senegal	34
Recuadro 10 - La comunicación para el cambio social	35
Recuadro 11 - Nantoondiral: una película para estimular el debate	36
Recuadro 12 - Respuestas legales a la A/MGF en Europa Occidental	42
Recuadro 13 - La campañas de los medios de comunicación de TAMWA en Tanzania	43
Recuadro 14 - El compromiso cada vez mayor de las Naciones Unidas frente a la A/MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales	45

MAPA

Mapa 1 - Países en los que se practica la A/MGF	12
Mapa 2 - República Centroafricana, 2000	13

TABLA

Tabla 1 - Prevalencia de la A/MGF entre mujeres de 15 a 49 años por país	12
Tabla 2 - Prevalencia (porcentaje) de la A/MGF entre las hijas, dependiendo de la educación de sus madres	14
Tabla 3 - Prevalencia de la A/MGF en países donde se han realizado dos encuestas DHS	15

PRÓLOGO

Cada año, tres millones de mujeres y niñas son sometidas a la ablación o mutilación genital femenina, un procedimiento peligroso que puede llegar a poner en peligro sus vidas que además les causa un dolor y un sufrimiento atroces. Esta práctica viola los derechos humanos básicos de las niñas y las mujeres, privándolas de su integridad física y mental, de su derecho a no ser objeto de prácticas violentas o discriminatorias, y en los casos más extremos, de su vida.

La ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) es un problema global. No se practica únicamente en comunidades de África u Oriente Medio, sino también en comunidades inmigrantes en todo el mundo. Además, datos recientes revelan que se produce en una escala mucho mayor de la que se pensaba. Esta práctica sigue siendo una de las violaciones de los derechos humanos más persistentes y omnipresentes y que además es silenciosamente tolerada.

Este Innocenti Digest analiza la dinámica social de la A/MGF. En las comunidades en las que se practica, la A/MGF es una parte importante de la identidad cultural género de las niñas y mujeres. El procedimiento confiere un sentido de orgullo, de alcance de la mayoría de edad y un sentimiento de pertenencia a la comunidad. Además, el no cumplir con dicha práctica estigmatiza y margina a las niñas y a sus familias, lo que se traduce en la pérdida de su estatus social. Esta costumbre social tan profundamente enraizada es tan fuerte que los padres están dispuestos a que les practiquen la ablación a sus hijas porque quieren lo mejor para ellas y por la presión social de sus comunidades. Las expectativas sociales en torno a la A/MGF representan un gran obstáculo para las familias que posiblemente desearían abandonar esta práctica.

Tomando esto como punto de partida, este Digest identifica algunas de las estrategias más prometedoras para apoyar a las comunidades para que abandonen la práctica de la A/MGF. Estas propuestas reconocen que la decisión de abandonar esta práctica debe proceder de las propias comunidades, y debe reflejar una elección colectiva, reafirmada públicamente y basada firmemente en los derechos humanos. Un mayor conocimiento de los derechos humanos les proporciona a las comunidades las herramientas necesarias para ser los protagonistas de su propia transformación social. Una clara dimensión colectiva empodera a las familias individuales, pues las libera de la difícil decisión de romper con la tradición.

Este Innocenti Digest es una contribución al movimiento cada vez mayor para abandonar la práctica de la A/MGF en todo el mundo. Ya en 1952, la Comisión de Derechos Humanos de la ONU adoptó una resolución sobre el tema. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, fue un hito importante pues reconocía la repercusión de la A/MGF en los derechos humanos. En el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, este procedimiento ha sido identificado tanto como práctica tradicional que pone en peligro el derecho del niño al más alto nivel posible de salud y como una forma de violencia. Esta problemática ha recibido atención constante por parte del Comité de los Derechos del Niño y otros organismos vinculados a tratados y mecanismos de derechos humanos.

El compromiso internacional para hacer frente a la A/MGF sigue creciendo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecen metas e indicadores de

desarrollo medibles que están directamente relacionados con el fin de la A/MGF; concretamente, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Un Mundo Apropiado para los Niños, el documento resultante de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia en 2002, exigía públicamente el final de las “prácticas tradicionales o consuetudinarias perjudiciales, tales como el matrimonio forzado y a edad temprana y la mutilación genital femenina”. Puede que algunos países logren este objetivo si se les proporcionan los recursos necesarios y que otros países puedan hacer avances significativos en esa dirección. Los Estudios Especiales que está realizando actualmente la ONU sobre la Violencia contra los Niños y la Violencia contra las Mujeres ofrecen nue-

vas e importantes oportunidades para llamar la atención sobre este tema y para generar acciones que transformen este objetivo en una realidad.

Nunca antes la comunidad internacional había comprendido tan bien por qué persiste la práctica de la A/MGF ni había dispuesto de experiencias alentadoras surgidas de programas innovadores. Hay razones para mostrarse optimista y pensar que aplicando estos conocimientos, la A/MGF puede empezar a resultar inaceptable desde cualquier punto de vista y de cualquier manera que se dé, y que la práctica puede llegar a su fin en el lapso de una sola generación.

Marta Santos Pais
*Directora del Centro de Investigaciones
Innocenti de UNICEF*

1

INTRODUCCIÓN

Hoy en día viven 130 millones de niñas y mujeres cuyos derechos humanos han sido violados mediante la ablación / mutilación genital femenina (A/MGF). Esta perjudicial práctica no sólo afecta a las niñas de África y el Medio Oriente, donde se ha practicado tradicionalmente, sino que también afecta a la vida de niñas y mujeres que viven en comunidades emigrantes, en los países industrializados. A pesar de que el trabajo de promoción concertado durante las últimas décadas ha dado lugar a un compromiso generalizado para promover el abandono de esta práctica, los éxitos para acabar con la A/MGF han sido limitados, exceptuando algunas situaciones significativas.

Este *Innocenti Digest* se enfrenta a la necesidad urgente de hacer un balance de los progresos realizados hasta la fecha, identificar los retos y poner de relieve los métodos más eficaces para promover el abandono de la práctica de la A/MGF. En el contexto de los derechos humanos, se integran experiencias de terreno concretas con teorías académicas que ofrecen a la comunidad internacional un mayor entendimiento sobre por qué persiste la A/MGF. Esta práctica perjudicial está profundamente enraizada en las costumbres sociales: cuando se practica, las niñas y sus familias adquieren un estatus social y son respetadas. El no practicar la A/MGF acarrea vergüenza y exclusión para las familias. El entender cómo persiste la A/MGF y el porqué persiste es básico para desarrollar estrategias que conduzcan al abandono de esta práctica.

Este *Innocenti Digest* trata de servir como herramienta práctica que provoque cambios positivos para las niñas y las mujeres.

- Analiza los datos más actuales para ilustrar la dis-

tribución geográfica de la A/MGF y subraya las tendencias clave;

- Identifica las principales maneras en las que la A/MGF viola los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluyendo las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales de esta perjudicial práctica;
- Examina los factores que contribuyen a perpetuar la práctica de la A/MGF;
- Explica resumidamente acciones eficaces y complementarias en los ámbitos comunitario, nacional e internacional para apoyar el fin de la A/MGF.

A partir del análisis realizado, hay buenas razones para ser optimistas y pensar que con el apoyo adecuado, se puede poner fin a la A/MGF en muchas comunidades que la practican, en el lapso de una sola generación.

¿Qué es la A/MGF?

La ablación / mutilación genital femenina incluye “una amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica”. Este procedimiento puede incluir el uso de herramientas no esterilizadas, improvisadas o rudimentarias.

La terminología aplicada a este procedimiento ha evolucionado considerablemente. Cuando la práctica empezó a conocerse más allá de las sociedades que tradicionalmente la llevaban a cabo, normalmente se la conocía como “circuncisión femenina”. Sin embargo, este término nos lleva a establecer un paralelismo directo con la circuncisión masculina y consecuente-

mente crea confusión entre estas dos prácticas tan distintas. En el caso de las niñas y las mujeres, el fenómeno es una manifestación de desigualdad muy arraigada que está basada en el género, que les asigna una posición inferior en la sociedad y que tiene graves consecuencias físicas y sociales.² Este no es el caso de la circuncisión masculina, que puede ayudar a evitar la transmisión del VIH/SIDA.³

La expresión “mutilación genital femenina” (MGF) consiguió un apoyo cada vez mayor a finales de los 70. La palabra “mutilación” no sólo establece una clara distinción lingüística con la circuncisión masculina, sino que también, dadas sus connotaciones claramente negativas, subraya la gravedad del acto. En 1990, este término fue adaptado en la tercera conferencia del Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan la salud de la mujer y el niño (IAC) celebrado en Addis Abeba.⁴ En 1991, la OMS recomendó a las Naciones Unidas que adoptara esta terminología y desde entonces ha sido ampliamente utilizada en los documentos de la ONU.

El uso de la palabra “mutilación” refuerza la idea de que esta práctica es una violación de los derechos

humanos de las niñas y las mujeres, y por lo tanto ayuda a promover un movimiento nacional e internacional para promover su abandono. No obstante, en el ámbito comunitario el término puede resultar problemático. Las lenguas locales normalmente usan el término “ablación” para describir esta práctica, puesto que resulta más neutro; resulta comprensible que los padres no admitan que “mutilan” a sus hijas. En esta línea, en 1999, el Relator Especial de la ONU sobre Prácticas Tradicionales pidió tacto y paciencia en relación a las actividades en esta área en particular y llamó la atención sobre el riesgo de “endemoniar” a determinadas culturas, religiones y comunidades.⁵ Como resultado, el término “ablación” se ha venido usando cada vez más para evitar la alienación de determinadas comunidades.

Para captar el significado del término “mutilación” en el ámbito político, y al mismo tiempo, reconocer la importancia de emplear una terminología neutra con las comunidades que la practican, se ha decidido utilizar la expresión “ablación / mutilación genital femenina (A/MGF)” a lo largo de todo este Digest.

Recuadro 1 Clasificación de los tipos de A/MGF

La forma concreta en la que se practica la A/MGF puede variar mucho de una comunidad a otra. Actualmente, la OMS está revisando la clasificación de 1997 sobre tipos de A/MGF⁶ en colaboración con UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). La nueva versión identifica cinco tipos de A/MGF.⁷

A la hora de hacer cualquier tipo de clasificación nos encontramos con problemas. En ocasiones puede que las niñas y las mujeres desconozcan el método exacto que se utilizó con ellas, puesto que en algunos casos se lo practicaron cuando eran muy pequeñas e incluso puede que no recuerden si se les ha practicado la A/MGF. Además, puede haber diferencias considerables en el alcance de la ablación, puesto que el procedimiento por lo general se realiza sin anestesia y con escasa iluminación, y las niñas normalmente forcejean intentando oponer resistencia.

Notas

- 1 Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, Eds. (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres. La OMS también ofrece una definición de A/MGF, pero durante la preparación de este documento estaba en revisión. Véase OMS/UNFPA/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2 Yoder, P. Stanley, Noureddine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, Septiembre de 2004, ORC Macro.
- 3 Reynolds SJ, Sheperd ME, Risbud AR, Gangakhedkar RR, Brookmeyer RS, Divekar AD, Mehendale SM, Bollinger RC (2004) "Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India", *The Lancet*, 27 de marzo, 2004; 363(9414); 1039-40.
- 4 Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, Eds, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 5 "Tercer informe sobre la evolución de la situación relativa a la eliminación de las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas, realizado por la Sra. Halima Embarek Warzazi, de conformidad con la resolución de la Subcomisión 1998/16", Comisión de Derechos Humanos,

- Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, E/CN.4/Sub.2/1999/14, 9 de julio de 1999.
- 6 OMS/UNFPA/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 7 Actualmente en borrador, el Tipo I se refiere a la escisión del prepucio junto con la escisión parcial o total del clítoris (clitoridectomía); el Tipo II se refiere a la escisión parcial o total de los labios menores, seguido del cosido o estenosis, con o sin escisión parcial o total del clítoris; el Tipo III indica la escisión de los genitales externos y el cosido/estrechamiento o estenosis de los labios mayores, normalmente este tipo se denomina "infibulación"; el Tipo IV se refiere en concreto a un amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables que incluyen el cosido del clítoris o los labios o de ambos, la cauterización, quemando el clítoris y los tejidos que lo rodean, el raspado del orificio vaginal (cortes angurya) o hacer cortes en la vagina (cortes gishiri), y la introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina para provocar el sangrado de la misma o con objeto de reducirlo o estrecharlo; el Tipo V se refiere a prácticas simbólicas que incluyen hacer muescas o agujeros en el clítoris para extraer algunas gotas de sangre.

2

MAGNITUD, EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

Según los cálculos de la OMS, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas del mundo han sido sometidas a alguna forma de A/MGF.¹ Aunque resulta complicado calcular la cifra total de afectadas, lo que sí indican es una violación de los derechos humanos a gran escala. La A/MGF afecta a muchas más mujeres de lo que se creía previamente. Los análisis más recientes nos indican que anualmente unos tres millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación en el continente africano (África Subsahariana, Egipto y Sudán).² De estos tres millones, casi la mitad de las afectadas se ubican en dos países: Egipto y Etiopía. Aunque esta cifra es significativamente mayor que las estimaciones previas de dos millones, esta nueva cifra no refleja el aumento de la incidencia, pero es un cálculo más exacto dado que se dispone de más datos. Es necesario contar con una imagen más detallada de la situación que permita actuar de forma más eficaz para acabar con esta práctica.

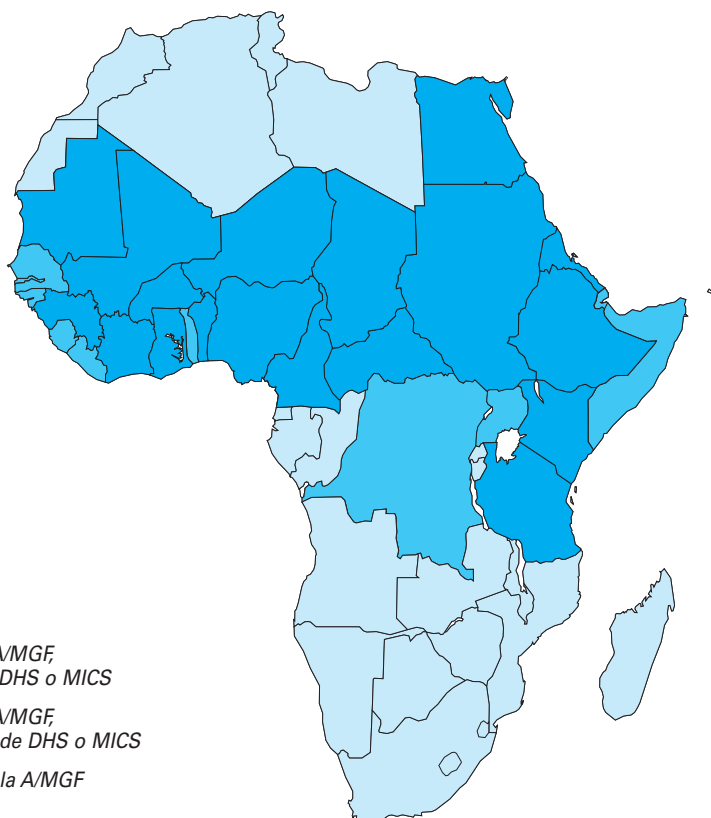
¿Dónde se practica la A/MGF?

La mayoría de las niñas y mujeres que se encuentran en situación de riesgo de ser sometidas a la A/MGF viven en unos 28 países de África y Oriente Medio (ver Mapa 1). En África, estos países forman un amplio grupo que se extiende desde Senegal en el Oeste hasta Somalia en el Este. Se sabe que algunas comunidades de la costa del Mar Rojo en Yemen también practican la A/MGF, y existen informaciones, pero no pruebas claras, de una limitada incidencia en Jordania, Omán y los Territorios Palestinos Ocupados (Gaza), así como en algunas comunidades kurdas de Irak. También se ha informado de que es practicada por algunas poblaciones de la India, Indonesia y Malasia.³

Los datos más fiables y amplios sobre la prevalencia y la naturaleza de la A/MGF se obtienen a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y de las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) (ver Recuadro 2). La prevalencia se define como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a alguna forma de A/MGF. La obtención de datos de la prevalencia de la A/MGF entre las niñas menores de 15 años plantea una serie de retos metodológicos, entre los que se incluye al menos la determinación de si la práctica se llevó a cabo y cómo.

Actualmente se dispone de los datos de las DHS y MICS sobre la prevalencia de A/MGF en 18 países (ver Mapa 2). Los datos más actuales de estas fuentes se encuentran resumidos en la Tabla 1 e indican que la prevalencia de la A/MGF varía significativamente de un país a otro, desde un porcentaje del 5% en Níger hasta el 99% en Guinea.⁴ Los países en los que se practica la A/MGF pero de los que hasta el momento no se disponen de datos de DHS o MICS son Camerún⁵, la República Democrática del Congo, Yibuti, Gambia, Guinea Bissau, Liberia, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Togo, y Uganda. Además, estos últimos países muestran un rango de prevalencia muy amplio: se cree que la de la República Democrática del Congo es menor al 5%, mientras que tanto en Yibuti como Somalia se cree que está en torno al 90%.

Los patrones de prevalencia de la A/MGF surgen cuando se agrupan por regiones. Por ejemplo, en los países del noreste de África (Egipto, Eritrea, Etiopía y Sudán), se encuentra entre el 80 y el 97%, mientras que en África Oriental (Kenia y Tanzania) son sensiblemente menores y están entre el 18 y el 32%.⁶ Sin embargo, hay que tener cuidado a la hora de interpretar estos datos, puesto que representan medias



- Países donde se practica la A/MGF y que disponen de datos de DHS o MICS
- Países donde se practica la A/MGF y que no disponen de datos de DHS o MICS
- Países donde no se practica la A/MGF

Tabla 1 Prevalencia de la A/MGF entre mujeres de 15 a 49 años por país⁷

Pais	Tipo de encuesta y fecha	Prevalencia Nacional de la A/MGF %
Benin	DHS 2001	17
Burkina Faso	DHS 2003	77
República Centrafricana	MICS 2000	36
Chad (provisional)	DHS 2004	45
Costa de Marfil	DHS 1998-9	45
Egipto*	DHS 2003	97
Eritrea	DHS 2002	89
Etiopía	DHS 2000	80
Ghana	DHS 2003	5
Guinea	DHS 1999	99
Kenia	DHS 2003	32
Mali	DHS 2001	92
Mauritania	DHS 2000-1	71
Níger	DHS 1998	5
Nigeria	DHS 2003	19
Sudán* +	MICS 2000	90
Tanzania	DHS 1996	18
Yemen*	DHS 1997	23

* La muestra es de mujeres que han estado casadas alguna vez.
 + Las encuestas se realizaron en el norte de Sudán.

nacionales y a menudo no reflejan las marcadas variaciones en la prevalencia existentes entre diferentes áreas del país. Por ejemplo, en Nigeria, la prevalencia nacional se sitúa en el 19%; la prevalencia en las regiones del Sur alcanza el 60%, pero en el norte está entre el 0 y el 2%.

La práctica de la A/MGF ya no está limitada a los países en los que se ha practicado tradicionalmente. La emigración africana a los países industrializados es una característica presente desde el final de la Segunda Guerra Mundial, y muchos de los emigrantes provienen de países que practican la A/MGF. Más allá de los factores económicos, los patrones migratorios con frecuencia reflejan los lazos establecidos en el pasado colonial. Por ejemplo, a menudo los ciudadanos de Benin, Chad, Guinea, Mali, Níger y Senegal eligen Francia como destino, mientras que muchos kenianos, nigerianos y ugandeses han emigrado al Reino Unido.

En los 70, la guerra, el malestar social y las sequías en varios países africanos, incluidos Eritrea, Etiopía y Somalia, se tradujeron en una llegada de refugiados a Europa Occidental, donde algunos países, como Noruega y Suecia, se habían visto relativamente poco afectados por la emigración hasta ese momento. Fuera de la Europa Occidental, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica, y Australia y Nueva Zelanda en Australasia también han acogido a mujeres y niñas que han sido sometidas a la A/MGF, y son el hogar de otras mujeres y niñas que corren el riesgo de pasar por ese mismo proceso.

Los datos de prevalencia y las características de la

Recuadro 2 - Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples

La principal fuente de datos y el análisis de datos sobre la A/MGF han sido suministrados por MEASURE DHS+, que apoya a los países en desarrollo de todo el mundo en la recopilación y empleo de los datos para supervisar y evaluar los programas de población, salud y nutrición. Las Encuestas Demográficas y de Salud proporcionan datos nacionales y subnacionales sobre planificación familiar, salud materna e infantil, supervivencia infantil, VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas, salud reproductiva y nutrición.⁸ Hay módulos opcionales extras que se refieren al estatus de la mujer, la violencia doméstica, el VIH/SIDA y la A/MGF.

El primer módulo sobre A/MGF se incluyó en una encuesta realizada en el norte de Sudán en 1989-90, y a finales de 2003, un total de 17 países (16 en África, más Yemen) han incluido preguntas sobre la A/MGF en sus encuestas.⁹ Este módulo es una importante herramienta para estandarizar la recopilación de informes, supervisar el progreso y establecer metas en países en los que la A/MGF sigue siendo un reto. Aunque la forma y el énfasis de las preguntas incluidas en las encuestas han evolucionado a lo largo del tiempo, normalmente lo que se ha intentado es establecer si la mujer ha sido sometida a la A/MGF y, si lo ha sido, la edad de la mujer en el momento de la intervención, el tipo de cirugía y quién la llevó a cabo. También se incluyen preguntas adicionales para determinar si la hija o hijas de la encuestada han sido sometidas también a la intervención y, también si así ha sido, cómo fue la intervención (normalmente esto atañe al grupo de mujeres entre 15-49 años, con al menos una hija circuncidada, aunque varios estudios sólo incluyen el estatus de la hija mayor). Por último, una serie de preguntas han ayudado a establecer la postura de la encuestada frente a la práctica. Dado que la encuesta se realiza a la población femenina de entre 15 y 49 años,¹⁰ en las comunidades donde las niñas son sometidas a la práctica a edades tempranas, el panorama obtenido a partir de los datos DHS no refleja necesariamente la prevalencia actual. Por ejemplo, los datos de una niña sometida a la ablación con cinco años, no serán registrados hasta diez años más tarde.

Los datos de las DHS son complementados con las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples de UNICEF (MICS). Éstas tienen una estructura similar a las encuestas DHS y están diseñadas para proporcionar un sistema de encuestas de hogar asequible, rápido y fiable para situaciones en las que no hay otras fuentes fiables de datos. La primera ronda de MICS se llevó a cabo como parte de la evaluación de los progresos realizados en el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, y la segunda (MICS2) como encuestas de final de la década en 66 países. Los datos obtenidos con esta última encuesta se utilizaron para informar a la Sesión Especial en Favor de la Infancia de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en Nueva York en 2002. Las MICS, junto con un módulo de A/MGF se llevaron a cabo en la República Centroafricana, Chad y Sudán en el año 2000, y se está previsto hacer una nueva ronda de encuestas, la MICS3, durante 2005.

A/MGF en los países industrializados son poco comunes y en ocasiones se utiliza la extrapolación para comprender bien el alcance de la práctica. Combinando los datos de las oficinas de migración con los datos de prevalencia en los países de origen, el Comité Nacional Suizo de UNICEF calcula que en Suiza unas 6.700 niñas y mujeres han sido sometidas a la A/MGF o corren el riesgo de serlo. De estas

mujeres y niñas, más de un tercio son somalíes. Estas cifras no incluyen a las mujeres y niñas que tienen pasaporte suizo.

Datos desagregados¹¹

Tanto las DHS como las MICS permiten desagre-

Mapa 2 - República Centroafricana, 2000



gar los datos a nivel nacional por grupo etárea, residencia urbana o rural y región o provincia. Muchas encuestas también muestran diferencias en la prevalencia en base a los grupos étnicos y religiosos. La posibilidad de analizar los datos de prevalencia de forma desagregada es de crucial importancia puesto que las medias nacionales pueden disfrazar las diferencias existentes dentro del propio país. Este es al menos el caso en países en los que la prevalencia de la A/MGF es muy alta, como pasa en Egipto, Guinea y Sudán, donde las tasas de prevalencia son del 90% e incluso superiores. No obstante, en los países en los que una amplia proporción de la población no practica la A/MGF, la desagregación puede ayudar significativamente a entender el fenómeno y a informar sobre las intervenciones programáticas para propiciar su abandono.

A continuación se presenta el valor de la desagregación por regiones o provincias en el caso de la República Centroafricana (Mapa 2), donde los datos obtenidos a partir de la MICS2 muestran que, a nivel nacional, el 36% de las mujeres entre 15 y 49 años han sido sometidas a la A/MGF. Observando la situación desde una perspectiva subnacional aparecen claras variaciones geográficas. En cinco prefecturas del oeste del país y en dos del este, la prevalencia de la A/MGF se sitúa entre el 0 y el 19.9%, mientras que en tres prefecturas del norte del país la prevalencia se sitúa entre el 85 y el 100%.¹²

La variación se explica en gran medida por la presencia de distintas comunidades étnicas con diferentes actitudes y prácticas en relación con la A/MGF. En la República Centroafricana, a escala nacional las tasas de prevalencia de la A/MGF se sitúan en torno al 5% entre los Mboun y Zande-N'zakara, hasta el 75% entre los Banda, uno de los grupos étnicos más numerosos del país. Entre los Gbaya, el grupo étnico más numeroso, la prevalencia está en torno al 24%. Los analistas de DHS subrayan que los datos varían mucho más por el grupo étnico que por ninguna otra variable social o demográfica. En otras palabras, la identidad étnica y la práctica de la A/MGF están estrechamente relacionadas. Algunos grupos practican la A/MGF en pocas ocasiones o nunca, mientras que en otros grupos, prácticamente todas las mujeres han sido sometidas a la práctica.

Los datos sobre etnicidad están disponibles sólo para un número limitado de países, y cuando se analizan, se deben tener en cuenta, al menos, tres factores. En primer lugar, la agrupación étnica en raras ocasiones se corresponde con las divisiones nacionales administrativas definidas, y los grupos que practican la A/MGF pueden estar presentes en varias provincias o distritos. En segundo lugar, incluso con una encuesta relativamente detallada, los grupos étnicos listados pueden, en realidad, ser una categoría étnica compuesta de varios subgrupos con diferentes prácticas. Por último, aunque la desagregación de la prevalencia de la A/MGF por grupos étnicos es útil para las acciones programáticas de información, estos datos deben interpretarse cuidadosamente para evitar la estigmatización.

Se ha considerado el desarrollo urbano como un

factor que posiblemente influya en la prevalencia, aunque la relación entre la vida urbana y la prevalencia no es inequívoca. De los 18 países cubiertos por las DHS o las MICS, 12 demuestran una mayor prevalencia de la A/MGF en las áreas rurales frente a las urbanas, aunque en algunos casos la diferencia es muy pequeña. En dos casos (Etiopía y Guinea), las tasas urbanas y rurales eran idénticas o casi idénticas, mientras que en cuatro casos (Burkina Faso, Nigeria, Sudán y Yemen), la prevalencia en áreas urbanas es mayor que en las rurales, un fenómeno que se explica probablemente por el efecto desconcertante de la pertenencia étnica.

La educación, en especial la de la mujer, puede tener un papel importante a la hora de salvaguardar los derechos humanos tanto de las propias mujeres, como de sus hijos. En general, las hijas de madres que han recibido más educación tienen menos posibilidades de ser sometidas a la A/MGF que las hijas de las madres con menos educación o ninguna¹³. Este hecho se ilustra a través de los datos de la Tabla 2. Únicamente en Guinea no se observa la relación entre que las hijas hayan sido o no sometidas a la A/MGF y el nivel educativo de las madres, un hallazgo que puede explicarse por la escasa proporción de mujeres que han cursado estudios secundarios o superiores en el país. La Tabla 2 también muestra que aunque hay una diferencia estadística entre las mujeres con estudios secundarios y aquéllas sin educación, la A/MGF todavía es practicada por mujeres con educación superior. En otras palabras, la educación de las mujeres puede contribuir a reducir la práctica, pero por sí sola no basta para conseguir su abandono.

Las circunstancias que rodean la A/MGF

Las DHS y las MICS proporcionan una información valiosa sobre las circunstancias que rodean el acto de la A/MGF, incluida la edad a la que la niña o mujer es sometida a la práctica, el tipo de ablación

Tabla 2 - Prevalencia (porcentaje) de la A/MGF entre las hijas, dependiendo de la educación de sus madres¹⁴

Encuesta	Sin educación	primaria	secundaria	total
Benin (2001)	11.1	2.5	0.7	8.2
Egipto (2000)	64.7	62.6	21.2	49.5
Eritrea (2002)	67.5	59.4	40.0	62.5
Etiopía (2000)	55.7	35.4	25.4	51.8
Guinea (1999)	54.7	44.0	55.1	53.9
Malí (2001)	73.1	73.9	64.8	72.8
Mauritania (2000-01)	77.4	60.6	41.1	70.9
Yemen (1997)	41.4	23.9	29.0	38.3

realizada y la persona que la llevó a cabo. Estas encuestas revelan variaciones considerables tanto en el tipo de la A/MGF como en su significado. Las variaciones se producen sobre todo entre diferentes grupos más que al interior de los grupos.

La edad en la que gran parte de las niñas son sometidas a la ablación varía mucho de un país a otro. Cerca del 90% de las niñas egipcias son sometidas a la ablación entre los 5 y los 14 años,¹⁵ mientras que en Etiopía, Malí y Mauritania, el 60% o más de las niñas encuestadas fueron sometidas a la práctica antes de su quinto cumpleaños.¹⁶ En Yemen, la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 1997 descubrió que nada menos que un 76% de las niñas fueron sometidas a la A/MGF durante sus dos primeras semanas de vida. Las variaciones dentro de los países también son evidentes y a menudo reflejan la distribución de los grupos étnicos. En Sudán, un estudio cohorte realizado en 2004 descubrió que al menos el 75% de las niñas habían sido sometidas a la A/MGF antes de los 9 o 10 años en Darfur Sur, un estado en el que predominan la población Fur y Aabe, mientras que en Kassala, donde predomina la población Beja, el 75% de las niñas ya habían sido sometidas a la ablación entre los 4 y los 5 años.¹⁷

La información relativa al tipo de A/MGF realizada resulta útil para ayudar a anticipar el alcance de las consecuencias físicas de la práctica. Sin embargo, hay algunas dificultades para obtener estos datos, incluyendo la determinación de si las entrevistadas entienden cuando se les pregunta por el tipo de A/MGF que se les practicó. En la mayoría de los países en los que las DHS o las MICS incluían una pregunta sobre el tipo de A/MGF, el tipo "más suave"¹⁸ resultó ser el más común. Únicamente en Burkina Faso el procedimiento más común era el que incluye la escisión de los labios menores (representando a un 56% del total de las sometidas a la ablación¹⁹). Se descubrió que la infibulación, la ablación seguida del cosido o estrechamiento, se daba en un gran número de mujeres de dos países: Sudán, donde según la encuesta MICS2 de 2000 se calcula que hasta un 74% de las mujeres que habían sido sometidas a la ablación lo habían sido a través de este procedimiento; y Eritrea, donde la encuesta DHS de 2002 calcula que el 39% ha sido sometido a infibulación. También se sabe que este procedimiento es muy utilizado en Yibuti y Somalia.

La mayoría de las niñas y mujeres son sometidas a la escisión por un curandero, una categoría en la que se incluye a los especialistas locales (cortadores o personas expertas en ablaciones), parteras tradicionales, y en general, ancianos de la comunidad, normalmente mujeres. Esto es así en más del 80% de los casos de niñas que son sometidas a la práctica en Benin, Burkina Faso, Costa de Marfil, Eritrea, Etiopía, Guinea, Malí, Níger, Tanzania y Yemen. En casi todos los países, el personal médico, incluidos los doctores, enfermeras y las comadronas certificadas, normalmente no están implicados en esta práctica. Pero Egipto es una clara excepción, pues en el año 2000, se calculaba que el 61% de los casos de A/MGF eran llevados a cabo por personal médico. También se ha descubierto que el número de casos de A/MGF reali-

zados por personal médico en Sudán²⁰ (36%) y en Kenya (34%) es relativamente elevado.

La A/MGF y los cambios a lo largo del tiempo

La A/MGF es una práctica en evolución, y sus características y distribución han cambiado a lo largo de los años. En Yemen, por ejemplo, la práctica sólo aparece en el siglo XX como consecuencia de los contactos con comunidades que lo practican en el Cuerno de África.

Se pueden obtener evidencias de los cambios en la prevalencia de la A/MGF comparando las experiencias de las mujeres de diferentes grupos de edad en un país determinado. Usando este método, en 9 de los 16 países en los que a través de las DHS se han recopilado datos, se demuestra una disminución marcada en la prevalencia en los grupos de edad más jóvenes (de 15 a 25 años): Benin, Burkina Faso, República Centroafricana, Etiopía, Kenia, Nigeria, Tanzania y Yemen. En los otros siete países (Costa de Marfil, Egipto, Guinea, Malí, Mauritania, Níger y Sudán²¹) la prevalencia está aproximadamente al mismo nivel para todos los grupos de edad, lo que sugiere que las tasas de A/MGF en este caso permanecen relativamente estables en las últimas décadas. De los cuatro países que poseen las mayores tasas de prevalencia (Egipto, Guinea, Malí y Sudán²²), ninguno ha mostrado evidencias de cambio en la prevalencia a lo largo del tiempo.

También se pueden calcular los cambios en la prevalencia en una serie de países en los que se han realizado dos encuestas, puesto que permite la comparación de los resultados obtenidos en distintos momentos. La Tabla 3 indica que de los siete países en los que actualmente se puede hacer esta comparación, se observa una clara disminución en la prevalencia total en Eritrea, Kenia y Nigeria.

Tabla 3 - Prevalencia de la A/MGF en países donde se han realizado dos encuestas DHS²³

País	Fecha de la encuesta	Prevalencia de la A/MGF (%)
Burkina Faso	1998-99	71.6
Burkina Faso	2003	76.6
Costa de Marfil	1994	42.7
Costa de Marfil	1998-99	44.5
Egipto	1995	97.0
Egipto	2000	97.3
Eritrea	1995	94.5
Eritrea	2002	88.7
Kenia	1998	37.6
Kenia	2003	33.7
Malí	1995-96	93.7
Malí	2001	91.6
Nigeria	1999	25.1
Nigeria	2003	19.0

Los datos proporcionados animan a mostrarse cautelosamente optimista. Cuando se les pregunta si piensan si se debe seguir practicando la A/MGF, en general es menos probable que estén de acuerdo las mujeres jóvenes que las más mayores. La diferencia es mayor en el caso de la encuesta DHS realizada en Eritrea en 2002, que muestra que un 63% de las mujeres entre 45 y 49 años apoyaban la práctica de la A/MGF frente a un 36% de las mujeres entre 15 y 19 años. Aunque estos hallazgos son alentadores, las actitudes pueden cambiar con la edad. Además, las experiencias en el terreno indican que la falta de apoyo a la A/MGF (i.e. un cambio de actitud frente a la práctica) no siempre se traduce en el cambio en el comportamiento.

Aparte de los cambios en la prevalencia, hay tres tendencias significativas que han aparecido en varios países en los que se practica la A/MGF:²⁴

- *La media de edad a la que las niñas son sometidas a la ablación está descendiendo en algunos países.* De los 16 países en los que se pasaron las encuestas DHS, la media de edad en la que se practica la A/MGF ha disminuido considerablemente en Burkina Faso, Costa de Marfil, Egipto, Kenia y Malí. Algunas de las razones pueden ser el efecto de la legislación nacional que prohíbe la A/MGF, que ha animado a las familias a realizar la práctica a una edad más temprana para que sea más fácil ocultarlo ante las autoridades. También cabe la posibilidad de que esta tendencia se haya visto influenciada por el deseo por parte de los que apoyan o realizan la práctica de minimizar la resistencia de las propias niñas.
- *La “medicalización” de la A/MGF está aumentando: en lugar de curanderos es el personal sanitario el que realiza las ablaciones a las niñas.* Es posible que esta tendencia refleje el impacto de las campañas que subrayan los riesgos para la salud asociados con esta práctica, pero no atacan los motivos subyacentes que los perpetúan. Al analizar los datos por grupos de edad se descubre que en Egipto, Guinea y Malí, la medicalización de la A/MGF ha aumentado de manera espectacular en los últimos años.
- *La importancia de los aspectos ceremoniales asociados a la A/MGF está disminuyendo en muchos países.* Esta tendencia también puede estar, en parte, relacionada con la existencia de una legislación que prohíbe la A/MGF, hecho que pone freno a la hora de mostrar públicamente la práctica.

Indicadores estandarizados para el análisis de situación y la supervisión de los progresos realizados

La información de esta sección es sólo una breve reseña de los datos sobre A/MGF disponibles a partir de las DHS y las MICS. Las preguntas planteadas en estas encuestas permiten realizar una serie de comparaciones dentro de los países y entre ellos. El potencial para comparar aumenta cuando estas

encuestas incluyen una serie de indicadores estandarizados para el análisis de situación y la supervisión de los progresos realizados para apoyar el abandono de la práctica de la A/MGF. En noviembre de 2003, en una Consulta Global sobre Indicadores de UNICEF²⁵ se llegó a un acuerdo internacional sobre los indicadores apropiados para este fin. En dicha consulta, se establecieron cinco indicadores estándar para el análisis de situación.

1. *Prevalencia de la A/MGF por cohortes de 15 a 49 años.* Este es el indicador más importante. Los cohortes de edad de 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49.
2. *Estatus de A/MGF de todas las hijas.* Este indicador indica la prevalencia de la A/MGF de todas las hijas de madres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Es recomendable recopilar datos sobre la edad actual de las hijas y de la edad en la que fueron sometidas a la ablación.
3. *Porcentaje de A/MGF “cerrada” (infibulación, estenosis) y A/MGF “abierta” (escisión).* Se ha introducido esta simplificación de las categorías para ayudar a reducir las dificultades a la hora de identificar el tipo específico de A/MGF a la que ha sido sometida una mujer o su hija.
4. *Persona que realiza la A/MGF.*
5. *Apoyo u oposición a la A/MGF por parte de las mujeres y los hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.*

Además la Consulta Global trató de ampliar la recopilación sobre datos de prevalencia a niñas con edades comprendidas entre los 5 y los 14 años. Quizás sea posible obtener estos datos a través de encuestas locales, aunque éstos no arrojen datos sobre la prevalencia a nivel nacional.

Para evaluar la eficacia de los programas que promueven el abandono de la A/MGF, se han acordado tres indicadores.

- *Declaración pública de intenciones.* Las preguntas apuntan a registrar la declaración de intención de parte de los individuos, de las comunidades y de las aldeas de su compromiso de abandonar la práctica de la A/MGF. Las formas de declararlo públicamente puede variar de una comunidad a otra.
- *Mecanismos de supervisión con base en la comunidad para dar seguimiento a las niñas que corren el riesgo de ser sometidas a la A/MGF.* Debería recabarse información de la comunidad a través de los sistemas sanitarios y educativos y de los grupos de jóvenes, junto con otros mecanismos de supervisión elegidos por la comunidad. La información debería incluir el número de niñas que han sido o no sometidas a la A/MGF, la edad en la que se realizó la práctica (y cualesquiera cambios en esta edad), el número de hombres que se casarían con una mujer que no haya sido sometida a la A/MGF, y la difusión de mensajes por parte de los miembros de la comunidad y los encargados de ejecutar la práctica.
- *Descenso de la prevalencia.* Esta es la principal medida cuantitativa para demostrar el progreso hacia el abandono de la A/MGF y por consiguiente

te, la efectividad de los programas que están en marcha. Estos datos pueden obtenerse a través de encuestas de hogar organizadas con apoyo internacional (MICS o DHS) o localmente.

Los datos medidos por estos indicadores pueden

obtenerse de pequeños estudios comunitarios y de la supervisión y evaluación de programas. Es necesario involucrar a las comunidades a través de cualquier proceso de evaluación que se utilice para identificar indicadores y obtener información que refleje su propia percepción de los progresos realizados.

Notas

- 1 Véase, por ejemplo, OMS (2000), *Female Genital Mutilation*. Fact sheet no. 241, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 2 Se ha estimado que en 2000, aproximadamente 3.050.000 niñas fueron sometidas a la A/MGF en el continente africano. Cifra por gentileza de Stan Yoder, Measure DHS, ORC Macro. Esta cifra se obtiene tomando el número de mujeres nacidas en el 2000 en estos países, calculando las bajas debidas a la mortalidad infantil, y multiplicando la cifra obtenida por la prevalencia de la A/MGF entre el cohorte de 15 a 24 años en cada uno de los países en los que se practica la A/MGF. La cifra resultante es una aproximación, en parte porque no hay datos de prevalencia entre niñas de menos de 15 años, y en parte porque no hay seguridad sobre el porcentaje de prevalencia de la A/MGF en algunos países (RDC, Gambia, Liberia, Senegal, Sierra Leona y el Sur de Sudán).
- 3 Amnistía Internacional (1998), "Section 1: What is Female Genital Mutilation", *Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack*, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm#a3, consultado el 10.2.2005.
- 4 Encuesta Demográfica y de Salud, Níger, 1998: Mujeres entre 15 y 49 años, y Encuesta Demográfica y de Salud, Guinea, 1999: Mujeres entre 15 y 49 años.
- 5 Los datos provisionales de la encuesta DHS de 2004 indican una prevalencia de aproximadamente un 1% en Camerún.
- 6 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre de 2004, ORC Macro. Véase también UNICEF (2004), *Estado Mundial de la Infancia 2005*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, Tabla 9.
- 7 Tabla recopilada por el Departamento de Información Estratégica de UNICEF, División de Políticas y Planificación. *Los datos de Egipto, Yemen y Sudán están basados en una muestra de mujeres que han estado alguna vez casadas. Suponemos que la tasa de prevalencia de la A/MGF entre mujeres no casadas no difiere de ésta.
- 8 Para más información sobre Encuestas Demográficas y de Salud, véase www.measuredhs.com.
- 9 En la actualidad hay 25 Encuestas Demográficas y de Salud que incluyen datos sobre la A/MGF (existen otras dos encuestas cuyas cifras son todavía provisionales), incluidos los países en los que ya se han realizado 2 encuestas.
- 10 En la mayoría de los países, la encuesta incluye a todas las mujeres del cohorte de 15 a 49, sin embargo en las encuestas DHS de Egipto y Yemen, la muestra incluye sólo a las mujeres que han estado al menos una vez casadas dentro de ese grupo de edad.
- 11 Para una información más detallada sobre los temas introducidos en este apartado, véase Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre de 2004, ORC Macro.
- 12 Todos los datos de la 2ª Encuesta Agrupada de Indicadores Múltiples, República Centroafricana, 2000.
- 13 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre 2004, ORC Macro. Teniendo en cuenta que el dato sobre el nivel educativo de la mujer que ha sido sometida a la A/MGF no es significativo, dado que la intervención casi siempre se realiza antes de que las niñas hayan completado su educación, y en algunos casos, incluso antes de comenzarla.
- 14 Tabla basada en los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre 2004, ORC Macro.
- 15 Encuesta Demográfica y de Salud, Egipto, 1995 y 2000.
- 16 Encuesta Demográfica y de Salud, Etiopía, 2000; Mali, 2001; Mauritania, 2000-01.
- 17 Bayoumi, Ahmed (2003), *Baseline Survey on FGM Prevalence and Cohort Group Assembly in Three CFCI Focus States*, Oficina de UNICEF Sudán, Jartum.
- 18 Escisión del prepucio, con o sin escisión parcial o total del clítoris. Esta definición hace referencia a la clasificación original de la OMS que actualmente se está revisando.
- 19 Encuesta Demográfica y de Salud, Burkina Faso, 1998-99.
- 20 Encuestas realizadas en el Norte de Sudán.
- 21 Encuestas realizadas en el Norte de Sudán.
- 22 Encuestas realizadas en el Norte de Sudán.
- 23 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre 2004, ORC Macro.
- 24 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre 2004, ORC Macro.
- 25 UNICEF (2004), "UNICEF Global Consultation on Indicators, November 11-13, 2004, NYHQ. Child Protection Indicators Framework. Female Genital Mutilation and Cutting", Nueva York, EE.UU., revisión del 12 de julio de 2004.



UNICEF/MENA/2004/1292/Ellen Gruenbaum

3

LA DINÁMICA SOCIAL DE LA A/MGF

En todas las sociedades en las que se practica, la A/MGF es una manifestación de la desigualdad basada en el género que está profundamente arraigada en estructuras sociales, económicas y políticas. No obstante, en la práctica, no se encara directamente la dimensión de la A/MGF e incluso, a veces, no es reconocida por aquellos que la apoyan y la perpetúan.

Los investigadores que tratan de entender cómo y por qué persiste la práctica de la A/MGF se enfrentan a lo que parece ser una paradoja: en muchas ocasiones, los padres y otros miembros de la familia perpetúan una tradición que ellos saben que puede provocar daños, tanto físicos como psicológicos a sus hijas. La explicación reside en la dinámica social existente entre los individuos dentro de las comunidades que practican la A/MGF. Las madres organizan la ablación de sus hijas porque lo consideran parte de lo que deben hacer para criar adecuadamente a sus hijas¹ y para prepararlas para la edad adulta y el matrimonio. En conversaciones sobre la A/MGF, las mujeres Maninka de Guinea central explican que los padres tienen una triple obligación con sus hijas: educarlas adecuadamente, someterlas a la ablación y encontrarles un marido.² La obligación de someterlas a la ablación puede entenderse como una convención social con la que los padres están de acuerdo, incluso aunque dicha práctica provoque daños. Desde esta perspectiva, el no estar de acuerdo con la práctica conllevaría daños mayores, puesto que les traería la vergüenza y les llevaría a ser socialmente excluidos.

La convención social es tan fuerte que incluso las propias niñas desean someterse a la ablación, como consecuencia de la presión social de sus iguales y por el miedo, no sin razón, a la estigmatización y el

rechazo por parte de sus propias comunidades si no siguen la tradición.³

La A/MGF es una parte importante de la identidad de género y la identidad cultural de las niñas y las mujeres, y el trámite puede conferirles un sentimiento de orgullo, de mayoría de edad y de pertenencia a la comunidad. Las niñas que pasan por este proceso reciben recompensas, incluidas celebraciones, reconocimiento público y regalos. Además, en las comunidades en las que se practica la A/MGF a la casi totalidad de las mujeres, el no someterse a la práctica puede llevar a la estigmatización, el aislamiento social y a las dificultades para encontrar marido. Las niñas y mujeres que viven en comunidades inmigrantes puede que también valoren el proceso, ya que puede tener un peso específico para reforzar la identidad cultural en un contexto extranjero.

El identificar la A/MGF como una convención social ayuda a entender por qué las mujeres que han sido sometidas a la ablación y han sufrido sus consecuencias físicas están a favor de que se siga practicando.⁴ Ellas oponen resistencia para acabar con la A/MGF, no porque desconozcan sus daños, sino porque creen que su abandono implica la pérdida de estatus y de protección. Esto también ayuda a explicar por qué familias que de forma individual expresan su deseo de abandonar la práctica, no obstante someten a sus hijas a este procedimiento. La convención sólo puede cambiar si un número significativo de familias dentro de una comunidad hacen una elección colectiva y coordinada para abandonar la práctica con el objeto de que ninguna niña o familia se vea perjudicada por esta decisión.⁵

Recuadro 3 - La A/MGF y el vendado de los pies: un camino hacia el matrimonio y el aumento del estatus social

Los importantes e instructivos paralelismos existentes entre la A/MGF y la bien documentada práctica del vendado de los pies en China, puede ayudar a explicar cómo surgen convenciones sociales tan dañinas. Se piensa que la A/MGF, al igual que el vendado de los pies, ha evolucionado en el contexto de un imperio muy estratificado, en el que el emperador y su elite usaban la práctica para controlar la fidelidad de sus muchas consortes. Con el paso del tiempo, las familias de clases más bajas de la sociedad empezaron a adoptar estas prácticas con el objeto de que sus hijas pudieran casarse con hombres de estratos más altos. El vendado de los pies y la A/MGF en ocasiones se convirtieron en signos indispensables para poder casarse, a lo largo y ancho de sus respectivos imperios, y entre todos los grupos de la sociedad, exceptuando los más pobres. De esta manera, las prácticas se convirtieron en convenciones sociales que debían cumplirse si una niña quería encontrar marido, y éstas persistieron incluso cuando las condiciones imperiales originales desaparecieron.⁶

La hipótesis de que, al igual que el vendado de los pies, la A/MGF está relacionada con la posibilidad de contraer matrimonio puede aplicarse en muchas comunidades que la practican en África y Oriente Medio. Las evidencias sugieren que la A/MGF está muy ligada al estatus social de las niñas y sus familias, así como a su decencia y honor. En Sierra Leona, por ejemplo, el no conseguir formar parte de una de las sociedades secretas de grupos cruzados del país que exigen la A/MGF, lleva a la exclusión de la sociedad en general. En todos estos casos los padres no pueden abandonar la práctica sin privar a sus hijas, e incluso a la totalidad de la familia, de la oportunidad de llegar a ser ciudadanos plenos y reconocidos de la comunidad. Los padres que someten a sus hijas a la práctica lo hacen porque son miembros honorables de la sociedad que quieren lo mejor para sus hijos.

Mecanismos que refuerzan la convención social

Las justificaciones sugeridas ante la práctica de la A/MGF son numerosas y, en sus contextos específicos, convincentes. Aunque estas justificaciones pueden variar entre comunidades, tienen una serie de temas comunes: la A/MGF asegura a la niña o la mujer un estatus, la posibilidad de casarse, castidad, salud, belleza y honra a su familia. En algunos casos se presenta como una convención positiva al destacar las ventajas de someterse a la A/MGF, mientras que en otros se centra en las consecuencias de no someterse a la práctica.⁷

“¿Por qué cree que la gente de la aldea apoya la práctica?”

“Es una norma que debe cumplirse. Las niñas deben ser circuncidadas para proteger su honor y el de sus familias, sobre todo ahora que las niñas van a universidades fuera de la aldea y pueden verse expuestas a multitud de situaciones intimidantes.”

Entrevista con una mujer de la aldea Abu Hashem, Alto Egipto.⁸

Entre los grupos que practican la A/MGF, la ablación es una marca social, étnica y física de distinción.⁹ La A/MGF confiere estatus y valor tanto a la propia niña o mujer como a su familia. Entre los Chagga de Arusha en Tanzania, la relación entre la A/MGF y el valor de las niñas es claro: el precio de la novia en el caso de que la niña haya sido sometida a la práctica es mucho mayor que si no lo ha sido.¹⁰

La A/MGF también se practica alegando que preserva la virginidad de la niña, lo que convierte la intervención en un prerrequisito para el matrimonio. En parte de Nigeria, por ejemplo, la A/MGF tiene el propósito de permitir a la futura suegra verificar la virginidad de la novia.¹¹ Igualmente, la A/MGF a menudo se justifica alegando que protege a las niñas de experimentar demasiados deseos sexuales y por lo tanto, ayuda a preservar su moralidad, castidad y fidelidad. Además, la A/MGF puede asociarse a la

higiene corporal y a la belleza. Por ejemplo, en Somalia y Sudán, la infibulación se lleva a cabo con el expreso propósito de que las niñas sean físicamente “limpias”.

También hay justificaciones religiosas que defienden la práctica. A menudo las comunidades que citan una motivación religiosa consideran la práctica un requisito para que la niña sea espiritualmente pura. Entre los Bambara de Malí, por ejemplo, la ablación se denomina Seli ji, que significa ablución o limpieza ceremonial.¹²

Ninguna religión prescribe la práctica de la A/MGF. Sin embargo, esta no es la percepción general, al menos en lo referente al Islam. Aunque hay una rama teológica del Islam que apoya la A/MGF, la rama de tipo sunna, el Corán no incluye ningún texto que exija la ablación de los órganos genitales externos de la mujer (véase el Recuadro 4), y está muy extendida la idea de que la práctica se daba entre las poblaciones sudanesas y nubias antes de la aparición del Islam.¹³ Además, la mayoría de los musulmanes del mundo no practican la A/MGF. No hay pruebas de su práctica en Arabia Saudí y tampoco en varios países musulmanes del norte de África, incluidos Argelia, Libia, Marruecos y Túnez.

Sean de índole religiosa, estética, higiénica o moral, las justificaciones dadas son mecanismos para mantener la convención social de someter a las niñas y mujeres a la A/MGF y contribuir a su perpetuación. La información sobre la validez de estas justificaciones ayuda a cambiar las actitudes frente a la A/MGF, pero el cambio de actitud real y definitivo es más probable que resulte de la transformación de la propia convención social.

Cambiar la convención social: hacia el abandono de la A/MGF

Como con cualquier convención que se auto-alimenta, la elección de un individuo, en el caso de la A/MGF, la elección de una sola familia de someter a

Recuadro 4 - Declaraciones de líderes de la iglesia Islamista y Copta

“La Shari’a islámica protege a los niños y salvaguarda sus derechos. Aquellos que no son capaces de dar a sus hijos los derechos que les corresponden cometen un grave pecado. [...] La A/MGF es un tema de índole médica, al que los médicos dicen que debemos prestarle atención y obedecerlo. No hay ningún texto en la Shari’a, ni en el Corán, ni en la profética Sunna que hable de la MGF”

El Gran Imán, Sheikh Mohammed Sayed Tantawi, Sheikh of Al-Azhar.14

“Se nos ha probado con pruebas religiosas autenticadas que no existe ninguna evidencia exacta en el Shariat para legitimar ninguna forma de A/MGF. Además la A/MGF de cualquier tipo va asociada al daño, tal y como han expuesto doctores de confianza”

Declaración firmada por 30 Sheikhs de los ocho mayores grupos sufíes de Sudán, 2004

“[...] desde la perspectiva cristiana, esta práctica no tiene ninguna base religiosa. Además, no tiene base desde el punto de vista médico, ni moral ni práctico. [...] Cuando Dios creó al ser humano, lo hizo todo por su bien (tanto en los hombres como en las mujeres): cada órgano tenía su función y su papel. Entonces, ¿por qué permitimos la desfiguración de la buena creación de Dios? No hay ni un solo versículo en la Biblia, ni en el Viejo ni en el Nuevo Testamento, ni hay nada en el judaísmo ni el cristianismo; ni un solo versículo habla de la circuncisión femenina.”

Obispo Moussa, Obispo de los Jóvenes de la Iglesia Ortodoxa Copta y representante del Papa Shenouda III.15

su hija o hijas a la ablación, está condicionada por la elección de los demás. Esta presión social tiende a perpetuar la práctica y también puede ser la clave para promover un abandono colectivo y rápido de la misma. Por ejemplo, la práctica del vendado de los pies en China, que ha durado unos 1000 años, se abandonó en poco más de una generación.

Para entender cómo puede transformarse una convención social, resulta útil usar una metáfora sencilla. Un grupo tiene una convención según la cual las audiencias (en el cine, las obras de teatro, los recitales) se quedan de pie en lugar de sentarse. Llega una persona de fuera y explica que en otros lugares las audiencias se sientan, después de que la sorpresa va desapareciendo, la gente empieza a pensar que quizás sea mejor sentarse. Si sólo se sienta una persona, esa persona no puede ver nada de lo que pasa en el escenario. Sin embargo, si un número importante de personas de la audiencia se organiza para sentarse, aunque no sean mayoría, se darán cuenta de que pueden sentarse cómodamente y ver bien el escenario.¹⁶

Asimismo, en las comunidades en las que la ablación es un prerrequisito para el matrimonio, si una sola familia deja de practicar la A/MGF, su hija no se casará. Se necesita una masa crítica para provocar el cambio. Una vez que un número significativo de individuos estén dispuestos a abandonar la práctica de la A/MGF, trabajarán para convencer al resto para que sigan su ejemplo porque esto reducirá el estigma social por el hecho de no ser sometida a la ablación. No es necesario que la masa crítica sea mayoría, sim-

plemente sirve con un número de individuos suficiente para demostrarle a los otros los beneficios derivados de la *no* práctica de la A/MGF.

Los individuos del grupo que hayan optado por abandonar la práctica tendrán que soportar la presión social para que sometan a la ablación a su hijas, como lo ilustran los retos a los que deben enfrentarse una madre en Sudán (véase el Recuadro 5). Para que desaparezca esta presión, el número de personas que haya expresado su intención de abandonar la práctica debe llegar a un “punto decisivo”. En este punto, aquéllos que todavía pensaban seguir con la práctica reconocen que el estatus y honor que les confiere a su hija y su familia ya no tiene más peso que los riesgos que conlleva.

Una vez se establece la nueva convención que valora la integridad física de la niña, se hace, como en el caso de la vieja convención, de auto-alimentación. Para aquellos que han dejado de practicar la A/MGF, no existe ningún incentivo por volver a practicarla, en cambio los pocos individuos que siguen apoyando la A/MGF se enfrentarán a la desaprobación de la comunidad.

El abandono de la A/MGF: seis elementos clave para el cambio

Experiencias concretas en el terreno, junto con revelaciones de las teorías académicas y las lecciones aprendidas de la experiencia del vendado de

Recuadro 5 - La historia de una madre: Los retos a los que se enfrentan los pioneros en el proceso del cambio

Khadija es una musulmana Sunna Ansar devota del grupo tribal Beni Amer del este de Sudán que vive con su amplia familia. Cuando sale de casa se cubre con una abaya (prenda) negra y un velo en el rostro para mostrarse recatada, como corresponde. Cuando era niña fue sometida a la infibulación, que en Sudán se conoce como ablación “faraónica”, de acuerdo a la tradición Beni Amer.

Ahora ella tiene una hija de seis años que todavía no ha sido sometida a la ablación. Khadija participó en un programa acerca de las prácticas perjudiciales, donde conoció las complicaciones para la salud asociadas a la A/MGF y junto con otras mujeres, registró a su hija con el grupo de niñas no circuncidadas. Pero Khadija todavía está preocupada. Aunque no quiere que su hija sufra alguna de las complicaciones para la salud de las que ha oído hablar, sabe que los hombres están a favor de la práctica por razones religiosas. También espera que su suegra diga algo al respecto. “Si no la someto a la ablación, no habrá nadie que quiera casarse con ella,” dice Khadija. “Desearía no haber tenido hijas, porque me preocupo mucho por ellas.”¹⁷

los pies en China, sugieren seis elementos clave que pueden ayudar a cambiar la convención social que obliga a someter a las niñas a la ablación y a alentar el abandono rápido y masivo de esta práctica.

1. *Un enfoque no coercitivo y que no juzgue cuyo objetivo primordial sea el cumplimiento de los derechos humanos y de la autonomía de las niñas y las mujeres.* Las comunidades suelen plantearse el tema de la A/MGF cuando aumenta su sensibilización y conocimiento sobre el tema de los derechos humanos y los entiende, y cuando se avanza en la realización de aquellos derechos que consideran más urgentes, como lo son la salud y la educación. A pesar de los tabúes que rodean el tema de la A/MGF, éste emerge porque los miembros del grupo son conscientes de los daños causados por su práctica. Las conversaciones y debates comunitarios contribuyen a una nueva interpretación: las niñas estarán mejor si todos abandonan esta práctica.
2. *La sensibilización por parte de la comunidad de los daños causados por esta práctica.* A través de conversaciones y reflexiones públicas no coercitivas y que no juzguen a la gente, los costes de la A/MGF tienden a ser más evidentes cuando las mujeres, y los hombres, comparten sus experiencias y las de sus hijas.
3. *La decisión de abandonar la práctica como la decisión colectiva de un grupo en el que los individuos se casan entre ellos o que está estrechamente unido por otros motivos.* La A/MGF es una práctica comunitaria, y consecuentemente, es más fácil que se abandone si la comunidad actúa unida en lugar de hacerlo de forma individual. Finalmente, el éxito de la transformación de una convención social reside en la habilidad de los miembros del grupo para organizarse y realizar una acción colectiva.
4. *Un testimonio explícito y público del compromiso colectivo de abandonar la práctica de la A/MGF*

por parte de las comunidades. Es necesario, aunque no con esto suficiente, que la mayoría de los miembros de la comunidad estén a favor de su abandono. Para lograr un cambio exitoso deben manifestar, como comunidad, su deseo de abandonar la práctica. Esto se puede hacer de distintas formas, por ejemplo, mediante una declaración pública conjunta ante una gran concurrencia de público o mediante una declaración por escrito y de peso sobre el compromiso colectivo de abandonar la práctica de la A/MGF.

5. *Un proceso de difusión organizado para asegurar que la decisión de abandonar la práctica de la A/MGF se divulgue rápidamente de una comunidad a otra y que sea sostenible.* Las comunidades deben atraer a las comunidades vecinas para que la decisión de abandonar la práctica de la A/MGF se divulgue y sea sostenible. Es muy importante atraer a las comunidades que ejercen una fuerte influencia. Cuando la decisión de abandonar la práctica se haya difundido suficientemente, la dinámica social que perpetuaba la práctica originariamente puede servir para acelerar su abandono y para que éste sea sostenible. Donde antes se ejercía presión social para practicar la A/MGF, habrá presión social para abandonarla. Cuando el proceso de abandono alcance este punto, la convención social de no realizar ablaciones será de auto-cumplimiento y el abandono seguirá dándose con rapidez y espontaneidad.
6. *Un entorno que permita y apoye el cambio.* El éxito en la promoción del abandono de la A/MGF también depende del compromiso gubernamental, a todos los niveles, para introducir medidas sociales y legislativas apropiadas, complementadas con esfuerzos de promoción y sensibilización efectivos. La sociedad civil es parte integral de este entorno que debe posibilitar el cambio. En especial, los medios de comunicación tienen un papel clave a la hora de facilitar la difusión del proceso.

Notas

- 1 Gruenbaum, Ellen (2001), *The Female Circumcision Controversy: An anthropological perspective*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia.
- 2 Yoder, P. Stanley, Papa Ousmane Camara, y Baba Soumaoro (1999), *Female genital cutting and coming of age in Guinea*, Macro International Inc., Calverton MD.
- 3 Una serie de observadores se han dado cuenta del poder de las presiones de sus iguales en las niñas y las mujeres jóvenes en lo referente a la A/MGF. Véanse los capítulos 7, 9, 12 y 14 de Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, Eds., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 4 Carr, Dara (1997), *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*, Macro International Inc, Calverton MD.
- 5 Para más información sobre la convención social de la A/MGF, véase Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, no. 6, diciembre de 1996.
- 6 Para descubrir más semejanzas entre la A/MGF y el vendado de los pies, véase Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, no. 6, diciembre de 1996.
- 7 Por ejemplo, los Taguana de Costa de Marfil se encuentran

- entre los grupos que creen que las mujeres que no hayan sido sometidas a la práctica no pueden tener hijos, véase Dorkenoo, Efa y Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, London, Series: MRG report; no. 92/3. En algunas comunidades se dice que los órganos genitales externos de la mujer tienen el poder de dejar ciego a cualquiera que la atienda durante el parto o de causar la muerte a su recién nacido si la cabeza del niño o niña toca el clítoris de la mujer durante el parto. Otros creen que una mujer a la que no se le haya realizado la ablación puede deformarse físicamente o volverse loca, o incluso causar la muerte de su marido. Véase OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 8 Bradford, Quiana y Kimberly Mc Clure (2003), "Qualitative Analysis of the Role of Human Rights Language in Efforts to Stop Female Genital Mutilation (FGM) in Egypt", ejercicio de análisis político para el Consejo de Población, Oficina de Asia Occidental y Norte de África, El Cairo, Egipto y El Centro Carr de Política de Derechos Humanos, y El Centro Carr de Política de Derechos Humanos, Escuela de Gobierno John F. Kennedy, Universidad de Harvard.
- 9 Gachiri, Ephigenia W. (2000), *Female Circumcision*. With

- reference to the Agikuyo of Kenya, Paulines Publication, Nairobi.
- 10 Información proporcionada por Ananilea Nkya, director de la Asociación de Mujeres de Medios de Comunicación Tanzanos, 21 de junio de 2004.
 - 11 Dorkenoo, Efua and Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, Londres, Series: MRG report; no. 92/3.
 - 12 Dorkenoo, Efua and Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, Londres, Series: MRG report; no. 92/3.
 - 13 Carla Pasquinelli (2004), "Anthropology of Female Genital Mutilation" in *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, actas de la consulta de expertos afro-árabes, El Cairo, Egipto, 21-23 de junio de 2003, Non c'è pace senza giustizia, suplemento especial para la publicación periódica 1/2004. Para más información sobre la A/MGF y la teología islámica, véase, por ejemplo, Johnsdotter, S. (2003), "Somali Woman in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings", *Journal of Muslim Minority Affairs*, vol. 23, no. 2, octubre de 2003.
 - 14 Declaración con ocasión de la consulta de expertos afro-árabes sobre "Legal Tools for the prevention of Female Genital Mutilation, Cairo 21-23 June 2003", divulgado a través de *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, reunión de la consulta de expertos afro-árabes, El Cairo, Egipto, 21-23 de 2003, Non c'è pace senza giustizia, suplemento especial para la publicación periódica 1/2004.
 - 15 Declaración realizada con ocasión de la consulta de expertos afro-árabes sobre "Legal Tools for the prevention of Female Genital Mutilation, Cairo 21-23 June 2003", divulgado a través de *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, reunión de la consulta de expertos afro-árabes, El Cairo, Egipto, 21-23 de 2003, Non c'è pace senza giustizia, suplemento especial para la publicación periódica 1/2004.
 - 16 Mackie, Gerry (2000), "Female Genital Cutting: the Beginning of the End" en Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, Eds., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
 - 17 De Gruenbaum, Ellen (2004), "FGM in Sudan: Knowledge, Attitudes and Practices. Qualitative Research on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/FGC) in West Kardofan and Kassala States", Oficina de UNICEF Sudán, Jartum.

4

LA A/MGF Y LOS DERECHOS HUMANOS

El tema de la A/MGF se trata como práctica “habitual” o “tradicional” perjudicial en dos importantes instrumentos internacionales de derechos humanos de obligado cumplimiento: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) de 1979 y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989. La CEDAW trata el tema de la A/MGF y de otras prácticas culturales en el contexto de la desigualdad basada en las relaciones de género e insta a los Estados Parte para que tomen (artículo 5):

[...] todas las medidas apropiadas para: [...] Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

La Convención de los Derechos del Niño, ratificada por 192 países,¹ contiene una referencia explícita a las “prácticas tradicionales que sean perjudiciales” en el contexto del derecho del niño al nivel más alto posible de salud. Esta amplia categoría incluye, entre otros temas, la A/MGF, el matrimonio prematuro (Véase el *Innocenti Digest* No. 7) y el cuidado preferencial de los varones.² Además el artículo 19 de la Convención invita a los Estados Partes a adoptar “todas las medidas [...] apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, [...] mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.”

Los instrumentos internacionales de derechos

humanos promueven el derecho del individuo a participar de la vida cultural, pero no defienden las prácticas tradicionales que violan los derechos individuales. Por lo tanto, no se pueden evocar demandas sociales y culturales para justificar la A/MGF. Cuando una comunidad decide abandonar la práctica de la A/MGF no está rechazando sus valores culturales, sino una práctica que provoca daños a las niñas y mujeres y que refuerza las desigualdades basadas en el género.

La A/MGF y los derechos de la infancia

El impacto de todos los tipos de A/MGF en las niñas y las mujeres es muy variado, y la práctica compromete el disfrute de los derechos humanos incluidos el derecho a la vida, a la integridad física, al más alto nivel posible de salud (incluida, en la madurez, la salud sexual y reproductiva), así como el derecho a verse libre de perjuicio, abuso o violencia física o mental. La práctica también es una violación de los derechos del niño al desarrollo, la protección y la participación. A menudo, el Comité de los Derechos del Niño, ha planteado su preocupación ante la A/MGF y, a la luz de la CDN, ha apelado a los Estados Parte a adoptar “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles” con vistas a abolir estas prácticas.

El interés superior del niño y el derecho del niño a que se respeten sus opiniones

Uno de los principios rectores de la CDN es el “interés superior del niño” que es reconocido en el artículo 3 y que exige que el interés superior del niño sea una consideración primordial “en todas las medi-

Recuadro 6 - El surgimiento de la A/MGF como tema de derechos humanos

Hoy en día, la A/MGF se percibe comúnmente como una violación de los derechos humanos, pero esta percepción ha evolucionado a lo largo del tiempo. Durante muchos años, la A/MGF era considerada un acto "privado" llevado a cabo por individuos antes que por actores estatales. También se era renuente a "imponer" valores universales sobre lo que se percibía por la mayoría como una tradición cultural que además contribuía a la identidad colectiva de las comunidades que la practicaban.³

Las primeras iniciativas de las Naciones Unidas para colocar esta práctica en la agenda internacional se remontan a principios de los 50, cuando el tema fue tratado por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. En 1958, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas invitó a la Organización Mundial de la Salud a emprender un estudio sobre la persistencia de costumbres que someten a las niñas a operaciones rituales.⁴ Aunque estas iniciativas fueron importantes para llamar la atención internacional sobre el tema, su impacto siguió siendo muy limitado.

Los 60 y los 70 estuvieron marcados por una sensibilización cada vez mayor sobre los derechos de las mujeres en muchos lugares del mundo y las organizaciones de mujeres empezaron a liderar campañas para suscitar una mayor concienciación sobre los efectos perjudiciales de la A/MGF para la salud de las niñas y las mujeres. Estos esfuerzos forman parte de una importante corriente en la historia del movimiento para apoyar el fin de la A/MGF. El primer seminario regional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan la Salud de la Mujer, organizado por la OMS en Jartum, Sudán en 1979, realizó un llamamiento histórico de condena a la práctica en todos sus formas, incluso cuando se realizaba en condiciones sanitarias o higiénicas apropiadas. Además, recomendó el establecimiento del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que Afecten a la Salud de la Mujer y el Niño. Desde entonces el Comité ha desempeñado un papel importante a nivel internacional al asegurarse que la práctica de la A/MGF se plantee en conferencias internacionales y sea tratada por instrumentos legales relativos a las niñas y las mujeres.

Los 80 y los 90 han sido décadas críticas para el reconocimiento de la A/MGF como una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979 supuso un hito importante en la promoción de esta perspectiva.⁵ La dimensión de derechos humanos de la A/MGF ha sido posteriormente reforzada por una serie de importantes conferencias internacionales, incluida la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, Austria (1993)⁶, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto (1994)⁷ y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín, China (1995)⁸, al igual que las reuniones de seguimiento de las mismas, Beijing +5 y Beijing +10 celebradas en Nueva York, EE.UU. en 2000 y 2005 respectivamente.

das concernientes a los niños." Este principio tiene una significación decisiva dentro del contexto familiar. De hecho, "[...] Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño"⁹ (artículo 18 CDN).

Los padres que toman la decisión de someter a su hija a la A/MGF perciben que este procedimiento lo realizan en el interés superior de la niña. Al cumplir con las expectativas sociales y culturales de que las niñas deben ser sometidas a la ablación, los padres promueven el estatus y la aceptación de sus hijas en la comunidad. Aunque ellos, y en especial las madres y otros parientes mujeres, sean conscientes de las graves consecuencias físicas y psicológicas de la A/MGF, perciben que los beneficios que se obtienen son mayores que los riesgos que implica. Esta percepción no debe en ningún caso justificar la violación de los derechos de las niñas y las mujeres.¹⁰ Como se analiza en otras secciones de este documento (Innocenti Digest), hay maneras eficaces de poner fin a esta tensión y de trabajar con los padres, familias y comunidades para promover un enfoque que sea coherente con los derechos humanos y promueva el abandono de la A/MGF.

Como en otras muchas situaciones, en el contexto de la A/MGF, es muy importante tener en cuenta las opiniones del niño. Tal y como recalca la CDN (artículo 12), "Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio

el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño." En la mayoría de los casos, la A/MGF se lleva a cabo en contra de la voluntad de la niña. En los casos en los que parece que la niña está de acuerdo, es difícil argumentar que su consentimiento esté realmente bien fundado y sea coherente. En realidad, la niña está muy marcada por la tradición y la cultura, las expectativas comunitarias y la presión de sus iguales, todo esto incluso a través de canciones y poemas que ridiculizan a las niñas que no son sometidas a la ablación,¹¹ y condicionada por sus propias aspiraciones de ser aceptada como un miembro pleno de su comunidad. Todas estas dimensiones son motivaciones persuasivas para que la niña o mujer se someta al procedimiento.¹²

Los derechos a la vida y al más alto nivel de salud posible

La A/MGF irreversiblemente compromete la integridad física de la niña o la mujer. Los daños causados por este procedimiento pueden poner en serio riesgo su salud y su bienestar.¹³

En casos extremos, la A/MGF incluso puede violar el derecho de la niña o la mujer a la vida. Las muertes a menudo se deben a un sangrado incontrolado y fuerte o a una infección tras la intervención.¹⁴ Además, la A/MGF puede ser un factor que contribuya o cause la muerte de la madre.¹⁵ Se desconoce

la tasa de mortalidad entre las niñas y mujeres que se someten a la A/MGF, puesto que se dispone de pocos registros y las muertes debidas a la A/MGF rara vez se registran como tales.¹⁶ Los registros médicos también son limitados para determinadas causas de morbilidad debidas a la A/MGF porque las complicaciones derivadas de la práctica, incluidas las dificultades posteriores en el parto, a menudo no son reconocidas o registradas como tales y puede que se atribuya a otras causas. En algunos casos, las causas designadas pueden ser de naturaleza médica o en otros, pueden reflejar creencias tradicionales o atribuirse a causas sobrenaturales. Como consecuencia, muchas niñas que han tenido complicaciones son tratadas con medicinas o curas tradicionales y no son enviadas a los centros de salud.

Hasta hace poco, la información sobre las complicaciones físicas asociadas a la A/MGF se ha basado en informes de historias de casos de los hospitales. Además, se han realizado pocas comparaciones con mujeres no sometidas a la ablación para establecer la frecuencia relativa de estas complicaciones.¹⁷ Al reconocer la necesidad de contar con mejores datos, la OMS ha desarrollado en la actualidad unos protocolos de investigación sobre la A/MGF a través de una red de instituciones de investigación colaboradoras así como investigadores biomédicos y sociólogos con conexiones con las comunidades concernientes.¹⁸

El impacto específico de la A/MGF en la salud de una niña o una mujer depende de una serie de factores, incluido el alcance y el tipo de ablación, la habilidad de la persona que la realice, la limpieza de las herramientas y del entorno y el estado físico de la niña o mujer.¹⁹ Las consecuencias inmediatas más comunes de todas las formas de A/MGF son los fuertes dolores y el sangrado. Al igual que la gran mayoría de los procedimientos se lleva a cabo sin

anestesia, y el dolor y el trauma experimentado puede dejar a la niña en estado de shock médico. En algunos casos en los que se prolonga el sangrado las niñas pueden sufrir anemia de forma prolongada.

Otra de las consecuencias más comunes son las infecciones, en especial cuando el procedimiento se lleva a cabo en condiciones antihigiénicas o con instrumental no esterilizado. El tipo y el grado de las infecciones varían mucho y pueden llevar potencialmente a sufrir la terrible septicemia o el tétanos. En ocasiones el riesgo de infección aumenta por prácticas tradicionales, tales como el vendado de las piernas tras la infibulación o el aplicar medicinas tradicionales a la herida. La retención de orina es otra de las complicaciones frecuentes, en especial cuando la piel se cose sobre la uretra. Todos estos elementos pueden contribuir a que la herida no cicatrice rápido, al igual que otros factores que afectan a la salud general de la niña, incluidas la anemia y la malnutrición.²⁰

La A/MGF puede provocar efectos físicos de largo plazo. La cicatrización lenta o incompleta deja abscesos, quistes dolorosos y cicatrices salientes y gruesas llamadas queloides. Además estos pueden provocar problemas más adelante, incluso durante el embarazo y el parto. La desinfibulación, el procedimiento de volver a abrir el orificio después de que fuese cosido o estrechado; y la reinfibulación, el volver a coser la vagina, en ocasiones llega a realizarse en cada parto. Ambos procedimientos ponen en grave peligro la salud de las mujeres.

La A/MGF también pone en peligro la salud y la supervivencia de los niños de las mujeres que han sido sometidas a este procedimiento. Un estudio recientemente finalizado por la OMS investiga los efectos de la A/MGF sobre una variedad de consecuencias para la madre y el bebé durante el parto e inmediatamente después del mismo. Estas incluyen

Recuadro 7 - La tendencia hacia la medicalización y las intervenciones “simbólicas”

En algunos países, la A/MGF la realizan profesionales de salud en hospitales y clínicas en las que disponen de instrumental quirúrgico, anestesia y antisépticos. Los datos de las DHS muestran esta tendencia hacia la “medicalización” en una serie de países, entre los que se incluyen Guinea y Malí en África Occidental y Egipto en el África Nororiental, donde los principales esfuerzos en contra de la A/MGF de los últimos 20 años se han centrado en los riesgos para la salud de estos procedimientos. Por ejemplo, en el caso de Guinea, la A/MGF del 21,8% de las niñas y mujeres entre 15 y 19 años la han llevado a cabo profesionales de la salud, mientras que para las mujeres entre 45 y 49 años se estimaba que se daba sólo en el 1% de los casos.²⁴

El hecho de que se sepa que algunos profesionales de la medicina o trabajadores sanitarios participan de esta práctica puede contribuir al error generalizado de que la A/MGF es de algún modo aceptable. En realidad, la profesión médica normalmente ha condenado la medicalización de la práctica. La OMS ha declarado que sin lugar a duda “cualquier forma de MGF no debe ser practicada por profesionales sanitarios en ningún lugar, incluidos los hospitales u otros establecimientos sanitarios”²⁵ y ya en 1993, la Asociación Médica Mundial condenó categóricamente la práctica de la A/MGF así como la participación de médicos en su ejecución.²⁶ Desde la perspectiva de los derechos humanos, la medicalización de ninguna manera hace la práctica más aceptable. La A/MGF sigue siendo un acto de violencia basado en el género que pone en peligro la integridad física de la niña o la mujer.

La misma crítica se aplica a las formas simbólicas de A/MGF, como los pinchazos en el clítoris anestesiado, que se han propuesto en los últimos años, entre las comunidades emigrantes de los países industrializados.²⁷ Los defensores de estas “alternativas” argumentan que reducen el daño a las niñas. De hecho, un gesto simbólico no garantiza que se satisfaga la expectativa de que la A/MGF incluya la extirpación de carne. Esto deja a las niñas en la vulnerable situación de ser sometidas a una A/MGF “tradicional” más adelante, por ejemplo, cuando se las prepare para el matrimonio. Básicamente, las intervenciones “simbólicas” no hacen frente a la desigualdad basada en el género que lleva a demandar este servicio y que de hecho puede inhibir los progresos realizados para el abandono de la práctica.

el corte de la cesárea, la duración del parto, la hemorragia del post-parto, los daños perinatales, el bajo peso al nacer, el bajo coeficiente de Apgar²¹ y la muerte perinatal. El análisis inicial de los datos sobre unas 28.000 mujeres de Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal y Sudán indican una relación entre algunas consecuencias para las madres y los bebés y la A/MGF, especialmente en sus formas más graves.

Ha aumentado la preocupación ante la posible relación entre la A/MGF y la transmisión del VIH. Hasta la fecha, no existen evidencias concretas de esta relación, y las tasas de infección de VIH en África normalmente son menores en los 28 países en los que se practica la A/MGF. Sin embargo, esto puede deberse a factores que prevalecen aparte del factor de riesgo adicional de A/MGF, incluidas las actitudes culturales y religiosas ante la vida sexual. Un estudio comunitario realizado en la Gambia rural en 1999 identificó una prevalencia significativamente mayor del virus 2 del herpes simplex entre las mujeres que han sido sometidas a la A/MGF, un hallazgo que sugiere que estas mujeres también pueden tener mayor riesgo de infección de VIH.²²

Algunos de los primeros esfuerzos de promoción con el objetivo de abandonar la práctica de la A/MGF enfatizaron mucho las consecuencias para la salud de esta práctica. Aunque estas iniciativas han sido importantes para aumentar la concienciación pública sobre los riesgos que implica para la salud, el énfasis excesivo sobre las consecuencias para la salud de la A/MGF fuera del contexto de un enfoque holístico de derechos humanos, ha contribuido, sin querer, al fenómeno de la "medicalización" y las "intervenciones simbólicas" (Recuadro 7). En parte como resultado de las campañas que se han centrado exclusivamente en los riesgos para la salud asociados a la A/MGF, un número creciente de padres ha preferido que la operación de sus hijas se lleve a cabo en buenas condiciones higiénicas donde se minimice el dolor y los riesgos para la salud de la niña. La medicalización también se apoya en parte en aquellos profesionales de la salud para los que la A/MGF representa una fuente de ingresos.²³

Libre de toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental

Para muchas niñas y mujeres, la A/MGF es una experiencia sumamente traumática que deja una marca psicológica duradera y que puede afectar negativamente su desarrollo emocional. En este caso la investigación científica también es limitada, pero las evidencias anecdóticas de las niñas y mujeres que han sido sometidas a la práctica atestiguan el impacto que ha tenido en sus vidas. Las niñas normalmente están conscientes cuando se realiza la operación, y para muchas, es una experiencia horrible marcada no sólo por un dolor agudo, sino también por el miedo y la confusión. En los casos en los que se les prepara de alguna manera para la operación, a menudo, se espera que las niñas repriman esos sentimientos y que colaboren en el momento de la intervención. La experiencia de la A/MGF también se ha relacionado con una serie de desórdenes psicológicos y psicosomáticos tales como las altera-

ciones en los hábitos alimenticios y del sueño, en el humor y en la cognición. Los síntomas de estas alteraciones incluyen el insomnio, las pesadillas recurrentes, la pérdida de apetito, la pérdida o el aumento excesivo de peso, así como ataques de pánico, dificultad para concentrarse y aprender, y otros síntomas de estrés post-traumático.²⁸

Los daños físicos derivados de la A/MGF, junto con los traumas psicológicos y el dolor, pueden llegar a dificultar que estas niñas en la edad adulta disfruten de una vida sexual normal. Además, las mujeres que han sido infibuladas y desinfibuladas después del matrimonio, experimentan dolor, e incluso en ocasiones, traumas psicológicos más graves.²⁹ También pueden surgir problemas maritales que pueden llegar a acabar en divorcio,³⁰ hecho que a su vez puede poner en peligro el estatus social y económico de la mujer y de sus hijos.

En muchos casos, las mujeres y las niñas que han quedado traumatizadas tras la A/MGF guardan silencio acerca de su experiencia. En algunas culturas no disponen de medios socialmente aceptables para expresar sus sentimientos de desasosiego o angustia psicológicos. En casos en los que no pueden o no quieren expresar abiertamente sus problemas psicológicos, las mujeres o niñas pueden mostrarlo en forma de dolencias físicas. También están apareciendo algunas evidencias de los efectos psicológicos de la A/MGF entre las comunidades inmigrantes de Europa, América, Australia y Nueva Zelanda. Las mujeres inmigrantes que han sido sometidas a la A/MGF a menudo se enfrentan a una carga psicológica adicional, ya que tanto los valores asociados a la A/MGF como su impacto físico y psicológico son mal entendidos por el país de acogida.³¹

La práctica de la A/MGF puede poner en peligro otros derechos humanos, incluido el derecho a la educación. A los Estados Parte de la CDN se les exige que tomen medidas para promover el acceso universal a una educación de calidad, fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar, al tiempo que promueven el desarrollo del niño para que alcance su máximo potencial. Cada vez más se afirma que la A/MGF es un factor de deserción escolar en el caso de las niñas.³² Los problemas de salud, el dolor y el trauma experimentados por las niñas pueden llevarlas al absentismo, la falta de concentración, el bajo rendimiento y la pérdida de interés. En algunos lugares del África Subsahariana, como Kenia y Tanzania, la A/MGF se realiza con ceremonias y ritos que requieren mucho tiempo para prepararlas, hecho que dificulta el seguimiento de las clases por parte de las niñas. Además, en muchas culturas a las niñas que han sufrido el procedimiento se las considera adultas y listas para el matrimonio, y como consecuencia, deben abandonar la escuela. Este hecho no tiene sólo un grave impacto en el desarrollo personal de la niña, sino también en el de su comunidad, puesto que la educación de la niña y su participación bien fundada en la vida social es clave para reducir la discriminación y para promover el desarrollo y el progreso social.

Recuadro 8 - Algunas observaciones finales recientes del Comité de los Derechos del Niño con respecto a la A/MGF

Burkina Faso, CRC/C/15/Add.193, 9 de octubre de 20023.

3. El Comité toma nota con satisfacción de: [...]

(e) La prohibición de la mutilación genital femenina en virtud del nuevo Código Penal y la creación del Comité Nacional para Combatir la Circuncisión Femenina; [...]

45. El Comité insta al Estado Parte a que persista en sus esfuerzos de poner fin a la práctica de la mutilación genital femenina [...], entre otras cosas, que se cumpla la ley y se ejecuten programas para sensibilizar a la población sobre sus efectos perjudiciales.

Egipto. 21/02/2001. CRC/C/15/Add.145.

45. Tomando nota de la decisión adoptada por el Gobierno en 1996 de prohibir la mutilación genital femenina y del Decreto ministerial de 1997 por el que se suprime esa práctica en los centros de servicios del Ministerio de Sanidad, así como de los diversos esfuerzos encaminados a educar al público sobre los daños que provoca esa práctica, en particular las campañas realizadas en los medios de comunicación y los planes de estudios, al Comité le preocupa que la mutilación genital femenina siga siendo una práctica generalizada.

46. El Comité [...] recomienda al Estado Parte que se ocupe de la cuestión de la mutilación genital femenina de forma prioritaria. Además, se insta al Estado Parte a que prepare y lleve a cabo campañas de educación eficaces para luchar contra las presiones familiares y tradicionales favorables a esa práctica, especialmente entre las personas analfabetas.

Países Bajos. 26/10/99.

18. El Comité acoge con satisfacción los esfuerzos que se han realizado y entiende las dificultades con que tropieza el Estado Parte para proteger a las niñas de su jurisdicción de las mutilaciones genitales femeninas practicadas fuera de su territorio. No obstante, el Comité insta al Estado Parte a iniciar campañas de información enérgicas y bien orientadas para luchar contra este fenómeno y a considerar la adopción de legislación con alcance extraterritorial que podría proteger mejor a las niñas de su jurisdicción contra ese tipo de prácticas tradicionales dañinas.

Sierra Leona. 24/02/2000. CRC/C/15/Add.116.

61. El Comité está muy preocupado por la práctica generalizada de la mutilación genital femenina.

62. A la luz del párrafo 3 del artículo 24 de la Convención, el Comité insta al Estado Parte a que apruebe una legislación por la que se prohíban las prácticas de mutilación genital femenina, vele por que se haga cumplir efectivamente esa legislación y realice campañas de información sobre prevención.

Las obligaciones del Estado

Al ratificar la CDN y otros instrumentos de derechos humanos relevantes, los Estados Parte contraen la obligación legal de impedir la práctica de la A/MGF entre sus ciudadanos y cualquier otro individuo bajo su jurisdicción.³³ Estas medidas son importantes y necesarias tanto en el ámbito nacional como en el subnacional y, exigen que se involucre y participe una amplia variedad de colaboradores, incluidos líderes comunitarios y organizaciones de base. El artículo 24(3) de la CDN exige a los Estado Parte que adopten “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.” Estas medidas incluyen promover el aumento de la concienciación y campañas de educación, así como desarrollar mecanismos para proteger a los niños frente a estas prácticas, introducir legislaciones que las impidan y asegurar la provisión de cuidados sanitarios e información sanitaria.³⁴

El Comité de los Derechos del Niño tiene el mandato de supervisar la aplicación de la Convención y evaluar los progresos realizados por los Estados Parte para asegurar la realización de los derechos del

niño. Tras la revisión de los informes de los Estados Parte sobre la implementación de la CDN, el Comité ha expresado a menudo su preocupación sobre la A/MGF y ha emitido recomendaciones para impedir que siga produciéndose (véase el Recuadro 8). En 1995, el Comité organizó un debate sobre la niña durante el período previo a la Cuarta Conferencia de la Mujer de Pekín. Este debate destacó la importancia de la promoción y protección de los derechos de las niñas para romper el ciclo de las tradiciones perjudiciales y los prejuicios contra la mujer y llamó la atención sobre la importancia de la educación para proporcionar a los niños la confianza y las habilidades necesarias para elegir libremente en sus vidas.

Al igual que el Comité de los Derechos del Niño, el Comité que supervisa la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) se ha referido específicamente a las obligaciones de los Estados Parte en relación con la A/MGF. En sus Recomendaciones Generales de 1990 (no. 14), el Comité recomienda a los Estados Parte que tomen “medidas apropiadas y efectivas con objeto de erradicar la práctica de la circuncisión femenina”. La Recomendación también propone que los Estados Parte “incluyan en sus políticas sanitarias

nacionales estrategias apropiadas con el objetivo de erradicar la circuncisión femenina del sistema de salud pública. Dichas estrategias deben incluir la responsabilidad especial del personal sanitario, incluidas las matronas tradicionales para que expliquen las consecuencias perjudiciales de la circuncisión femenina.³⁵ Más recientemente, el Comité ha dictado una Recomendación General sobre Mujer y Salud que apela a los Estados Parte a asegurar que sean promulgadas y puestas en vigor leyes que prohíban las mutilaciones genitales femeninas.

La Resolución de la Asamblea General de la ONU de 2001 sobre las prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres y las niñas reafirma la obligación de todos los Estados de promocionar y proteger los derechos humanos y les invita a que entre otras cosas recopilen y difundan datos sobre la A/MGF y otras prácticas, adopten e implementen leyes, proporcionen servicios de apoyo a las víctimas, se ocupen de la formación del personal sanitario, favorezcan la autonomía de las mujeres y refuercen su independencia económica, movilicen a la opinión pública, traten el tema de las prácticas tradicionales en el currículum escolar, promuevan la comprensión por parte de los hombres de su papel y de sus responsabilidades y trabajen junto con la comunidad para impedir esta práctica.³⁶

El alcance de las medidas propuestas en esta Resolución indica que la promoción y la protección de los derechos humanos deben apoyarse en el compromiso de los gobiernos. Es su deber adoptar una amplia gama de medidas, incluido un marco legal efectivo, así como promover la campañas de educación y sensibilización. La resolución también indica que es necesario emprender acciones sostenibles en el ámbito local.

Muchos actores no gubernamentales también han adoptado un enfoque de derechos humanos para tratar el tema de la A/MGF. Una revisión a fondo realizada recientemente por la ONG RAINBO, confirma que el enfoque de derechos humanos es muy efectivo para fortalecer la autonomía de las niñas y las mujeres, transformar su estatus y construir un consenso comunitario.³⁷

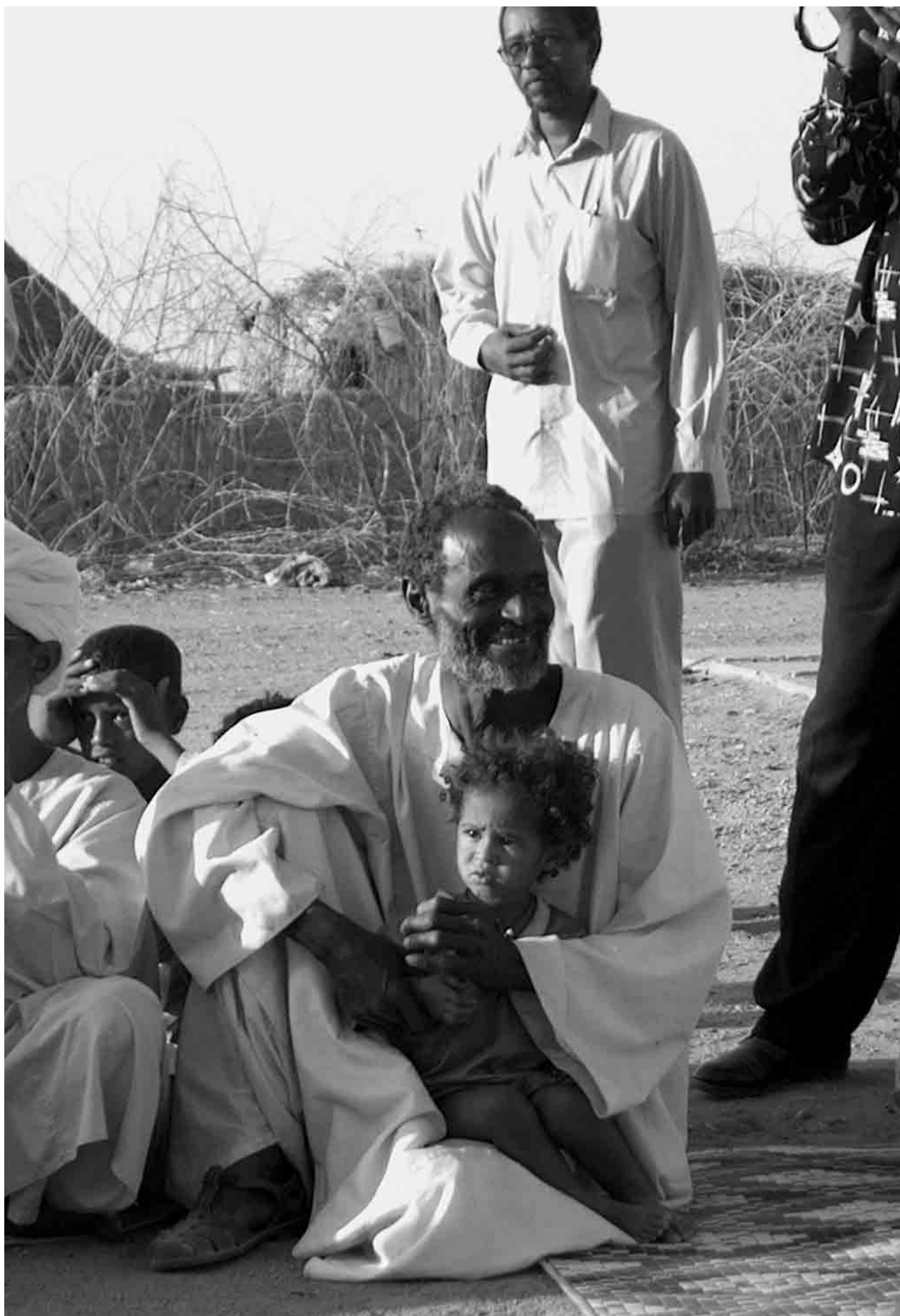
Un elemento básico para el desarrollo de un entorno protector para los niños³⁸ y un factor clave para acelerar la transformación social necesaria para lograr el abandono de la A/MGF supone proporcionar la oportunidad a todos los miembros de la comunidad de aprender sobre los derechos humanos y de participar en debates sobre cómo estos derechos se relacionan con su propia situación.

Notas

- 1 Sólo dos países no han firmado todavía la CDN: Somalia y los Estados Unidos de América.
- 2 Además de la CDN y la CEDAW, una variedad de otros importantes instrumentos de derechos humanos también contienen artículos relacionados con la A/MGF. Entre los instrumentos internacionales se incluye la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (artículos 2 y 3), el Convenio Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 (artículos 7 y 24) y el Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996 (artículo 12). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha establecido en sus comentarios generales sobre el derecho a la salud (artículo 12) que es importante emprender acciones para proteger a las mujeres y a los niños del impacto de las prácticas tradicionales perjudiciales que afectan a su salud.
- 3 Amnistía Internacional, "Section 4: A Human Rights Issue", *Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack*, 1998, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm4.htm, consultado el 10.2.2005.
- 4 Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (1997), "Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children", UNOHCHR, fact sheet no 23.
- 5 Algunos estados en los que se practica la A/MGF, incluidos Somalia y Sudán, no son signatarios de la CEDAW. Los Estados Unidos de América, donde se sabe que algunas poblaciones inmigrantes practican la A/MGF tampoco es signatario.
- 6 Véanse los párrafos 49 y 224 de la Declaración y el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de la ONU, Viena, 1993.
- 7 Véanse los párrafos 4.22, 5.5 y 7.6 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- 8 Véanse los párrafos 108, 125 y 232 de la Declaración y la Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Pekín, 1995.
- 9 El principio del interés superior del niño está establecido bajo el artículo 3 de la CDN.
- 10 Véase, por ejemplo, Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating

- FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, págs. 257-71.
- 11 OMS (1999) *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 12 Para mayor información sobre el consentimiento coherente en el contexto de la A/MGF, véase Mackie, Gerry (2004), "Ending Harmful Conventions: Liberal Responses to Female Genital Cutting", preparado por Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad de Yale.
 - 13 Para obtener datos más detallados de las complicaciones para la salud derivadas de la A/MGF, véase: Organización Mundial de la Salud (2000), "A Systematic review of the Health complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth", OMS, Ginebra.
 - 14 OMS (2000), *Female Genital Mutilation*, Fact sheet no. 241, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 15 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", informe de la Consulta Técnica de la OMS, Ginebra, 15-17 de octubre de 1997.
 - 16 OMS (1996), *Female Genital Mutilation: Information Pack*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 17 Obermeyer, C. (1999), "Female genital surgeries: The known, the unknown, and the unknowable", *Medical Anthropology Quarterly*, 13(1), citado en Jaldesa, Guyo W., Ian Askew, Carolyne Njue, Monica Wanjiru (2005), "Female Genital Cutting among the Somali of Kenya and Management of its Complications", USAID.
 - 18 OMS (2000), *Female Genital Mutilation*. Fact sheet no. 241, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 19 OMS (1995), "Female Genital Mutilation. Report of WHO Technical Working group, Geneva, 17-19 July", Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 20 Véase Jones, Heather, Nafissatou Diop, Ian Askew y Inousa Kabore (1999), "Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes", *Estudios sobre planificación familiar*, septiembre de 1999, 30(3) págs. 219-30.
 - 21 Apgar es un acrónimo de los cinco indicadores utilizados

- para obtener la puntuación: actividad, muecas, pulso, apariencia y respiración.
- 22 Morison, Linda, Caroline Sherf, Gloria Ekpo, Katie Paine, Beryl West, Rosalind Coleman y Gijs Walraven (2001), "The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey", *Medicina Tropical y Salud Internacional*, vol. 6, no. 8, agosto de 2001, págs. 643-53.
 - 23 OMS (1999), *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 24 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim y Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septiembre de 2004, ORC Macro.
 - 25 OMS/UNFPA/UNICEF (1997), *Joint Statement*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
 - 26 Declaración de Condena de la Mutilación genital femenina de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, octubre de 1993.
 - 27 Para mayor detalle véase Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, Eds, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
 - 28 *Frontiers in Salud Reproductiva y el Consejo de Población (2002), Using Operation Research to Strengthen Programs for Encouraging Abandonment of Female Genital Cutting*. Informe de la Reunión Consultiva sobre metodología para la investigación de MGF, 9 - 11 de abril, 2002, Nairobi, Kenia.
 - 29 Stewart, Holley, Linda Morison y Richard White (2002), "Determinants of Coital Frequency among Married Women in Central African Republic: the Role of Female Genital Cutting", *Journal of Biosocial Science*, 34(4), págs. 525-39.
 - 30 La relación entre la A/MGF, los problemas maritales y el divorcio emergen claramente durante el trabajo de campo y las entrevistas realizadas en septiembre de 2004 en los proyectos de UNICEF y el fondo ACDA en Assiut, Egipto.
 - 31 Los sentimientos de conflicto que experimentan algunas mujeres emigrantes están descritos en Johnsdotter, Sara y Birgitta Essen (2004), "Sexual Health Among Young Somali Women in Sweden: Living with conflicting culturally determined sexual ideologies", ponencia presentada en la conferencia "Advancing Knowledge on Psychosexual Effects of FGM/C: assessing the evidence", Alejandria, Egipto, 10-12 de octubre, 2004.
 - 32 Véase, por ejemplo, "Basic Education and Female Genital Mutilation", GTZ Topics, www2.gtz.de/fgm/downloads/eng_basic_education.pdf, consultado el 4.5.2005.
 - 33 Véase Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, págs. 257-71.
 - 34 Para un listado más extenso de las obligaciones de los Estados en relación con las prácticas tradicionales que afectan la salud de las mujeres y las niñas véase la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/54/133, 7 de febrero de 2000.
 - 35 Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación General 14, 1990, HRI/GEN/1/Rev.5.
 - 36 Resolución de la Asamblea General de la ONU A/RES/56/128, 7 de diciembre de 2001.
 - 37 Toubia, Nahid and Eiman Sharief (2003), "Female Genital Mutilation: have we made progress?" *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82 (2003), pp. 251-61. En base a esta publicación RAINBO ha desarrollado un modelo de Empoderamiento de la mujer y Consenso Comunitario (WECC) para mejorar el diseño, la evaluación y la supervisión de los proyectos de A/MGF. El modelo tiene dos dimensiones principales. La primera es la promoción del auto-empoderamiento de las mujeres, incluida la autonomía económica, a través del aumento de la concienciación y del incremento de sus habilidades para tomar decisiones. Esto les permite a las mujeres redefinir su identidad y su estatus social en términos que no incluyan la A/MGF. La segunda dimensión es la construcción del consenso comunitario sobre la protección de los derechos de las mujeres y las niñas y del avance del cambio social a través de la negociación desde la jerarquía de los que poseen el poder como los hombres y los líderes religiosos y cívicos, el personal sanitario y otros.
 - 38 UNICEF identifica ocho elementos clave en un entorno protector para la infancia: el reconocimiento gubernamental de la protección de la infancia frente a los abusos y el compromiso de promover la protección de la infancia; la legislación para proteger a la infancia y sancionar a aquellos que abusen de ella o la exploten; las habilidades, tradiciones, conductas y prácticas que apoyan, valoran y protegen a la infancia; el debate abierto sobre los temas relativos a la protección de la infancia, con la plena participación de la sociedad civil y de los medios de comunicación; las capacidades para la vida, el conocimiento y la participación de los propios niños en los asuntos que les afectan; la concienciación de la comunidad, contando con que aquellos que están en contacto con los niños estén bien capacitados (por ejemplo, la familia, los trabajadores sanitarios, agentes de la ley); la provisión de servicios básicos y de rehabilitación para las víctimas del abuso y la explotación; y un sistema de supervisión e información.



Un hombre del grupo étnico Beni amir, procedente del Este de Sudán, sostiene a su hija mientras asiste a un taller sobre MGF, Idimair, Estado de Kassala.
UNICEF/MENA/2004/1292/Ellen Gruenbaum

5

ACCIONES CON BASE EN LA COMUNIDAD

Las iniciativas más exitosas con base en la comunidad tienen los derechos humanos como base para la acción e incorporan elementos clave para el cambio (Véase la página 21).

Cambiar la convención social: de la teoría a la práctica

Una serie de programas, que se desarrollan en el ámbito comunitario, protegen a las niñas de la A/MGF. Los que tienen más éxito tienen una naturaleza participativa y normalmente orientan a las comunidades para que ellas mismas definan los problemas y las soluciones; aprovechan las tradiciones positivas de las aldeas para animar a la gente a expresar sus opiniones y a que entablen debates; preparan a las familias proporcionándoles conocimientos sobre los derechos humanos y sus responsabilidades; animan a las comunidades que han decidido abandonar la práctica a que difundan el mensaje entre las comunidades vecinas. Todos estos elementos ayudan a provocar el cambio social necesario para proteger a las niñas y las mujeres frente a la A/MGF.

En Senegal, Tostan, una ONG internacional especializada en educación no formal, ha desarrollado un método que se basa en la promoción de los derechos humanos. Esta opción, incorpora elementos clave necesarios para cambiar una convención social en el ámbito local, incluidas la acción colectiva, la declaración pública y la difusión organizada. El programa de Empoderamiento Comunitario de Tostan es un programa de educación no formal y participativo con una duración de 30 meses. Se ha ejecutado en más de 1.500 comunidades en 11 regiones del país con el apoyo de UNICEF y en colaboración con el gobierno.

Desde el comienzo del programa, la comunidad establece un comité de gestión para coordinar las actividades y asegurar su sostenibilidad. Este comité desarrolla, ejecuta, administra y evalúa pequeños proyectos para identificar las necesidades de la comunidad, supervisa las actividades escolares y sirve como enlace entre Tostan y la comunidad.

El programa de educación de Tostan normalmente establece dos clases en cada comunidad: una de 25 adultos y otra de 25 adolescentes, en su mayoría mujeres y niñas. Los módulos del programa cubren los siguientes temas: democracia y derechos humanos, resolución de problemas, higiene y salud, alfabetización, habilidades matemáticas y de gestión. Estos temas se refuerzan a través del uso de cuadernos de ejercicios interactivos para la alfabetización. El programa se planifica cuidadosamente para asegurar que las sesiones estén interrelacionadas y que se desarrollen sobre lo aprendido previamente. Las clases motivan a los participantes con poca educación o que no han recibido educación formal a través de la combinación de enfoques que incluyen el compartir experiencias personales, el uso de materiales escritos y gráficos, y también a través del teatro, la poesía y las canciones. El programa ayuda a desarrollar habilidades clave y a promover la reflexión necesaria para el cambio social. Las clases promueven el consenso y la unidad a través de actividades que congregan a distintos miembros de la comunidad, incluidos hombres y mujeres, jóvenes y mayores y miembros de todos los grupos étnicos.

La información y las lecciones aprendidas son compartidas con la familia, los amigos, los familiares y otras comunidades a través de un proceso de difusión organizado. Se sigue una práctica que es común en la sociedad Wolof que establece que los partici-

pantes de las clases deben adoptar a un amigo o miembro de la familia para compartir con él la información del programa. Las aldeas tratan de tender la mano a las aldeas vecinas, un esfuerzo para atraer a las comunidades circundantes y conseguir un cambio a mayor escala. (Recuadro 9)

El Programa de Empoderamiento Comunitario de Tostan ha conseguido resultados importantes en las comunidades en las que se ha ejecutado, incluyendo el aumento de la matriculación de las niñas en las escuelas, el registro sistemático de nacimientos, y un aumento significativo de las tasas de vacunación. Uno de los resultados más importantes ha sido el movimiento de base para apoyar el abandono de la A/MGF, que se está propagando a lo largo y ancho de Senegal. La oportunidad de comprender qué son los derechos humanos y explorar su relevancia directa en la aldea genera confianza, en especial entre las niñas y las mujeres. También aumenta la capacidad del grupo para enfrentarse a nuevos retos y para preparar las bases para que los miembros de la comunidad tomen la decisión de abandonar la A/MGF. A su vez, las comunidades comparten esta información y estas experiencias con otros grupos con cuyos miembros contraen matrimonio. Las comunidades motivadas acogen reuniones entre aldeas para alcanzar un consenso sobre el abandono de esta práctica, que afecta a su futuro común. Desde diciembre de 2004, estas reuniones han llevado a realizar 18 declaraciones públicas por parte de 1.527 comunidades, lo que representa aproximadamente al 30% de la población que se calcula que practica la A/MGF en Senegal según cifras de 1997.¹

La amplia cobertura por parte de los medios de comunicación de estas declaraciones públicas ayuda a introducir la alternativa del abandono en las comunidades que todavía siguen con la práctica. También contribuye a crear un entorno que apoye el cambio en todo el territorio nacional. Desde 1977, el programa ha llegado a más de 700.000 personas y continúa creciendo.

En una evaluación independiente del Programa de Empoderamiento Comunitario Tostan, recientemente finalizado por el Consejo de Población, se compara el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de las mujeres y los hombres que viven en

20 de las aldeas en las que Tostan ha desarrollado el programa con 20 aldeas similares en las que no lo ha hecho. La evaluación ha descubierto que el programa ha ayudado, en gran medida, a sensibilizar a las mujeres y los hombres sobre los derechos humanos, la violencia basada en el género, la salud reproductiva y las consecuencias de la A/MGF. También se ha producido un descenso notable en la aprobación de la A/MGF tanto entre las mujeres como entre los hombres que viven en las aldeas intervenidas, aunque el 16% de las mujeres que ha participado en el programa no ha cambiado su actitud. De las mujeres que desaprueban la A/MGF, el 85% dice que han llegado a esta posición tras participar en el programa Tostan. Justo antes de que el programa se iniciase, 7 de cada 10 mujeres declaraba que deseaban que se sometiera a sus hijas a la ablación. Al finalizar el programa, esta proporción había disminuido aproximadamente a 1 de cada 10 mujeres que han participado en el programa, y 2 de cada 10 entre las mujeres que no han participado directamente, pero que viven en la misma aldea.² MACRO Internacional, el Consejo de Población y UNICEF apoyarán un estudio más amplio sobre la dinámica social que ha llevado a este cambio positivo en las aldeas cubiertas por el programa Tostan. Este estudio complementará la encuesta DHS planteada para 2005.³

En Burkina Faso, la ONG Mwangaza Action ha adaptado y aplicado el Programa de Empoderamiento Comunitario Tostan en 23 aldeas.⁴ En la actualidad también se están haciendo esfuerzos para adaptar el enfoque a Guinea y Sudán. Hasta el año 2002, el Programa Sudanés de Transformación Social Acelerada (PFAST) se ha centrado en proporcionar información acerca de las consecuencias para la salud de la A/MGF y en disociar la práctica del Islam. Como comenzó a verse que esto no era suficiente para promover el abandono de la A/MGF, el programa empezó a enfocarse en la autonomía de la mujer y la promoción y salvaguarda de los derechos humanos. Existen evidencias de que esta decisión ha dado lugar a un proceso de cambio: han aparecido reformistas de la A/MGF y gente que la sigue defendiendo en las comunidades seleccionadas, lo que indica que la dinámica social se ha puesto en marcha; se está debatiendo sobre las creencias tradicionales acerca del honor, la vergüenza, la virginidad y la

Recuadro 9 - Comienza la difusión organizada en Senegal

Cuando las mujeres de Malicounda Bambara declararon que iban a abandonar la práctica de la A/MGF el 31 de julio de 1997, la noticia atrajo la atención de muchas aldeas vecinas. Demba Diawara, un líder religioso de 70 años y participante de Tostan de la cercana Keur Simbara se dio cuenta de que para su aldea sería imposible abandonar la práctica de la A/MGF porque la gente de su aldea se casaba con gente de las doce comunidades vecinas. Puesto que todas estas comunidades consideraban la A/MGF necesaria para corroborar la decencia de sus hijas, aceptarlas y casarlas, Diawara decidió liderar conversaciones familiares entre las comunidades para llegar a un consenso sobre el tema.

Tras varios meses de compartir información y de un intenso debate en las trece aldeas, los miembros del grupo de comunidades que se casaban entre ellas decidieron realizar una declaración pública para abandonar la A/MGF como una familia extendida y unida que trata de lograr la mejora de la salud y el bienestar de las niñas y mujeres. Los líderes religiosos, al igual que las autoridades tradicionales y gubernamentales apoyaron su decisión. La Declaración de Diabougou inspiró a otros participantes de Tostan a organizar declaraciones públicas entre otras comunidades para apoyar el fin de la A/MGF. La cobertura de estos eventos por parte de los medios de comunicación ayudó, por primera vez, a abrir el debate sobre un tema previamente considerado tabú en todo el país.

posibilidad de contraer matrimonio; y existen indicadores de que muchos miembros de la comunidad, incluidos líderes, se están cuestionando sus tan profundas convicciones y explorando comportamientos alternativos. Inicialmente PFAST se ejecutaba en los estados de Kassala, Kordofan Oeste, Darfur Sur y Al Gadarif, cubriendo a unas 120 comunidades seleccionadas, que representan a una población de unas 6.000.000 de personas. Se está creando un clima social en el que la gente puede reaccionar ante los mensajes acerca de las consecuencias de la A/MGF que han recibido a lo largo de los últimos años.

Las actividades desarrolladas por la Organización de los Servicios Sociales de los Evangélicos Coptos (CEOSS) y el Centro de Actividades de Educación, Desarrollo y Población (CEDPA) de Egipto también subrayan la efectividad de un enfoque holístico y basado en los derechos humanos, que permita a las comunidades entablar un debate y posteriormente abandonar la A/MGF.

Las estrategias de CEOSS, son el resultado de más de 50 años de experiencia, y hacen sobre todo hincapié en mejorar el estatus de las mujeres e identificar patrones de asociación efectivos entre mujeres y hombres que sean líderes comunitarios. Las actividades en las aldeas apoyan diversos proyectos de desarrollo que tienen el objetivo de fortalecer y reforzar a las comunidades y a los individuos en todos los aspectos de la vida, incluyendo la educación, la salud, la generación de ingresos, la agricultura y la protección del medio ambiente. Las actividades específicas para el abandono de la A/MGF incluyen: el establecimiento de comités locales de mujeres; aumentar la concienciación sobre las prácticas tradicionales perjudiciales; proporcionar formación a los miembros de la comunidad, los profesores, los trabajadores sanitarios y los medios de comunicación; realizar visitas a las familias con hijas que se ha identificado que corren el riesgo de ser sometidas a la práctica; y apoyar el establecimiento de ONGs locales que aseguren tanto su relevancia como el sentido de pertenencia a la comunidad.⁵

La experiencia en la aldea de Deir el Barsha, en el área de Minya en el Alto Egipto, demuestra que el cambio es posible. Una evaluación externa llevada a

cabo en 1997-8⁶ descubrió un claro cambio tanto en las actitudes como en el comportamiento frente a la A/MGF en la aldea, con un 50% de las niñas no sometidas a la ablación (la DHS indica que la prevalencia nacional en Egipto en 1995 era de un 97%). Según la evaluación, una serie de factores contribuyeron a generar este resultado, entre los que se encuentran: actividades de desarrollo con base en el género llevadas a cabo en la aldea durante más de dos décadas; emigración temporal de los hombres por motivos laborales lo que les permitía a las mujeres disponer de mayor poder en la toma de decisiones de la comunidad;⁷ y el papel desempeñado por la orden religiosa, que proporcionaba información sobre la A/MGF y charlaba con la gente para que abandonaran la práctica.⁸ En 1991, después de casi una década de actividades de CEOSS centradas en la A/MGF, los médicos tradicionales, incluidos los barberos y las parteras, firmaron públicamente un documento en el que se comprometían a abandonar la práctica.

También en Egipto, la experiencia de CEDPA señala la importancia de proporcionar apoyo a aquellos miembros de la comunidad que ya han tomado la decisión de abandonar la práctica de la A/MGF. Este apoyo refuerza su decisión y además les permite iniciar debates sobre el tema con otros.

CEDPA también ha estado implicada en la promoción del abandono de la A/MGF desde 1988, usando un "Enfoque de Desviación Positiva". Su Programa de Abandono de la MGF está basado en la movilización participativa de la comunidad y en el saber local y trata de desarrollar soluciones que ya existen en las comunidades. Identifica a los miembros de la comunidad que han escogido oponerse a la práctica de la A/MGF y les apoyan para que recluten a otros y los lleven a tomar esta posición. Las valoraciones internas han indicado que potencialmente es una estrategia efectiva y ha animado a CEDPA a emprender una ampliación sistemática del programa.⁹ Sin embargo, todavía debe ser evaluado el impacto a largo plazo de la acción de promover el cambio de actitud.

UNICEF, en colaboración con CEDPA, apoya a las organizaciones no gubernamentales que han organizado a los educadores y abogados por pares en cuatro provincias del Alto Egipto (Assiut, Sohag, Quena y

Recuadro 10 - La comunicación para el cambio social¹¹

El divulgar mensajes sobre las consecuencias para la salud de la A/MGF pueden aumentar la concienciación sobre los riesgos asociados e incluso cambiar las actitudes frente a la práctica, pero no provoca forzosamente un cambio de comportamiento. Las iniciativas de comunicación más efectivas para lograr el cambio de comportamiento son aquellas que atraen a los miembros de la comunidad como agentes activos que controlan su propio desarrollo.

El utilizar la comunicación como un medio de empoderar a las comunidades implica una serie de cambios frente a las estrategias tradicionales de comunicación:

- Desde el diseño y la difusión de los mensajes para facilitar y fomentar el diálogo, que implica compartir ideas en lugar de realizar declaraciones que juzguen o etiqueten las prácticas como "malas";
- De centrarse en el comportamiento individual a centrarse en el cambio social colectivo;
- De centrarse en los problemas sociales a apreciar la riqueza cultural y facilitar un proceso de cambio cultural;
- De soluciones manejadas por expertos a soluciones manejadas por la comunidad, lo que lleva a la implicación de las comunidades en la identificación de las estructuras existentes y las soluciones apropiadas.

Minya) y éstos, con el apoyo de los líderes religiosos, lideran grupos de discusión y hacen visitas casa por casa para sensibilizar a las comunidades sobre el tema.¹⁰ Estos educadores tienen entre sus filas a mujeres y hombres de diferentes orígenes y edades, que han demostrado un alto nivel de compromiso y una mayor capacidad de acercamiento a la comunidad. El potencial de estos individuos para captar la atención de sus vecinos sobre el tema de la A/MGF aumenta por su capacidad de entender a sus iguales dentro de la dinámica interna de sus comunidades y la confianza que despiertan entre sus conciudadanos. Al igual que otros programas que han demostrado su éxito, el enfoque adoptado es respetuoso y no juzga. Cuando fueron entrevistados, estos educadores destacaron la importancia de ofrecer información sobre la A/MGF sin imponerla.

Al proporcionar apoyo a aquellos que han elegido abandonar la A/MGF y promover los debates con base en la comunidad, las iniciativas de CEOSS y CEDPA han contribuido a cambiar actitudes y comportamientos frente a esta práctica. No obstante, la réplica de estos métodos en otras aldeas ha sido limitada.

Facilitar el diálogo y un debate no juzgado de antemano

El crear espacios apropiados y dar oportunidades para el debate en las comunidades, espacios en los que los individuos se sientan seguros y que les de confianza para compartir sus opiniones, permite a los miembros de la comunidad ser agentes activos que controlan su propio desarrollo en lugar de ser receptores pasivos de los mensajes. También proporcionan una oportunidad a aquellos que normalmente no tienen opción de expresar sus opiniones. En el caso de la A/MGF suelen ser las propias mujeres y niñas, pero también se puede incluir a los hombres, pues no siempre tienen la oportunidad de hablar sobre este tema.

A través de debates y reflexiones públicas no dirigidas ni juzgadas de antemano, las consecuencias de la A/MGF, previamente ocultas, tienden a emerger en el momento en el que las mujeres y los hombres comparten sus propias experiencias y las de sus hijas. Al mismo tiempo, los individuos que quieren abandonar esta práctica se unen a aquellos que también se han comprometido, y difunden el mensaje entre otros miembros de la comunidad.

La Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) ha aplicado estos principios al tema de la A/MGF en Guinea a través de su “enfoque de escuchar y dialogar”. Los organizadores de este proyecto sugieren que se convirtió en su intervención más efectiva. La oportunidad de expresar las opiniones en un entorno respetuoso y que no prejuzgue, permitió a las mujeres y los hombres compartir sus ambivalencias con relación a la práctica de la A/MGF e introducir un nuevo discurso y opciones de comportamiento a las comunidades.

Este enfoque de comunicación también es consciente del uso de imágenes y mensajes que las comunidades pueden percibir como inapropiados y en ocasiones incluso ofensivos. La experiencia de la región de Kolda en Senegal ilustra la importancia de usar un enfoque que no juzgue de antemano y que sea respetuoso con el fin de estimular el debate y la reflexión (véase el Recuadro 11).

Ritos de pasajes alternativos

En contextos en los que la práctica de la A/MGF está asociada a ritos de iniciación o ceremonias de mayoría de edad que marcan una transición a la vida adulta, como en algunas comunidades de Gambia, Kenia, Tanzania y Uganda, las acciones se han centrado normalmente en el desarrollo de ritos de pasajes alternativos para dar este paso. Estos ritos alternativos conservan los aspectos socio-culturales positivos del ritual, pero no requieren que las niñas sean sometidas a la A/MGF. El potencial de esta estrategia queda limitado a las comunidades que asocian la A/MGF a estos ritos y ceremonias. Esta opción es cada vez más limitada por la tendencia entre muchas de estas comunidades a someter a las niñas a la ablación a edades más tempranas, por lo que tiene menos relación con el ritual.¹²

Los ritos alternativos gozan de grados variados de éxito en la promoción del abandono de la A/MGF. Aislados tienen un impacto limitado puesto que no atienden a los valores sociales asociados a la A/MGF y por lo tanto, no pueden asegurar que se vaya a someter a la niña a la ablación más adelante. Sin embargo, como indica la experiencia de Maendeleo Ya Wanawake (MYWO), una organización keniana de mujeres, las ceremonias alternativas son bien recibidas y contribuyen a la reducción de la incidencia de la A/MGF cuando van acompañadas de la sensibilización de la comunidad y de debates.¹³ MYWO, con asis-

Recuadro 11 - Nantoondiral: una película para estimular el debate

En las aldeas de la región Kolda en Senegal, se utiliza una película titulada *Nantoondiral* (“consenso” en Pulaar) para promover el abandono de la A/MGF. La película, producida por el proyecto Fankanta de la GTZ cubre una amplia variedad de temas entre los que se incluyen las consecuencias médicas y sociales de la A/MGF, la opinión islamista sobre la práctica, y los valores sociales tradicionales en lo que concierne a las mujeres y las niñas. Antes de proyectar la película, un mensaje introductorio prepara a la audiencia ante la delicada naturaleza del material. Tras la proyección se anima a la audiencia a formular preguntas que estimulen el debate. También se proporciona información sobre las estructuras sanitarias y orientación para lograr una mayor reflexión. *Nantoondiral* se produjo como respuesta ante la reacción negativa de la audiencia frente a la película anterior, *La duperie* (“Decepción”). Esta película contiene escenas e imágenes que muchos consideraban chocantes y que llevaron a las audiencias a pensar que los autores la habían preparado para criticar su cultura.

tencia técnica del Programa para Tecnología Apropia- da en la Salud, ha desarrollado un programa que empieza con actividades para aumentar la concienciación a nivel comunitario con objeto de reclutar participantes, introduce educación para la vida familiar para la niñas, y culmina en un evento público que toma como modelo una ceremonia tradicional de la comunidad que marca el paso a la edad adulta. El componente educativo se basa en los conocimientos tradicionales impartidos a las niñas antes de estas ceremonias, a menudo durante un período de reclusión, y es mejorado mediante información adicional sobre la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con un estudio desarrollado por el Consejo de Población en el año 2000,¹⁴ el trabajo de MYWO tuvo un impacto tanto en las actitudes como en el comportamiento asociados a la A/MGF. No obstante, se descubrió que era más efectivo cuando otras instituciones y acontecimientos socio-culturales contribuyen a cambiar las actitudes frente a la A/MGF y cuando el trabajo de base se apoya en actividades para aumentar la concienciación. Es demasiado pronto para saber si el éxito inicial es perdurable y qué tipo de rituales funcionan mejor.¹⁵

Oportunidades de trabajo alternativas para los “practicantes” tradicionales

En una serie de países, incluidos Burkina Faso, Etiopía, Kenia, Malí, Sudán y Uganda, se han desarrollado iniciativas para educar a los que realizan la A/MGF sobre los riesgos para la salud asociados a la práctica y se les ha proporcionado oportunidades de ingresos alternativos. Los proyectos normalmente combinan la educación sobre los efectos perjudiciales de la A/MGF con el desarrollo de nuevas habilidades y la entrega de préstamos u otros incentivos para que encuentren una fuente de sustento alternativa. En algunos casos, a esta formación le sigue una ceremonia pública o privada, que puede incluir la denuncia de la práctica por parte de los que la ejercían y la entrega simbólica de su instrumental o hacer un juramento sobre el Corán para poner fin a sus actividades. Aunque estas iniciativas han tenido éxito para apoyar a los que realizan las ablaciones a poner fin a su participación en la práctica, no cambian la convención social que crea la demanda de estos servicios, y las familias siguen buscando a personas que quieran realizar la intervención.¹⁶ El proporcionar oportunidades para que los que realizaban la práctica busquen formas alternativas de ingresos puede complementar los enfoques que se centran en la demanda de la práctica, pero por sí solos no cuentan con los elementos necesarios para acabar con la A/MGF.

Trabajar con las comunidades migrantes en los países industrializados

El hecho de que muchas comunidades inmigrantes sigan practicando la A/MGF en sus nue-

vos países de residencia evidencia la fuerza de esta convención social. Los elementos clave necesarios para abordar el tema entre las comunidades migrantes en países en los que la A/MGF no se ha practicado tradicionalmente, son prácticamente los mismos que los utilizados en los países con alta prevalencia.

“Como consecuencia de nuestra emigración y del paso del tiempo, hemos llegado a pensar de forma diferente, y ahora vemos los daños que causan nuestras tradiciones. Sin embargo, nuestros padres no podían actuar de otra manera y está fuera de orden sugerir cualquier tipo de abuso por su parte. Querían lo mejor para nosotros, sus hijos. Después de todo, todas deseábamos que llegase el día en el que pudiésemos anunciar en el patio del colegio que también habíamos sido circuncidadas. Ahora somos capaces de expresar la tristeza y el dolor de nuestra historia y que la mutilación genital de las niñas no tiene sentido en estos días, en esta era. Queremos darles a nuestras hijas un futuro feliz, un futuro en el que puedan desarrollarse plenamente en el plano emocional, y un futuro en el que puedan jugar y sentirse protegidas.”

Mujer somalí, Países Bajos

El trabajo de Pharos, una ONG activa en el terreno de la asistencia sanitaria para los refugiados, y la Federación de Asociaciones Somalíes de los Países Bajos, destaca la importancia de adoptar un enfoque respetuoso y sensible desde el punto de vista cultural, de trabajar más con grupos que con individuos, de facilitar debates y aumentar la concienciación, e invertir el tiempo necesario en las comunidades para que tomen sus propias decisiones en lo referente a la práctica de la A/MGF, en lugar de imponer soluciones.

La A/MGF empezó a ser un tema importante en los Países Bajos durante los años 90 con la llegada de refugiadas de Somalia. A pesar de que la práctica estaba prohibida por el derecho penal desde 1993, las niñas seguían siendo sometidas a este procedimiento. En el año 2000, Pharos y la Federación de Asociaciones Somalíes, con financiación del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, establecieron un proyecto conjunto con el objetivo de facilitar que la comunidad somalí debatiera sobre la A/MGF y de promover un conocimiento profundo sobre la A/MGF en el sector sanitario.

Al reconocer que el diálogo sobre la A/MGF debe liderarlo la propia comunidad, los socios del proyecto pudieron establecer sesiones educativas adaptadas, lideradas por “educadores” preparados y por “figuras clave” de las comunidades somalíes. Estas son personas que tienen la confianza y el respeto de sus propias comunidades, que pueden facilitar el debate, y que están familiarizados con las diferentes instituciones holandesas. La mayoría de las sesiones se celebran los fines de semana, cuando los participantes tienen tiempo libre. Algunas veces los hombres, las mujeres y los jóvenes se reúnen por separado: los hombres pueden reunirse en las mezquitas durante la oración de los viernes, mientras que

las mujeres pueden reunirse en los centros comunitarios o en sus hogares por las tardes. Sin embargo, hasta la fecha, uno de los logros más importantes del proyecto han sido una serie de reuniones en las que los hombres y las mujeres se han reunido para discutir sobre el tema. Estas sesiones han servido como catalizador para ampliar más el debate sobre la A/MGF en la comunidad. Al mismo tiempo, las sesiones han demostrado que todavía hay muchos padres somalíes que tratan de que alguien les practique la ablación a sus hijas. La última evaluación del proyecto destaca que la concienciación sobre el tema ha aumentado, pero que continúa siendo necesario lograr un cambio de actitud.¹⁷

Entre los grupos migrantes, a menudo se refuerza la convención de someter a las niñas a la ablación, por el vínculo cultural y social que establece la práctica con sus comunidades de origen. El desarrollo reciente del programa Tostan, del que se habla al comienzo de esta sección, posee el potencial de utilizar estos mismos vínculos como un medio para llegar a los grupos practicantes de los países industrializados e influenciarlos. En mayo de 2005, los representantes de 44 aldeas de la región Kolda de

Senegal se reunieron en la aldea de Marakhissa para hacer pública la declaración de su decisión comunal de abandonar la práctica de la A/MGF y el matrimonio precoz. Esta decisión se alcanzó tras un período de reuniones y debates no sólo entre las aldeas participantes, sino también con un grupo más amplio de redes similares en la mayoría de las ciudades de Senegal y, sobre todo, en Gambia y EE.UU. Las delegaciones de estos países asistieron a la lectura de la declaración, sobre todo para involucrar directamente a los familiares de los emigrantes en la decisión de abandonar la A/MGF. La declaración dio a los miembros emigrantes de las comunidades Diola la oportunidad de confirmar su rechazo a la A/MGF al tiempo que reforzaban los aspectos positivos de su cultura.

"Es un día maravilloso para todos los Diolas que vivimos en los Estados Unidos. Ahora podemos mandar a nuestras hijas a nuestra aldea natal durante las vacaciones para que conozcan a sus familias y las tradiciones Diola positivas, sin preocuparnos de que puedan ser sometidas a la práctica de la ablación."

Hijo del Jefe de la aldea Marakhissa, que ahora reside en Houston, EE.UU.

Notas

- 1 UNICEF calcula que unas 5.000 aldeas practicaban la A/MGF en Senegal en 1997.
- 2 Diop, Nafissatou J., Modou Mbacke Faye, Amadou Moreau, Jacqueline Cabral, Hélène Benga, Fatou Cissé, Babacar Mané, Inge Baumgarten y Molly Melching (2004), *The TOSTAN Program. Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal*, Informe Final de FRONTIERS, Consejo de Población, Washington DC.
- 3 A día de hoy, no se han pasado ni la encuesta DHS ni la MICS para determinar la prevalencia de la A/MGF en Senegal. Se espera contar con los resultados preliminares de la encuesta en 2005.
- 4 Para mayor información en relación con la actividad de Tostan en Burkina Faso véase Ouoba, Djingri, Zakari Congo, Nafissatou J. Diop, Molly Melching, Baya Banza, Georges Guiella y Inge Baumgarten (2004), *Experience from a Community Based Education Program in Burkina Faso. The Tostan Program*, Informe Final de FRONTIERS, Consejo de Población, Washington, DC.
- 5 Los miembros del comité de mujeres visitan a las familias en las que se estima que las niñas corren el riesgo de ser sometidas a la A/MGF o de que se las case a edades prematuras, hasta el momento en que se estima que las niñas ya no corren ese peligro. Los esfuerzos se centran principalmente en orientar a las madres con objeto de aumentar su concienciación ante las consecuencias dañinas de estas prácticas. Durante el período de seguimiento, otros comités, junto con líderes informales y religiosos trabajan para cambiar la postura de otros miembros de la familia, en especial de los hombres. CEOSS (2003), *Empowerment: From theory into practice*, Ceopress, El Cairo.
- 6 Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcision*, Instituto El Cairo de Estudios sobre Derechos Humanos, El Cairo.
- 7 La evaluación muestra un porcentaje de A/MGF más bajo entre las hijas de hombres que han emigrado al extranjero que entre las hijas de hombres que no han emigrado. Las entrevistas indican que la emigración masculina al extranjero tiene una fuerte influencia en el estatus de las mujeres en la aldea de Deir el Barsha, puesto que les otorga mayores responsabilidades y la oportunidad de tomar decisiones más allá de los espacios que se les han asignado tradicionalmente.
- 8 Para más información sobre el impacto de estos diferentes factores véase Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circum-*

- cision*, Instituto El Cairo de Estudios sobre Derechos Humanos, El Cairo.
- 9 CEDPA (2004), "Female Genital Mutilation Abandonment Program- Implementation results June 2003-June 2004." El programa de abandono de la práctica de CEDPA consiste en cinco fases secuenciales: 1. Actividades de orientación e identificación de los individuos denominados "no adheridos positivos"; 2. Movilización comunitaria a través de actividades para aumentar la concienciación con objeto de aumentar el conocimiento, el compromiso de los líderes y la creación de un sistema de apoyo comunitario para el abandono de la práctica; 3. Formación de un equipo para promover el abandono de la A/MGF en la comunidad; 4. Enfoque directo en las familias. Cada dos semanas el equipo visita a las familias con hijas a las que se identifica que están en inminente riesgo de ser sometidas a la A/MGF hasta que la familia manifiesta públicamente su firme intención de no someter a sus hijas a la A/MGF; 5. Actividades de supervisión y evaluación. Se continúa con visitas menos frecuentes a los hogares hasta que la niña se casa, momento en el que se considera que ya no corre el riesgo de ser sometida a la A/MGF.
- 10 UNICEF Egipto, (2004), "Campaigning against Female Genital Mutilation/Cutting in Egypt", UNICEF Update, septiembre de 2004.
- 11 Ford, Neil "A Human Rights Approach to FGM/C Programming". Presentación distribuida en la reunión técnica de UNICEF sobre A/MGF, Florencia, Italia, 18-20 de octubre, 2004.
- 12 Véase Herlund, Ylva, "Cutting without Ritual and Ritual without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-ritualization of Initiation in the Gambia" en Shell-Duncan, Bettina e Ylva Herlund, Eds., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres, y Dorkenoo, Efu (1994), *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*, Grupo de Derechos de las Minorías.
- 13 Para más información sobre los métodos utilizados para promover el abandono de la A/MGF por MYWO/Path véase: PATH/ Maendeleo Ya Wanawake Organization (2002), *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation. Raising Awareness and Changing Harmful Norms in Kenya*, PATH, Washington DC.
- 14 Chege, Jane, Ian J Askew y Jennifer Liku (2001), "An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of FGC in Kenya", Informe Final de FRON-

TIERS, Consejo de Población, Washington DC.

- 15 GTZ (2001), *Addressing Female Genital Mutilation; Challenges and Perspectives for Health Programmes. Part 1: Select approaches*, GTZ, Eschborn.
- 16 El Consejo de Población desarrolló un estudio en Malí para evaluar las estrategias de reconversión utilizadas por tres ONG. Las tres ONG emplearon a funcionarios de los servicios sociales para educar a los encargados de realizar las ablaciones y a las comunidades, sobre los efectos negativos de la A/MGF en la salud de las mujeres. Dos de las ONG desarrollaron planes de generación de ingresos para proporcionar a los que realizan las ablaciones alternativas para conseguir ingresos, y una de las ONG trató de formarles para que abogaran por el fin de la A/MGF. Ninguna campaña de concienciación integral dirigida al público en general ha acompañado a estas estrategias. Los resultados del

estudio indican que la estrategia de convertir a los que realizan las escisiones no fue efectiva: la tasa de conversión fue muy baja, y los padres siguieron buscando a personas que realizaran la ablación y también a personal sanitario que deseara realizar el procedimiento. Además, los miembros de la comunidad y el personal de la ONG informaron de que estas personas siguen realizando la A/MGF a pesar de que les afirman a los entrevistadores que han abandonado la práctica. Consejo de Población (2000), "Mali: FGC Excisors Persist Despite Entreaties," FRONTIERS OR Summary no. 2, Consejo de Población, Washington, DC.

- 17 "Female Genital Mutilation in the Netherlands. From policy to practice. September 2000-December 2002," Extractos del proyecto de evaluación de Pharos - Utrecht, traducido por el Comité Nacional de UNICEF de los Países Bajos, 2004.

Una niña de Sudán asiste con su madre a una sesión de sensibilización sobre MGF en la aldea de Adarma, Estado de Kassala. UNICEF/Sudan/2004/1141/Ellen Gruenbaum



6

CREAR UN ENTORNO QUE POSIBILITE EL CAMBIO

Las comunidades necesitan apoyo si quieren abandonar la A/MGF a gran escala. Los gobiernos nacionales deben crear un entorno protector para las mujeres y los niños y deben apoyar el abandono de la práctica a través de medidas sociales y una legislación apropiada. Las actividades de promoción y el aumento de la concienciación, que involucren a los medios de comunicación y a los líderes de opinión también desempeñan un papel importante para aumentar el compromiso a nivel local, nacional e internacional.

Legislación nacional

Introducir una legislación nacional que prohíba la A/MGF puede acelerar los cambios de forma más efectiva cuando el proceso de cambio social ya está en marcha, y los ciudadanos están sensibilizados con el tema.¹ La legislación tiene, al menos, tres propósitos claros: hacer explícita la desaprobación de la A/MGF por parte del Estado; tener un claro mensaje de apoyo para aquellos que han renunciado, o que desean renunciar a la práctica; y actuar como un elemento disuasorio. Es importante que la legislación introduzca o se complemente con medidas de protección infantil apropiadas, mecanismos integrales de apoyo social, y campañas de información y sensibilización sobre el tema; debe ser una legislación más disuasiva que punitiva. El imponer sólo sanciones tiene el riesgo de que la práctica pase a la clandestinidad y que tenga un impacto muy limitado en el cambio de comportamiento.

En África y Oriente Medio, muchos países han introducido legislaciones específicas, por ley o por decreto, para enfrentarse a la A/MGF. Entre éstos se incluyen Benin (2003), Burkina Faso (1996), República

Centroafricana (1966²), Costa de Marfil (1998), Yibuti (1995), Egipto (1996), Ghana (1994), Guinea (1965, actualizada en 2002), Kenia (2001), Níger (2003), Senegal (1999), Tanzania (1998) y Togo (1998). En algunos casos, la práctica está prohibida por la Constitución nacional. Por ejemplo, en Etiopía, la Constitución de 1994 prohíbe explícitamente las prácticas tradicionales perjudiciales, incluidas aquellas que oprimen a las mujeres y les causan daños físicos o mentales. Las constituciones de Ghana, Guinea y Uganda contienen prohibiciones similares. En otra serie de países, incluidos Chad, Malí y Níger, la A/MGF se trata en el contexto de la ley penal como una vulneración de derechos.

Un estudio sobre las legislaciones nacionales publicado en el año 2000 descubrió que de los 28 países de África y Oriente Medio en los que se practica la A/MGF, sólo se han interpuesto acciones judiciales en cuatro: Burkina Faso, Egipto, Ghana y Senegal.³ En Burkina Faso, la primera detención de una persona que realizaba ablaciones se produjo poco después de la introducción de la legislación en 1996. La legislación nacional estipulaba sentencias de prisión de seis meses a tres años o una multa igual al equivalente entre 300\$ de los EE.UU. y 1.850\$ de los EE.UU.⁴ para cualquiera declarado culpable de haber realizado una A/MGF. Las penas más altas se aplican cuando el procedimiento termina en defunción y existen medidas especiales para el personal médico o paramédico que realice una A/MGF. La ley también introduce multas para cualquiera que, sabiendo que se está realizando una A/MGF, no informa de ello a las autoridades. En Burkina Faso, la ley es uno de los componentes de un enfoque más amplio que incluye iniciativas de sensibilización y apoyo social. La encuesta DHS de 1999 de Burkina Faso proporciona

evidencias de un cambio de actitud positivo. La encuesta descubrió que sólo el 23,8% de las mujeres circuncidadas reclamaron que deseaban que se siguiera practicando la A/MGF, mientras que un 63,7% quería que se dejase de practicar. Puede que estas respuestas reflejen una renuncia a dar apoyo explícito a una práctica prohibida, más que una convicción personal de que debe acabarse con la práctica de la A/MGF.

Las leyes que prohíben la A/MGF también se han introducido en algunos países en los que el tema ha surgido entre las comunidades inmigrantes, incluyendo a Australia (varios estados 1994-6), Canadá (1997), Nueva Zelanda (1995), EE.UU. (1996) y en varios países de Europa Occidental (véase el Recuadro 12).

Aunque se reconoce la importancia de la legislación nacional, también deben reconocerse sus limitaciones. En algunos casos, puede haber lagunas que sean fácilmente aprovechables por aquellos que tratan de perpetuar la A/MGF. En Egipto en 1996, el Ministerio de Salud emitió un decreto que prohibía la A/MGF, excepto cuando es necesaria por razones médicas. A pesar del fallo posterior del Tribunal Superior de Egipto en 1997 que confirmaba que la práctica estaba prohibida, la excepción referida a los motivos médicos quedaba reflejada. De hecho, esta cláusula ha dado lugar a una laguna judicial que, junto con los enérgicos mensajes sobre los riesgos potenciales para la A/MGF, ha contribuido a la rápida medicalización de la práctica.

Los estándares regionales

También es importante el desarrollo y la adopción de instrumentos legales internacionales, para crear

un entorno que permita una sinergia de esfuerzos para abandonar esta práctica. El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, sobre los Derechos de las Mujeres en África, conocido como el Protocolo de Maputo, es un documento legal adoptado por consenso en 2003 por los Jefes de Estado de la Unión Africana. El artículo 5 de este Protocolo prohíbe y condena explícitamente la A/MGF y otras prácticas perjudiciales. Apela a los Estados Parte para que adopten medidas con objeto de crear una conciencia pública sobre el tema, que introduzcan una legislación que prohíba y sancione la práctica de la A/MGF, que proporcione apoyo a las víctimas de prácticas perjudiciales y que proteja a las mujeres que corren el riesgo de ser sometidas a estas prácticas. Para que el Protocolo entre en vigor debe ser ratificado por 15 Estados Miembros de la Unión Africana. En abril de 2005, lo habían ratificado 10 Estados.⁹

En Europa, también se han dado pasos importantes y se ha apoyado el proceso de cambio en los países involucrados. La resolución 1247 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2001) sobre Mutilación Genital Femenina, insta a los gobiernos a emprender una serie de acciones, entre las que se incluyen la introducción de una legislación nacional, la promoción de la sensibilización, la interposición de acciones judiciales a aquellos que realizan la A/MGF y la adopción de medidas más flexibles en relación con la concesión de asilo a las madres y las niñas que tienen miedo a ser sometidas a la A/MGF.¹⁰ La resolución del Parlamento Europeo sobre la Mutilación Genital Femenina, que también es del año 2001, condena firmemente la A/MGF como una violación de los derechos humanos fundamentales y entre otras cosas apela a la Comisión Europea para que prepare una estrategia completa para eliminar la

Recuadro 12 Respuestas legales a la A/MGF en Europa Occidental

Hoy en día, tres de los diez grupos de ciudadanos más numerosos que solicitan asilo en la Unión Europea, provienen de países africanos en los que se practica la A/MGF (Nigeria, Somalia y la República Democrática del Congo).⁵ Una de las respuestas más tangibles por parte de los Estados europeos ha sido el uso de medidas legislativas para prohibir la práctica y castigar a aquellos que realicen, ayuden a realizar o secunden este acto.⁶

Los legisladores europeos han tendido a favorecer una de estas tres soluciones ante la A/MGF: la introducción de una nueva legislación específica que criminaliza la práctica (Noruega, Suecia y el Reino Unido), la modificación de la legislación existente para incluir una referencia específica a este procedimiento (Bélgica, Dinamarca, Italia y España), o la prohibición de la A/MGF bajo las leyes penales existentes referentes a los daños físicos y al abuso de menores (Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, los Países Bajos y Suiza).⁷ Además, algunos países europeos incluyen el principio de extraterritorialidad en sus legislaciones reconociendo el peligro a que las familias, debido a la prohibición legal, envíen a las mujeres y niñas de vuelta a sus países de origen para ser sometidas a la A/MGF.

Un indicador de la respuesta de los estados europeos a la A/MGF es el número de acciones judiciales interpuestas en virtud de estas distintas leyes. Por ejemplo, en el Reino Unido, desde la introducción en 1985 de una ley específica para criminalizar esta práctica, no se ha producido ningún procesamiento por A/MGF. En Suecia, sólo se ha llevado un caso ante los tribunales en el año 2000, unos 18 años después de que el país haya introducido una legislación específica. Sobre la misma fecha en Francia, se habían interpuesto 25 acciones judiciales basadas en la legislación penal, por participar en la A/MGF. Confiar en la legislación penal general no conlleva necesariamente la celebración de un enjuiciamiento. Por ejemplo, la posición legislativa holandesa es similar a la de Francia, pero hasta la fecha no se ha interpuesto ninguna acción judicial por A/MGF, y el gobierno ha planteado públicamente que su política debe orientarse a la prevención con la intervención judicial como último recurso.⁸ Esta es también la dirección escogida por Italia. El borrador de legislación de 2004 sobre la A/MGF da testimonio de los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil, encabezadas por AIDOS (La Asociación Italiana de Mujeres en Desarrollo) para que se asigne un presupuesto para campañas de prevención y formación de personal sanitario, aparte de las medidas punitivas previstas originalmente.

Recuadro13 - La campañas de los medios de comunicación de TAMWA en Tanzania

TAMWA utiliza las campañas de los medios de comunicación para ejercer presión y defender cambios culturales, políticos y legales con el fin de promover los derechos humanos de las mujeres y los niños. En el año 2002, como parte de las actividades de la Campaña STOP la MGF, TAMWA realizó una campaña de educación e información en todo el país, utilizando todos los medios de comunicación activos en el país y, en especial, aquellos de las regiones en las que había una alta prevalencia de A/MGF, incluida Arusha (81%), Dodoma (68%) y Mara (44%).¹³ TAMWA abordó el tema usando lo que se ha denominado periodismo "de estilo explosivo", una estrategia que se basa en la difusión simultánea de historias e información a través de distintos medios locales, lo que permite un alcance mayor. La clave de la efectividad de las actividades de TAMWA es el uso de las encuestas sociales y periodísticas para promover discusiones comunitarias y para implicar a las comunidades en la ejecución y la supervisión de las iniciativas. TAMWA también ha organizado sesiones para el personal de los medios de comunicación, la ONG, organizaciones de base comunitaria y grupos de teatro, para aumentar el conocimiento sobre la A/MGF y promover el uso de un lenguaje y unos enfoques apropiados.

práctica de la A/MGF, en la Unión Europea, que debe "establecer mecanismos tanto legales como administrativos y también, preventivos, educativos y sociales para permitir a las mujeres que son víctimas o que pueden serlo, obtener una protección real."¹¹

Las conferencias internacionales más importantes han mostrado su apoyo a los gobiernos en sus esfuerzos por introducir una legislación nacional apropiada e iniciativas de movilización social sobre la A/MGF. En junio de 2003, la Consulta de Expertos Afro-Árabes sobre Herramientas Legales para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina sirvió para definir tanto el contenido legal como las estrategias y así disponer de una legislación más eficaz para evitar la A/MGF.¹² La resultante "Declaración de El Cairo" presenta 17 recomendaciones concretas, incluidas estas dos: que los gobiernos adopten una legislación específica para tratar el problema de la A/MGF, y que estas leyes sean un componente de un enfoque multidisciplinar para acabar con la práctica. La declaración también recomienda a los gobiernos y a las ONG, que trabajen juntas para apoyar el proceso de cambio social que está en marcha y que lleve a la adopción de una legislación contra la A/MGF.

En septiembre de 2004, el Gobierno de Kenia acogió una conferencia internacional, centrada en el desarrollo de un entorno político, legal y social para la implementación del Protocolo de Maputo. En febrero de 2005, la conferencia sub-regional organizada por la ONG No Peace Without Justice (No hay paz sin justicia), apoyada por UNICEF y acogida por el gobierno de Yibuti, proporcionó una plataforma para la ratificación oficial del Protocolo de Maputo por parte de este país. Se planificaron más conferencias acerca del Protocolo de Maputo para 2005.

Aumentar la concienciación y promover el diálogo

Las medidas legislativas son más eficaces cuando complementan e incluso preceden a una serie de medidas políticas más amplias, que incluyan la sensibilización tanto general como concreta y la promoción del diálogo tanto dentro de los grupos como entre ellos. Si la implantación de una ley no se realiza en un buen momento (por ejemplo, antes de un cambio de las actitudes sociales respecto de la prác-

tica) o no se acompaña con mecanismos de apoyo social complementarios, puede llevar a que la práctica de la A/MGF pase a la clandestinidad o alentar movimientos fronterizos. La amenaza del encarcelamiento o de una multa puede actuar como elemento de disuasión, pero por sí sola no consigue cambiar la percepción de los padres en pensar que es por el bien de sus hijas por lo que las someten a este procedimiento.

Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel importante al "romper el silencio" que rodea a la A/MGF, trasladando este tema al terreno del público. La experiencia de la Tanzanian Media Women Association (TAMWA, Asociación de Mujeres Tanzanas de los Medios de Comunicación) indica que proporcionar a los medios de comunicación información precisa y actualizada sobre la A/MGF y fortalecer las habilidades de los operadores de los medios de comunicación para difundir esta información, puede contribuir al abandono de la práctica (véase el Recuadro 13). Esta experiencia concuerda con las conclusiones de un estudio encargado por UNICEF en Egipto que apunta que la falta de conocimiento sobre la A/MGF es un obstáculo muy importante que evita que muchos profesionales de los medios de comunicación hablen sobre el tema.

El implicar a líderes de opinión, incluidos líderes tradicionales, figuras políticas, jefes religiosos e intelectuales, ha tenido un papel importante a la hora de aumentar la concienciación y de estimular el debate público. En Senegal, los parlamentarios no solo han desempeñado un papel decisivo en la aprobación de la legislación para evitar las prácticas tradicionales perjudiciales, sino que también han promovido activamente su aplicación visitando aldeas que están en el proceso de abandonar la práctica y explicando la situación legal durante las reuniones en las aldeas. Acuden frecuentemente a las declaraciones públicas y han establecido una asociación con otros parlamentarios del África Occidental para colaborar en la promoción de estrategias exitosas. A nivel internacional, la Unión Interparlamentaria (IPU) decidió en 2001 desarrollar una base de datos en línea sobre la A/MGF accesible desde su propia página Web¹⁴ y estableció un grupo de pensamiento parlamentario para la erradicación de la A/MGF. Cuando este equipo se reunió por primera vez en Marrakech, Marruecos, en el año 2002, identificó estrategias clave para terminar con la A/MGF, entre las que se incluyen las

campañas de concienciación, la provisión de apoyo económico, el desarrollo de campañas de asociación con ONG, la puesta en marcha de una legislación y la movilización de los medios de comunicación.¹⁵

En las comunidades en las que hay una firme percepción de que el Islam exige la práctica de la A/MGF, se ha demostrado que el compromiso de los líderes religiosos en las discusiones públicas es un elemento clave para concienciar sobre esta práctica, desvinculándola de las consideraciones religiosas y creando un entorno adecuado para el cambio. La conferencia subregional sobre A/MGF, acogida por el Gobierno de Yibuti en febrero de 2005, fue importante por el debate de dos días de duración entre los líderes religiosos de Yibuti y de los países vecinos, sobre las dimensiones teológicas de la A/MGF. Tras el importante debate, el documento de conclusiones, la Declaración de Yibuti, reivindica que las afirmaciones de que el Corán exige la A/MGF son infundadas y reafirma que todos los tipos de A/MGF son contrarios a los preceptos religiosos del Islam.

Integrar el abandono de la A/MGF en los programas gubernamentales

Crear un entorno que permita apoyar el abandono de la A/MGF exige un fuerte compromiso y una acción política por parte de los gobiernos a la hora de promover la igualdad de derechos para las niñas y los niños y para las mujeres y los hombres. También implica tratar la A/MGF como un componente de los programas y proyectos de desarrollo que promueven la erradicación de la pobreza, la generación de ingresos y la educación, así como la igualdad de género, la participación de niñas y mujeres en la sociedad y en el mercado laboral, la salud de las niñas y las mujeres, la maternidad segura y la prevención del VIH/SIDA.

Una amplia variedad de profesionales está en contacto con niñas y mujeres que han sido sometidas a la A/MGF. En Suiza, por ejemplo, una encuesta realizada por el Comité Nacional de UNICEF de Suiza en colaboración con el Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Berna,¹⁶ mostraba que el 61% de los ginecólogos,¹⁷ el 38% de las parteras, el 6,3% de los pediatras, y el 8% de los centros de asistencia social entrevistados se habían encontrado con casos de víctimas de A/MGF. La encuesta también revelaba una considerable necesidad de información. Todos los profesionales encuestados pidieron que se integrara este tema en su formación inicial o continua.

El personal sanitario constituye un grupo importante para tratar las complicaciones relacionadas con la A/MGF así como para promover su abandono. La OMS, UNICEF y el FNUAP han reconocido el importante papel de los trabajadores sanitarios y han identificado como una estrategia prioritaria su formación en temas relacionados con A/MGF.¹⁸ En especial, el período prenatal constituye una oportunidad para proporcionar información sobre las consecuencias

para la salud de la A/MGF, a las mujeres y a otros miembros de la familia.¹⁹ En Suecia, se aconseja a los profesionales sanitarios que pongan en marcha conversaciones con la familia sobre la A/MGF en el momento en el que crean que un nuevo bebé inscrito en los servicios sanitarios está en situación de riesgo. Se recomienda que se vuelva a hablar sobre este tema en los chequeos rutinarios cuando la niña cumple cinco años. Los trabajadores sanitarios deben asesorar a los padres sobre los riesgos para la salud de la A/MGF e informarles de que la práctica está prohibida en virtud de la legislación sueca.²⁰ En muchos países, incluidos Canadá, Dinamarca, Alemania, Italia, Suiza y el Reino Unido, las asociaciones médicas han prohibido cualquier tipo de implicación de los médicos en la práctica de la A/MGF, alegando que es una violación de sus códigos de conducta.

Se puede apoyar a los profesores, tanto en los contextos de aprendizaje formal como no formal, para que reconozcan a las niñas que corren el riesgo de ser sometidas a la A/MGF y para discutir temas relacionados en clase de ciencia, biología e higiene, así como en las clases que incluyen la educación personal, social, de género o religiosa. Las enfermeras, las parteras y los médicos pueden facilitar estas actividades o ayudar a los profesores a hacerlo.²¹ A veces, las primeras en avanzar en esta dirección son las ONG. FAWE Senegal, una ONG que trabaja para aumentar el acceso de las niñas a la educación, ha desarrollado unos manuales y guías de consulta sobre la A/MGF para los profesores y los estudiantes de tercer y cuarto grado y también han formado en el tema de la A/MGF a formadores y profesores.²²

Para reforzar la capacidad nacional, la ONG italiana AIDOS, con financiamiento del Banco Mundial, ha desarrollado un prototipo de manual de formación para integrar la A/MGF en los proyectos de desarrollo.²³ Ese manual está pensado para formadores que trabajan con funcionarios gubernamentales y personal de ONG. Se realizarán versiones locales del manual para asegurar que sea más efectivo.

Coordinación de acciones

Una serie de países, entre los que se incluyen Burkina Faso, Egipto, Noruega, Senegal, Sudán y Tanzania, han establecido planes nacionales de acción para coordinar y apoyar los esfuerzos tanto de los gobiernos como de las organizaciones no gubernamentales en la promoción del abandono de la A/MGF. En Sudán, el Plan Nacional de Acción sobre A/MGF, aprobado por el Ministerio de Salud en 2001, ha promovido el establecimiento de mecanismos, a todos los niveles, para terminar con la A/MGF. A nivel federal, un comité directivo garantiza la coordinación entre los departamentos gubernamentales, las redes de ONG y los grupos de la sociedad civil. En el plano estatal, existen consejos y comités directivos para la A/MGF, mientras que en el comunitario, las organizaciones de base reúnen a los grupos de mujeres, los líderes religiosos, las matronas, los líderes comunitarios, así como a los niños y los jóvenes para promover el cambio de comportamiento. Las campañas

Recuadro 14 - El compromiso cada vez mayor de las Naciones Unidas frente a la A/MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales

Hay un compromiso cada vez mayor dentro del sistema de Naciones Unidas para tratar el tema de la A/MGF. Este compromiso queda demostrado por una serie de hechos, incluido el establecimiento de un Grupo de Trabajo sobre las Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de las Mujeres y los Niños, que presentó su informe a la Comisión de Derechos Humanos en 1986; el nombramiento del Relator Especial sobre prácticas tradicionales perjudiciales por parte de la Comisión de Derechos Humanos en 1988; la adopción, por la Asamblea General, de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en 1993, que define claramente la A/MGF como una forma de violencia contra la mujer; y el nombramiento del Relator Especial sobre violencia contra las mujeres, y de sus causas y consecuencias, en 1994. Ese mismo año, la Subcomisión de Naciones Unidas para la Prevención de la Discriminación y la Protección de las Minorías, adoptó un Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan la Salud de las Mujeres y de los Niños.

En 1997 la OMS, UNICEF y el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) hicieron pública una importante declaración conjunta ratificando su apoyo a las políticas que promuevan el abandono de la práctica de la A/MGF, y reafirmaron su compromiso de apoyar el trabajo de los gobiernos y las comunidades para promover y proteger la salud y el desarrollo de las mujeres y los niños.²⁵ Esta declaración conjunta está siendo revisada actualmente y se espera que se renueve a finales de 2005 con la participación adicional de otros socios internacionales. Los Estudios del Secretario General de Naciones Unidas sobre Violencia contra las Mujeres y Violencia contra los Niños, que deben presentarse a la Asamblea general en 2005 y 2006 respectivamente, también representan importantes oportunidades para tratar el tema de la A/MGF.

en los medios de comunicación se promueven a nivel federal y estatal, mientras que a nivel comunitario, se emiten programas de radio en las lenguas locales, en los que intervienen miembros clave de la comunidad.

El desarrollo de instituciones gubernamentales específicas o de mecanismos de coordinación encargados de realizar actividades que promuevan el abandono de la A/MGF, incluidas en un contexto más amplio de una agenda holística de los derechos del niño, pueden facilitar la tarea de traducir planes, en acciones coordinadas. Por ejemplo, en Egipto, este papel lo desempeña el Consejo Nacional para la Infancia y la Maternidad con el apoyo del PNUD y de UNICEF. El Consejo es el órgano nacional superior encargado de los temas de infancia y establece políticas, redacta borradores de leyes y promueve la importancia del desarrollo de la infancia y la maternidad en los planes estatales quinquenales. También apoya acciones a nivel comunitario, promueve el diálogo nacional sobre la A/MGF así como la reforma legal y política.

En los últimos años, se han hecho progresos importantes a nivel global para alcanzar un marco común de acción para promover el abandono de la A/MGF (Recuadro 14). El cada vez más fuerte sentimiento de objetivo común se deriva, en parte, por el reto compartido de trabajar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La "Hoja de Ruta hacia la Implementación de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas" de 2001 se refiere específicamente a las "prácticas tradicionales perjudiciales, tales como la mutilación genital femenina" bajo el Objetivo de combatir todas las formas de violencia contra las mujeres.²⁴ Asimismo, en *Un Mundo Apropiado para los Niños*, documento final aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Sesión Especial sobre Infancia de 2002, demanda específicamente el fin de estas prácticas. En líneas más generales, tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio como *Un Mundo más Apropiado para los*

Niños, se proponen alcanzar la educación primaria universal para niñas y niños. La educación es uno de los mejores medios para vencer la discriminación, empoderar a las niñas y las mujeres y construir sociedades basadas en los principios de los derechos humanos. Concretamente, parece que es menos probable que las niñas que han alcanzado un cierto grado de educación sometan a sus hijas a la ablación, en comparación con las mujeres que o bien no han recibido educación o muy poca.

Las Agencias de las Naciones Unidas también están coordinando cada vez más sus políticas y las acciones con los donantes bilaterales. Desde el año 2001, el Grupo de Trabajo de Donantes sobre Ablación Genital Femenina, compuesto por Agencias de la ONU, el Banco Mundial, gobiernos y fundaciones, se ha reunido con regularidad para compartir estrategias y aumentar su efectividad como donantes.²⁶

La comunidad de ONG desempeña un papel fundamental en la generación de un compromiso nacional e internacional para acabar con la práctica de la A/MGF. En el ámbito regional, el Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan la salud de las mujeres y los niños (IAC) es la red de ONG más veterana que se dedica a promover el abandono de la A/MGF en África. Trabaja a través de Comités Nacionales en todos los países africanos en los que se practica la A/MGF y promueve la concienciación, la promoción, la evaluación de leyes y programas relevantes, la formación y la creación de capacidades. Fuera de África, la Red Europea para la prevención de la MGF (Euronet-FGM) trata de mejorar la salud de las mujeres que emigran a Europa y de evitar las prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y de los niños, en especial la A/MGF.

La Campaña STOP FGM desarrolla y refuerza a la opinión pública para que deje de practicar la A/MGF tanto en África como en los países europeos y promueve acciones tanto en el plano nacional como internacional. La Campaña, establecida en el año

2002, es coordinada por la ONG italiana AIDOS en colaboración con No Peace Without Justice (No hay Paz sin Justicia) y varias ONG africanas.

En los últimos años, el empuje para finalizar con la A/MGF ha ido creciendo, y nuevos actores, incluidos el Gobierno de Italia²⁷ y de Japón,²⁸ están

apoyando mucho el avance de esta agenda. Dado el mayor conocimiento de la A/MGF y los indicios alentadores de que es posible obtener resultados positivos a nivel comunitario a gran escala, se dan las condiciones propicias para el rápido abandono de la práctica.

Notas

- 1 Rahman, Anika y NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres.
- 2 En este caso, una orden presidencial. Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights (Revista Internacional sobre los Derechos de la Infancia*, 11, 2003, págs. 257-71).
- 3 Rahman, Anika y NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books; Londres.
- 4 Con una tasa de cambio de 487,300 CFA Fr. = 1 \$ EE.UU.
- 5 Las cifras se refieren a la UE antes de la ampliación de 2004. Eurostat, Nuevas Solicitudes de Asilo en la UE por el Grupo Principal de Ciudadanos, enero-septiembre de 2003.
- 6 Para más detalles sobre la legislación relevante de los 15 Estados de la Unión Europea véase Leye, Els y Jessika Deblonde (2004), *Legislation in Europe Regarding Female Genital Mutilation and the Implementation of the Law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK*, Centro Internacional de Salud Reproductiva, Gante.
- 7 Trechsel, Stefan et Schlauri, Regula (2005), "Les mutilations génitales féminines en Suisse. Expertise juridique" Editado por el Comité Suizo de UNICEF.
- 8 Rahman, Anika y NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres.
- 9 Las Comores, Yibuti, Lesoto, Libia, Mauricio, Namibia, Nigeria, Ruanda, Senegal y Sudáfrica.
- 10 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Resolución 1247 (2001), Mutilación Genital Femenina, párrafo 11. Bajo esta resolución, la Asamblea Parlamentaria insta a los gobiernos, entre otras cosas a: "i. introducir una legislación específica que prohíba la mutilación genital y que declare que la mutilación es una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal; ii. tomar medidas para informar a todas las personas acerca de la legislación que prohíbe la práctica antes de inscribirse como Estados miembros del Consejo de Europa; iii. adoptar medidas más flexibles para conceder el derecho de asilo a las madres y sus hijos si tienen miedo de ser sometidos a dichas prácticas; [...] v. procesar a los perpetradores y a sus cómplices, incluidos los miembros familiares y el personal sanitario, acusándoles de violencia que lleva a la mutilación, incluidos los casos en los que esa mutilación se realiza en el extranjero [...]"
- 11 Resolución del Parlamento Europeo sobre mutilación genital femenina (2001/2035(INI)), párrafo 7.
- 12 Para mayor información véase *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, actas de la consulta de expertos afro-árabes, El Cairo, Egipto, 21-23 de junio de 2003, Non c'è pace senza giustizia, suplemento especial para la publicación periódica 1/2004.
- 13 Datos de UNICEF (2004), "Tanzania FGM/C country sheet", basada en la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en Tanzania en 1996. Hoja de país disponible en www.childinfo.org/areas/fgmc/profiles/Tanzania%20FGM%20profile.pdf
- 14 Véase www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov.htm, consultada el 5.5.2005.
- 15 Junto con UNICEF, la IPU también ha desarrollado un manual para la protección infantil para los parlamentarios que incluye información básica sobre la A/MGF, los principios internacionales más importantes sobre el tema, y los principales retos y estrategias identificados por el panel de la IPU. Véase O'Donnell, Dan (2004), *Child Protection. A handbook for parliamentarians*, IPU/UNICEF, Suiza.
- 16 Editado por el Comité Suizo de UNICEF, "Les Mutilations Génitales Féminines. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses." Zurich 2004. El catedrático Patrick Hohlfeld, ex-Presidente de la Asociación Suiza de Ginecología ayudó con la encuesta.
- 17 Por lo que se refiere a los ginecólogos, se ha producido un incremento del 10% en comparación con la encuesta realizada por UNICEF Suiza en el 2001. Jäger, Fabienne, Sylvie Schulze y Patrick Hohlfeld (2002), "Female Genital Mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists," *Swiss Medical Weekly*, 132, 2002, págs. 259-64.
- 18 OMS/FNUAP/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 19 OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 20 Rahman, Anika y NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres.
- 21 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", informe de la Consulta Técnica de la OMS, Ginebra, 15-17 de octubre de 1997.
- 22 UNICEF (2004), "Rapport de la reunion inter-pays sur les mutilations genitales feminines et pratiques nefastes", Dakar, Senegal, 22-24 de septiembre de 2004.
- 23 El manual, producido por AIDOS se titula "Mainstreaming the Fight Against FGM/C"
- 24 Secretario General de las Naciones Unidas (2001), "Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. Report of the Secretary-General (Hoja de Ruta hacia la Implementación de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas)", A/56/326, 6 de diciembre de 2001, párrafo 209.
- 25 Organización Mundial de la Salud, *Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*, 1997.
- 26 A marzo de 2005, los miembros incluyen a FNUAP, UNICEF (Secretaría de Coordinación), UNIFEM, OMS, el Banco Mundial, USAID, GTZ, La Cooperación Holandesa, La Fundación Ford, El Fondo Global Wallace y La Fundación para el Bienestar Público. El número de miembros crece anualmente.
- 27 En junio de 2004, el gobierno de Italia contribuyó con 1,8 millones de euros para apoyar el trabajo de UNICEF y de las ONG internacionales y nacionales en el camino hacia el abandono de la A/MGF en 8 países de África y Oriente Medio.
- 28 En agosto de 2003, el gobierno de Japón se unió al gobierno de Sudán y a UNICEF para apoyar el Simposio Regional sobre la Abolición de la MGF para Asegurar una Maternidad Segura en Jartum. El simposio profundizó en el conocimiento de la A/MGF de los distintos sectores gubernamentales y en la sociedad civil, y reforzó la voluntad política de Sudán de acabar con la práctica.

7

CONCLUSIÓN

La ablación / mutilación genital femenina se ha perpetuado durante generaciones debido a que la dinámica social hace que sea muy difícil para las familias, así como para las niñas y mujeres, abandonar la práctica de forma individual. Incluso cuando las familias son conscientes del daño que conlleva, continúan sometiendo a sus hijas a la ablación porque sus comunidades consideran que el trámite es necesario para criar a una niña correctamente, proteger su honor y mantener el estatus de toda la familia. El no cumplir con la tradición trae consigo la vergüenza y la estigmatización sobre la totalidad de la familia y evita que las niñas se conviertan en miembros reconocidos y plenos de sus comunidades.

Este *Digest* demuestra que el cambio es posible. Las actitudes de la sociedad cambian y las comunidades están optando por abandonar esta práctica perjudicial. Cada vez están más definidos los elementos claves para la transformación de las comunidades.

Las propuestas más exitosas son las que llevan a las comunidades a definir ellos mismos los problemas y las soluciones, lo que asegura que no se sientan coaccionados o juzgados. También animan a las comunidades que han decidido abandonar la práctica a hacer pública su elección y a difundir el mensaje entre las comunidades vecinas. Las propuestas que están basadas en los principios de los derechos humanos han demostrado que son las que tienen más potencial para promover el abandono de la A/MGF. En lugar de tratar la A/MGF aisladamente, se centran en fomentar la capacidad de la gente, en

especial de las niñas y las mujeres, para promover y salvaguardar sus propios derechos humanos. Por último, las comunidades necesitan apoyo si quieren abandonar la A/MGF a gran escala. Necesitan el compromiso de los líderes tradicionales y religiosos, medidas legislativas y políticas, foros de debate público, y mensajes precisos y culturalmente sensibles de los medios de comunicación.

Es el momento adecuado para catalizar un movimiento global que provoque un cambio positivo y duradero. La CEDAW y la CDN presentan importantes estándares internacionales para dar forma a las políticas y programas de los Estados que traten el tema de la A/MGF, de otras prácticas tradicionales perjudiciales y promuevan su abandono. Se están desarrollando iniciativas regionales con el objetivo de acabar con la práctica, con un ímpetu cada vez mayor. En África, la ratificación del Protocolo de Maputo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, reitera el compromiso de los Estados de promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y los niños.

El final de la A/MGF es una realidad cada vez más cercana. Hoy en día disponemos de los conocimientos básicos sobre la mejor manera de apoyar a las comunidades para que logren abandonar la práctica de la A/MGF. Estos conocimientos se pueden aplicar ampliamente, dentro de los países y entre ellos. Con apoyo global, cabe la posibilidad de que las comunidades practicantes abandonen la A/MGF en el lapso de una sola generación.

المخزن





Contactos

Esta sección contiene información acerca de una serie de agencias de la ONU, organizaciones internacionales y ONG a las que se hace referencia en este Digest, así como algunas páginas web adicionales sobre derechos humanos. Estos contactos pueden servir de enlace con otro tipo de organizaciones, en especial ONG nacionales y locales, organizaciones profesionales y comunitarias, institutos académicos y de otro tipo de instituciones gubernamentales, cuyo trabajo en este tema también es relevante. No se ha tratado de hacer un listado exhaustivo, ni de priorizar o clasificar las organizaciones listadas.

AGENCIAS ESPECIALIZADAS DE LAS NACIONES UNIDAS Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Inter-Parliamentary Union (IPU) - Unión Interparlamentaria

5, chemin du Pommier
Case postale 330
CH-1218 Le Grand-Saconnex
Ginebra
Suiza
Tel.: (4122) 919 41 50
Fax: (4122) 919 41 60

La IPU es la organización internacional de Parlamentarios de Estados soberanos. Es el punto focal del diálogo parlamentario mundial y trabaja en favor de la paz y la cooperación entre los pueblos y por el firme establecimiento de una democracia representativa. Entre sus actividades, fomenta los contactos, la coordinación y el intercambio de experiencias entre los parlamentos y los parlamentarios de todos los países; plantea cuestiones de interés y preocupación internacional; y contribuye a la defensa y promoción de los derechos humanos. En la actualidad la IPU cuenta con más de 130 parlamentos como miembros.

Pág. web:
www.ipu.org/english/home.htm

UNICEF/MENA/2004/1288/Ellen Gruenbaum

Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

304 East 45th Street, 15th floor
Nueva York, NY 10017
EE.UU.
Tel.: +1 212 906 6400
Fax: +1 212 906 6705

UNIFEM es el Fondo de las Naciones Unidas para la mujer. Provee asistencia técnica y financiera para programas y estrategias innovadoras que promueven los derechos humanos, la participación política y la seguridad económica de las mujeres. Entre las estrategias se incluye la promoción de la capacidad de las organizaciones nacionales y regionales de mujeres, el acceso de las mujeres a la maquinaria de los derechos humanos y el uso de la misma, y su incorporación en las actividades de todo el sistema de la ONU.

[Pág. web: www.unifem.org](http://www.unifem.org)

Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de la ONU (OHCHR)

8-14 Avenue de la Paix
1211 Ginebra 10
Suiza
Tel.: +41 22 917-9000
Fax: +41 22 917 9016

La OHCHR desempeña un papel de liderazgo en la coordinación de los temas de derechos humanos y destaca la importancia de los derechos humanos en los ámbitos nacionales e internacionales. Promueve la cooperación internacional sobre derechos humanos, emprende acciones preventivas y desarrolla actividades y programas de derechos humanos en el terreno. La página web proporciona acceso a todos los comentarios sobre los informes de los Estados Parte realizados por el Comité de los Derechos del Niño.

[Pág. web: www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

220 East 42 Street
Nueva York, NY 10017
EE.UU.
Tel.: +1 212 297 5020
Fax: +1 212 557 6416

El FNUAP trabaja en más de 140 países con los gobiernos y

con las organizaciones no gubernamentales. Trata de ayudar a asegurar el acceso universal a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la salud sexual; apoya estrategias de población y desarrollo que permiten la creación de capacidad en la población; y promueve la sensibilización sobre temas de población y desarrollo.

[Pág. web: www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

Banco Mundial

1818 H Street, N.W.
Washington, DC 20433
EE.UU.
Tel.: +202 473 1000
Fax: +202 477 6391

La misión del Grupo del Banco Mundial es luchar contra la pobreza y mejorar las condiciones de vida de las personas en los países en desarrollo. Es un Banco de desarrollo que, para reducir la pobreza, pone a disposición de países de ingresos bajos y medios servicios de préstamo, asesoramiento político, asistencia técnica e intercambio de conocimiento. El Banco promueve el crecimiento mediante la creación de empleo y la capacidad de autonomía de las poblaciones pobres para que puedan aprovechar estas oportunidades.

[Pág. web: www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza
Tel.: + 41 22 791 21 11
Fax: + 41 22 791 3111

La OMS proporciona orientación en todo el mundo en el campo de la salud, establece estándares globales en temas de salud, coopera con los gobiernos para fortalecer los programas de desarrollo y tecnología de la salud, información y estándares sanitarios apropiados. Dentro de la OMS, el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación en Investigación sobre Reproducción Humana (HRP) une a los trabajadores de la salud, los encargados de formular políticas, los científicos, los médicos, los representantes de los consumidores y

la comunidad, para identificar y abordar las prioridades de investigación encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva.

[Pág. web: www.who.int](http://www.who.int)

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN, REDES, ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES E INSTITUCIONES NACIONALES

Centre for Education, Development and Population Activities (CEDPA) - Centro para actividades de educación, desarrollo y población

1400 16th Street, NW, Suite 100
Washington, DC 20036
EE.UU.
Tel.: +1 202 667 1142
Fax: +1 202 332 4496

El CEDPA trabaja para mejorar la vida de las mujeres y niñas de todo el mundo y considera la equidad de género como factor esencial para el desarrollo, la democracia y el progreso global. El enfoque de desarrollo de CEDPA se basa en su compromiso de ampliar el desarrollo social y económico y de aumentar el papel esencial que desempeñan las mujeres para lograrlo. CEDPA trabaja para asegurar que las mujeres disponen de recursos, herramientas y medios para influir en su contexto social, cultural y político. Sus programas se centran en la educación de las niñas y el desarrollo de los jóvenes, el género y la gobernabilidad, así como la salud reproductiva y el VIH/SIDA.

[Pág. web: www.cedpa.org](http://www.cedpa.org)

Coptic Evangelical Organization for Social Services (CEOSS) - Organización de coptos evangélicos para los servicios sociales

P.O. Box 162-11811 El Panorama,
El Cairo,
Egipto
Tel.: +202 6221425/6/7/8
Fax: +202 6221434

CEOSS es una de las mayores organizaciones de desarrollo de

Egipto, que proporciona enfoques integrados para las comunidades pobres en las áreas del desarrollo económico, agrícola y del medio ambiente, los cuidados sanitarios y la educación. CEOSS, que anima a vecinos musulmanes y cristianos a trabajar juntos hacia objetivos comunes, es una organización líder en el desarrollo comunitario de las bases, y sirve como catalizador para la cooperación y la creación de capacidades en otras organizaciones civiles de la sociedad.

Pág. web: www.ceoss.org.eg

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) - Agencia de Cooperación Técnica Alemana

Postfach 5180,
65726 Eschborn,
Alemania
Tel.: +49 6196 790
Fax: +49 6196 791115

La GTZ trabaja en cooperación internacional en favor del desarrollo sostenible y opera en todo el mundo. Trata de proporcionar soluciones viables para el desarrollo político, económico, ecológico y social en un mundo globalizado. Todas las actividades están orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas y con la idea de que estas condiciones sean sostenibles. La GTZ trabaja en una amplia variedad de temas especializados, incluidos los temas intersectoriales, tales como el género.

Pág. web: www.gtz.de

European Network for the Prevention of Harmful Traditional Practices, especially FGM (Euronet FGM) - Red Europea para la Prevención de las Prácticas Tradicionales perjudiciales, especialmente la MGF

c/o Amazone,
Middaglijnstraat 10-14,
B-1210 Bruselas,
Bélgica
Tel.: +32 (0)495 99 24 27/
+32 9 240 35 64

La Euronet FGM (MGF) fue establecida en 1998 a través de un proyecto financiado por la Comisión Europea y se fortaleció

a través de reuniones posteriores de las organizaciones participantes. Los criterios fundamentales para convertirse en miembro de la red es que las organizaciones estén desarrollando un proyecto relevante en el contexto europeo. Los objetivos de Euronet FGM son: apoyar el fin de la A/MGF en Europa para encontrar una solución global; promover el intercambio de información y compartir conocimientos y experiencias; y establecer y mantener contactos con el Comité Interafricano y otras organizaciones.

INTACT Network

La Red, que reúne a investigadores, eruditos y activistas comprometidos en presentar evidencias científicas para influir en la práctica de la A/MGF, fue establecida por iniciativa del Consejo de Población en 2002. La página web de INTACT facilita la comunicación a través de la red y sirve como foro para la interacción entre los miembros y el público interesado en el tema.

Pág. web: www.intact-network.net

Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC) - Comité interafricano de prácticas tradicionales que afectan la salud de la mujer y el niño

P.O.Box 3001
Addis Abeba
Etiopía
Tel.: +251 1 51 57 93
Fax: +251 1 51 57 93

El IAC se centra en la eliminación de las prácticas tradicionales perjudiciales, incluida la A/MGF, a través del trabajo en redes, de celebración de talleres y la incidencia política. Emprende labores de promoción y aumento de la sensibilización en los ámbitos nacional, regional e internacional. Trabajo con los gobiernos, las ONG, las instituciones de investigación, las organizaciones de mujeres y jóvenes, los colegios, las universidades, los sindicatos, las instituciones religiosas y las agencias de la ONU. El IAC ha evaluado políticas, leyes y programas nacionales que prote-

gen la integridad corporal de mujeres y niñas. También ha apoyado la creación de redes nacionales e internacionales y ha promovido la construcción de capacidades para el personal de los comités nacionales así como para otras organizaciones.

Pág. web: www.iac-ciaf.ch

International Centre for Reproductive Health (ICRH) - Centro Internacional de Salud Reproductiva

ICRH - University Hospital Ghent
De Pintelaan 185 4K3 Gante –
9000
Bélgica
Tel.: +32 (9) 240 3564
Fax: +32 (9) 240 3867

El ICRH se creó en 1994 dentro de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Gante. Su filosofía clave es el reconocimiento de la salud reproductiva como un derecho humano básico. Como grupo universitario, el ICRH se centra en la investigación, la formación y la medicación dentro del amplio campo de la salud reproductiva. La ICRH también ha organizado muchos de los talleres y de las sesiones de formación que han contribuido al desarrollo de la Red Europea para la Prevención de la MGF.

Pág. web: www.icrh.org

Italian Association for Women in Development (AIDOS) - Asociación Italiana para las Mujeres en Desarrollo

30, Via dei Giubbonari
00186 Roma
Italia
Tel.: +39 06 687 3214
Fax: +39 06 687 2549

En colaboración con socios locales, AIDOS desarrolla proyectos demostrativos que ayudan a identificar las necesidades de las mujeres y desarrollar estrategias apropiadas. Mediante actividades de promoción e información, los proyectos también tratan de influenciar las políticas gubernamentales y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones de áreas en las que trabaja AIDOS. Este enfoque trata de asegurar la sostenibilidad de los proyectos una vez los donantes

se retiran y el proyecto finaliza. Entre sus actividades, AIDOS apoya programas para la erradicación de la violencia basada en el género y el abandono de la A/MGF en África y Europa.

Pág. web: www.aidos.it

Maendeleo Ya Wanawake (MYWO)

P.O. Box 44412,
Nairobi
Kenia
Tel.: +254 2 222095

Maendeleo Ya Wanawake ("El Progreso de las Mujeres") trabaja para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en Kenia y promover su autonomía. Las áreas de actividad incluyen la salud reproductiva y la A/MGF.

National Council for Childhood and Motherhood, Egypt (NCCM) - Consejo Nacional para la Infancia y la Maternidad, Egipto

Kornish El Nile - Al Maadi Cairo
P.O. Box 11 Misr Al Kadima
El Cairo
Egipto
Tel.: +20 2 524-0288
Fax: +20 2 524-0701

El NCCM es una organización gubernamental que se encarga de proponer estrategias y políticas generales en el terreno de la infancia y la maternidad, así como establecer un plan nacional completo dentro del plan nacional general de Egipto. El Consejo coopera con agencias gubernamentales y ONG que trabajan en el área infantil y de la maternidad en los ámbitos regional e internacional.

Pág. web: www.sis.gov.eg/women/child/html/mother1.htm

No Peace without Justice (NPWJ) - No hay Paz sin Justicia

Via di Torre Argentina 76,
Roma 00186,
Italia
Tel.: +39 06 6880 3613
Fax: +39 06 6880 3609

NPWJ es un comité internacional de parlamentarios, alcaldes y ciudadanos, cuyo objetivo

es establecer un sistema efectivo de justicia internacional. NPWJ también trabaja activamente en campañas para la erradicación de la A/MGF y con este fin ha organizado varias conferencias internacionales y regionales.

Pág. web: www.npwj.org

Pharos

Herenstraat 35,
Postbus 13318,
3507 LH Utrecht,
Países Bajos
Tel.: +30 234 9800
Fax: +30 236 4560

Pharos es un centro de conocimiento nacional que se centra en el desarrollo, el estudio y la transmisión de conocimiento en el campo de la salud y de los cuidados sanitarios para los refugiados y los solicitantes de asilo en los Países Bajos.

Pág. web: www.pharos.nl

Population Council - Consejo de Población

1 Dag Hammarskjold Plaza
Nueva York, NY 10017
EE.UU.
Tel.: +1 212 339 0500
Fax: +1 212 755 6052

El Population Council se centra en la investigación de una amplia variedad de temas sobre la población, entre los que se incluyen estudios demográficos, investigación, asistencia técnica y el desarrollo de nuevos medios anticonceptivos. Además, ayuda a mejorar la capacidad de investigación de los científicos especialistas en reproducción y población en los países en desarrollo a través de becas, hermandades y apoyo a los centros de investigación. El Population Council también presta una atención especial a la salud reproductiva y el bienestar de los mil millones de adolescentes del mundo en desarrollo.

Pág. web: www.popcouncil.org

Public Welfare Foundation - Fundación para el Bienestar Público

1200 U Street, NW
Washington, DC 20009-4443
EE.UU.
Tel: +1 202 965 1800
Fax: +1 202 265 8851

La Public Welfare Foundation es una organización no gubernamental que concede becas dedicadas a apoyar organizaciones que proporcionan servicios a poblaciones en desventaja y que trabajan para conseguir mejoras duraderas en el suministro de servicios que satisfagan las necesidades humanas básicas. La Fundación ha promovido esfuerzos internacionales para acabar con la práctica de la mutilación genital femenina en países como Gambia.

Pág. web: www.publicwelfare.org

RAINBO

Suite 5A, Queens Studios
121 Salusbury Road
Londres NW6 6RG
Reino Unido
Tel.: +44 20 7625 3400
Fax: +44 20 7625 2999

RAINBO es una organización no gubernamental internacional dirigida por africanos que trabaja en temas como la capacidad de autonomía de las mujeres, el género, la salud reproductiva, la autonomía sexual y la ausencia de violencia como componentes centrales de la agenda de desarrollo africana. RAINBO se centra especialmente en aumentar los esfuerzos globales para eliminar la práctica de la A/MGF facilitando el auto-empoderamiento de las mujeres y acelerando el cambio social.

Pág. web: www.rainbo.org

STOP FGM Campaign - Campaña para la MGF

Creada en el año 2002 por AIDOS en colaboración con No Peace Without Justice (No hay Paz sin Justicia) y una serie de ONG africanas entre las que está TAMWA, la campaña contribuye a la constitución de un frente internacional de actores que promueven el abandono de la A/MGF. La creación de una página web en inglés, francés y árabe ha sido básica para generar un mayor entendimiento y consenso. Este portal sirve para documentar, analizar y difundir información sobre la A/MGF, promover buenas prácticas para

su abandono y proporcionar un foro para la interacción entre los diferentes actores. Además, el portal proporciona apoyo e información a las asociaciones de medios de comunicación en los países en los que se práctica la A/MGF.

Pág. web: www.stopfgm.org

Tanzanian Media Women's Association (TAMWA) - Asociación de Mujeres Tanzanas de Medios de Comunicación

Mkunguni Street,
P.O.Box 8981
Dar es Salaam,
Tanzania
Tel.: +255-22-2115-278
Fax: +255-22-2115-278

TAMWA utiliza los medios de comunicación para provocar cambios culturales políticos y legales en la promoción de los derechos humanos de las mujeres y los niños. A través de su trabajo, TAMWA aumenta la sensibilización y el debate sobre una serie de temas relacionados con la violencia basada en el género, entre los que se incluyen la violencia doméstica, la violencia sexual y la A/MGF.

Pág. web: www.tamwa.or.tz

Tostan

BP 326, Thiès
Senegal
Tel.: +221 951 10 51
Fax: +221 951 3427

Tostan trabaja para empoderar a las comunidades africanas de modo que se encarguen de su propio desarrollo y para la aplicación de un programa de educación participativo y no formal en las lenguas locales. Tostan proporciona a los alumnos el conocimiento y las habilidades para convertirse en actores con recursos para la transformación social y el desarrollo económico de sus comunidades. La educación holística y de calidad y las actividades de desarrollo basadas en los principios de derechos humanos proporcionan a las comunidades las herramientas necesarias para dirigir su propia transformación social y económica.

Pág. web: www.tostan.org

United States Agency for International Development - Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

Ronald Reagan Building
Washington, D.C. 20523-1000
EE.UU.
Tel: +1 202 712 4810
Fax: +1 202 216-3524

USAID apoya el crecimiento económico equitativo y a largo plazo y fomenta los objetivos de la política exterior estadounidense para apoyar el crecimiento económico, agrícola y comercial, la salud mundial y la democracia, la prevención de conflictos y la ayuda humanitaria. Las actividades relacionadas con la A/MGF se ubican en el objetivo de mejorar la salud mundial.

Pág. web: www.usaid.gov

Wallace Global Fund - Fondo Global Wallace

1990 M Street, NW, Suite 250
Washington, DC 20036
EE.UU.
Tel: +1 202 452 1530
Fax: +1 202 452 0922

La misión del Fondo es la de promover una ciudadanía informada y comprometida, para luchar contra la injusticia y proteger la diversidad de la naturaleza y los sistemas naturales de los que dependen todos los aspectos de la vida. En el área relacionada con los derechos humanos de las mujeres, el Fondo apoya iniciativas que tengan mucha influencia y potencial para tener impacto global.

Pág. web: www.wgff.org

RECURSOS ADICIONALES EN INTERNET

www.crin.org

La Red de Información sobre los derechos del niño (CRIN) es una red global que difunde información sobre la Convención de los Derechos del Niño y sobre derechos del niño entre organizaciones no gubernamentales, agencias de Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales, instituciones educati-

vas y otros expertos en derechos del niño. La red recibe apoyo, y fondos, de UNICEF, Rädda Barnen, Save the Children UK y the International Save the Children Alliance. En la página web hay disponible más información, recursos y publicaciones.

www.eldis.org

Eldis proporciona numerosos enlaces con información en línea sobre desarrollo en temas tales como el medio ambiente, la agricultura, los desastres, los derechos humanos los derechos civiles y la población. También proporciona acceso a información estadística, grandes organizaciones internacionales, organizaciones de investigación, información bibliográfica y bases de datos.

www.hri.ca

Human Rights Internet (HRI) - Internet de Derechos Humanos está dedicada al empoderamiento de los activistas y organizaciones de derechos humanos, y a la educación de las agencias gubernamentales e intergubernamentales, funcionarios y otros actores relaciones con temas de derechos humanos y del papel de la sociedad civil. HRI tiene un programa de derechos del niño que subraya áreas tales como derechos legales y protección.

www.umn.edu/humanrts/ind ex.html

La University of Minnesota Human Rights Library (Biblioteca de Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota), desarrollada por el Centro de Derechos Humanos de la Universidad, ofrece más de 7.200 documentos y materiales sobre derechos humanos en línea. Entre estos se incluyen tratados y otros instrumentos internacionales, materiales regionales, bibliografías y guías de investigación, fuentes de refugiados y asilo, y enlaces con otras 3.000 páginas. El sitio web también proporciona un sistema de búsqueda que puede localizar documentos en multitud de páginas sobre derechos humanos.

Sólo en África y Oriente Medio, la práctica de la ablación / mutilación genital femenina (A/MGF) viola los derechos humanos de unos tres millones de niñas y mujeres cada año. Mientras tanto, el aumento de la emigración ha hecho crecer la preocupación acerca de la A/MGF más allá de los países en los que se practicaba tradicionalmente. A pesar del trabajo de promoción coordinado durante las últimas décadas, las comunidades se han mostrado renuentes a abandonar la práctica, con algunas excepciones importantes. Este *Innocenti Digest* aborda la necesidad apremiante de evaluar los progresos realizados hasta la fecha, identificar qué funciona y qué no funciona, y encaminar el trabajo futuro teniendo en cuenta las estrategias más exitosas para abandonar la práctica de la A/MGF. Al combinar experiencias concretas en el terreno con la teoría académica testada, este *Digest* proporciona una herramienta práctica para provocar un cambio positivo para las niñas y las mujeres.

ISBN: 88-89129-32-8

ISSN: 1028-3528



Centro de Investigaciones de UNICEF

Piazza SS. Annunziata 12

50122 Florencia, Italia

Télef.: (+39) 055 20 330

Fax: (+39) 055 2033 220

Correo electrónico general: florence@unicef.org

Correo electrónico para solicitar publicaciones: florenceorders@unicef.org

Página web: www.unicef.org/irc – www.unicef-irc.org