



DEBATE 3: LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Salud sexual y reproductiva en África Subsahariana

Izaskun Zarrandikoetxea Montejo

Zirikatuz Feminista Taldea
zirikatuzfeministataldea@gmail.com

0

[CURSO EN LÍNEA/ EL LABERINTO DE LOS DD.HH. Y LA IGUALDAD DE GÉNERO
PARA LAS MUJERES EN ÁFRICA](#)

Índice

-  **UNIDAD I : CONOCER LA PRÁCTICA**
-  **UNIDAD II: CONSECUENCIAS DE LA MGF**
-  **UNIDAD III: CÓMO SE PREVIENE LA MGF EN LAS MUJERES Y SUS HIJAS EN ESPAÑA Y EN BILBAO**
-  **UNIDAD IV: EDUCACIÓN SEXUAL**

Mutilación genital femenina

Datos y cifras

- La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.
 - Estos procedimientos no aportan ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas.
 - Pueden producir hemorragias graves y problemas urinarios, y más tarde pueden causar quistes, infecciones, complicaciones del parto y aumento del riesgo de muerte del recién nacido.
 - **Más de 200 millones de mujeres y niñas** vivas actualmente han sido objeto de la MGF en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia donde se concentra esta práctica¹.
 - En la mayoría de los casos se practican en la infancia, en algún momento entre la lactancia y los 15 años.
 - **La MGF es una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas.**
-

1. DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y NIÑAS Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.

La MGF es una práctica documentada y presente en diferentes lugares de los cinco continentes y constituye, por ello, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos. Organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales (OMS, FNUOAP, UNICEF, UNFPA, UNIFEM, entre otros...) nos acercan a esta realidad y contribuyen a su erradicación.

La MGF es reconocida internacionalmente como una **violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas**. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Es practicada casi siempre en menores y constituye una violación de los derechos del niño. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.



La mutilación genital femenina también difiere de la mayoría de las otras formas de violencia contra la mujer en que, en las comunidades donde se practica, se lleva a cabo sistemáticamente en casi todas las niñas, por lo general menores de edad, y se promueve como una práctica cultural y una norma social sumamente valoradas.

Hay datos basados en la población sobre la prevalencia de mutilación genital femenina en todos los países africanos en los cuales se ha documentado esa práctica. Las estimaciones indican lo siguiente: **entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres en todo el mundo** viven con las consecuencias de la mutilación genital femenina; en cada año, aproximadamente **3,3 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas** de mutilación genital femenina; y en los **28 países** acerca de los cuales existen datos nacionales sobre la prevalencia, más de 101 millones de niñas de 10 o más años de edad están viviendo con los efectos de la mutilación genital femenina.

Musolu, la nyaaka , sukareh rebweh,yaharu londindeh, gizet , mknshab,
gudninka fircooniga, selot, kitanaa.

**Mutilación Genital femenina en diferentes
lenguas africanas**

El término MGF visibiliza la agresión que representa esta práctica, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, para las mujeres y las niñas. Implica una eliminación más allá del órgano sexual de la mujer, en cuyo trasfondo encontramos la subordinación de las mujeres y las niñas y la necesidad de controlar su sexualidad. Representa una violación de sus derechos humanos, pues se pone en peligro incluso sus vidas y atende a la “no voluntariedad”, sobre todo, en el caso de las niñas.

2. PROCEDIMIENTOS:

La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales:

Tipo 1 - Este procedimiento, denominado a menudo **clitoridectomía**: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

En el mundo islámico se conoce como "circuncisión o sunnah" debido a que es realizado comúnmente por aquellos musulmanes que creen que está ligada esta práctica con el Islam. Es equivalente a lo que con frecuencia se denomina circuncisión, y que en África equiparan a la circuncisión masculina.

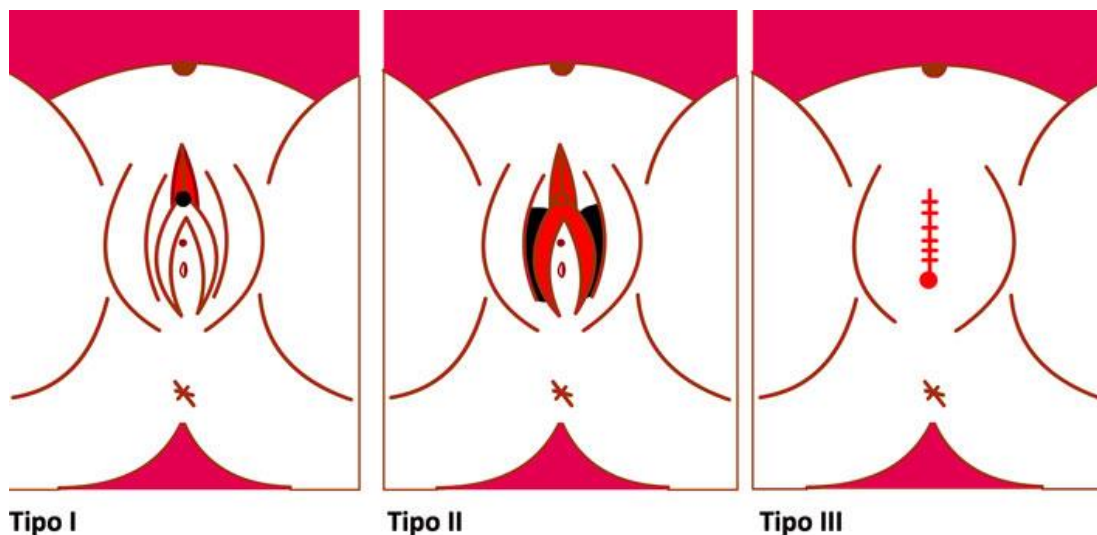
Tipo 2 - Este procedimiento, denominado a menudo **ablación/excisión**, consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin excisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva). La apertura vaginal no está afectada. Las I y II son las más practicadas en África Subsahariana, como Benin, Burkina Faso, Camerún, Costa Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Mali, Níger, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Chad y Togo.

Tipo 3 - Este procedimiento, denominado a menudo **infibulación**, circuncisión sudanesa o faraónica es la más grave. Extirpación del clítoris y de la totalidad de los labios mayores y menores. Posteriormente se suturan ambos lados de la vulva, estrechando la abertura vaginal y dejando un pequeño orificio que permite la salida de la orina y del flujo menstrual. Para ello usan hilos de pescar, fibras de vegetales, espinas y hasta alambres para coser ambos lados y cerrar. Se puede realizar con o sin mutilación previa. Llegan a tener atadas 40 días las piernas.



El nombre "infibulación" parece que le fue dado por los romanos y procede de "fibula", nombre del broche con el que se cerraban la toga, broche con el que también se cerraban los dos labios de la vagina de las esclavas para evitar las relaciones sexuales y embarazos no deseados. Se cree que el miedo al dolor si se reabre o el miedo a ser descubiertas desalientan aún más las relaciones sexuales «ilícitas». Se dificulta físicamente que la mujer tenga relaciones sexuales prematrimoniales. Posteriormente se necesita un doloroso procedimiento para reabrir la vagina, llamado defibulación, técnica consistente en practicar un corte para reabrir la vagina y permitir el coito y poder dar a luz, y en ocasiones mejorar su estado de salud y bienestar, que volverán a sellar después del parto, o refibulación.

La cicatriz que cubre el orificio vaginal prueba: **virginidad**, si está sellada es muestra de que no ha mantenido relaciones sexuales prematrimoniales y **virilidad**, el esposo en la noche de boda debe abrir el orificio vaginal sellado con su pene mostrando su masculinidad. En el caso de que no pueda, espera fuera la misma comadrona que lo selló para realizar un corte.



Tipo 4 - Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos. Más extendido en las sociedades Occidentales. Encontramos en esta clasificación:

- "Cortes anguruya" o raspado del tejido que rodea el orificio vaginal para su posterior sellado.
- Procedimientos orientados a estrechar la vagina mediante hierbas, son más habituales de lo que se reconocía;
- La cauterización, mediante el quemado del clítoris y del tejido que lo rodea
- "Cortes gishiri" cortes en el interior de la vagina para que se vea más grande
- Estiramiento del clítoris o de los labios
- "Hymenotomy" o eliminación del himen considerado demasiado grueso
- "Arguya", o retirada del himen en los bebés
- "Dry sex" o introducción voluntaria de detergentes, antisépticos, hierbas afrodisíacas o cocaína en la vagina para una mayor rigidez y sequedad. Es común en África Subsahariana. Aumenta el contagio de VIH
- "Introcisión" o aumento del orificio vaginal mediante cortes practicados en la vagina
- Las prácticas no siempre están orientadas a «secar» la vagina; las mujeres se centran más en «cerrar, calentar y estrechar»;

COMO SE CURA

Posteriormente les echan polvos antiséptico o ungüentos hechos con hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol de vaca, o se hacen lavados con agua y hierbas, y se hacen curas dos veces al día. La cicatrización, dependiendo del tipo de MGF que se practica, dura de 1 semanas a 40 días, tiempo en el que, la mayoría de las veces, se mantienen con las piernas atadas y en donde se realizó o en lugares apartados.

RANGO DE EDAD EN LA QUE SE PRACTICA LA MGF

Se calcula que cada año más de **tres millones de niñas corren el riesgo de sufrir MGF**.

Los procedimientos de MGF se practican en la mayoría de los casos en la infancia, en algún momento entre la lactancia y la adolescencia, y ocasionalmente en la edad adulta. Depende del país, puede ser como un rito de iniciación o una costumbre:

- Entre los 4-14 años ,
- Niñas menores de 1 año, recién nacidas como parte del rito del bautizo
- Después de la primera menstruación
- Antes del matrimonio o después del matrimonio
- Después del 1º embarazo
- Cada vez más pronto, por lo que se relaciona cada vez menos con el paso de la edad adulta o con el paso de una etapa de la vida a otra
- Adolescentes de 13 a 15 años como ritual que les hace aptas para casarse

En Etiopia o Mali a los pocos días del nacimiento, en Mauritania con 7-8 días, en Eritrea se realiza a los 18 meses, en Mali a los 6 años, Somalia 8 o 9 años, en la República Centroafricana a los 10,8 años, o en Sudán a los 12 años.

3. DÓNDE SE PRACTICA:

Más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de la MGF en los 28 países de África, Oriente Medio y Asia donde se concentra esta práctica.

Estas prácticas son más frecuentes en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Oriente Medio y Asia y entre migrantes de esas áreas. Por lo tanto, la MGF es un problema mundial.

"La violación de los derechos de las mujeres o niñas nunca puede justificarse en base a un relativismo cultural o en nombre de la tradición. La Comisión de Naciones Unidas sobre el Estatuto de la Mujer ha adoptado una resolución que reconoce que "la mutilación genital femenina viola, y discrimina o anula los Derechos Humanos de mujeres y niñas"

Benita Ferrero-Waldner, Comisaria de Relaciones Exteriores, 2008.

¿CUÁN PREVALENTE ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?

Los tipos I, II y III de mutilación genital femenina están documentados en 27 países de África Y en algunos países de Asia y Oriente Medio (véase el cuadro de abajo). También se tiene noticia de algunas formas de mutilación genital femenina en otros países, en particular entre determinados grupos étnicos de América Central y del Sur.

Benin	Burkina Faso	Camerún	República Centroafricana	Chad
Uganda	Costa de Marfil	Egipto	Etiopía	Eritrea

Kenia	Guinea Bissau	Gambia	Ghana	Guinea
Nigeria	Níger	Liberia	Mali	Mauritania,
Tanzania	Togo	Yibuti	Senegal	Sierra leona
	Sudán	Uganda	Somalia	

La prevalencia varía considerablemente, tanto de un país y región a otro como dentro de los distintos países y regiones (véase el mapa), siendo **la etnia el factor más decisivo**. También varía, principalmente en función de la etnia, el tipo de procedimiento practicado. En los 27 países de África y el Oriente Medio sobre los cuales se dispone de datos, la prevalencia nacional entre las mujeres de 15 o más años de edad varía entre 0,8% (Uganda, 2006) y 97,9% (Somalia, 2006). Sin embargo, remarcamos que **la prevalencia puede variar notablemente entre diferentes grupos étnicos dentro de un mismo país**.

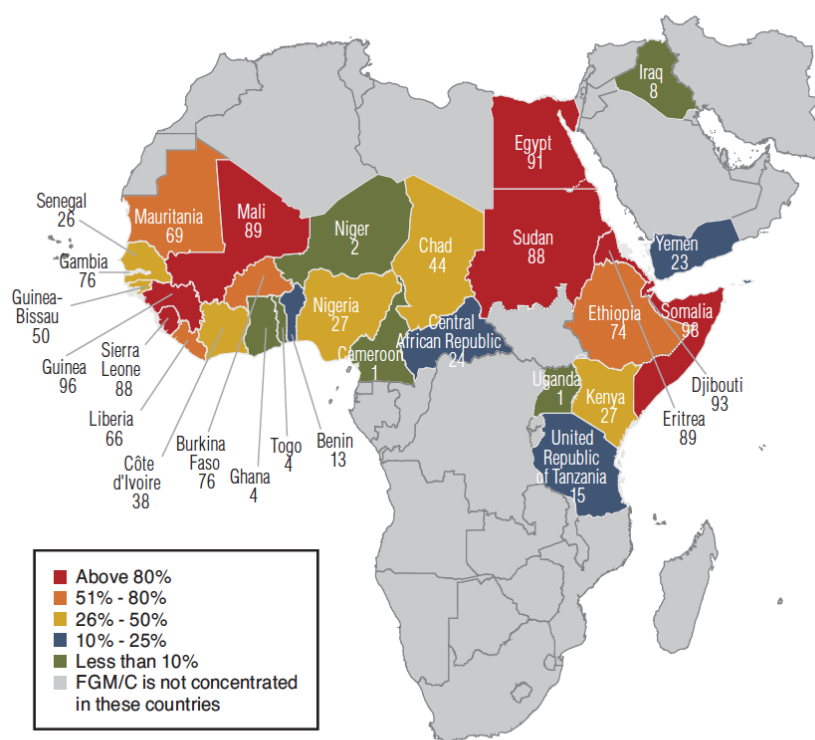
En Kenia, la prevalencia nacional es del 27%, pero en las comunidades Masai alcanza el 73%. De los grupos étnicos de África occidental, los Peul o Fulani, que viven en el vasto territorio que se extiende desde Mauritania hasta Camerún, son una de las poblaciones más numerosas que practica la MGF.

Nº DE PAISES	PREVALENCIA	PORCENTAJE
7	CASI UNIVERSAL	más del 85%
4	ALTA	60 - 85%
7	MEDIA	30 - 40%
9	BAJA	0,8% - 28,2%

MAPA PREVALENCIA DE LA MGF

En 2013, UNICEF publicó un informe titulado [Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change](#)

Gráfico: Porcentaje de niñas y mujeres entre 15 y 49 años a las que se ha practicado la MGF, por países



UNICEF. (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio. p 26

En Somalia y en Somalilandia, casi toda la población femenina (98%) ha sufrido la mutilación genital y, además, en su forma más severa, conocida como infibulación. En Somalilandia, el clan Isaq acostumbra a practicar una escisión extrema llamada gudnunka fircooniga: los genitales externos se raspan por completo y los tejidos se cosen formando una tira dura y oscura. También se registran tasas muy elevadas en Guinea (96%), Yibuti (93%), Egipto (91%), Eritrea (89%), Mali (89%), Sierra Leona (90%) y Sudán (88%); mientras que Ghana (4%), Togo (4%), Níger (2%), Camerún (1%) y Uganda (1%) se encuentran en los últimos puestos de la lista.

La mutilación genital femenina también se clasifica según la extensión anatómica abarcada por el procedimiento (tipo I,II,III). Sin embargo, las medias nacionales ocultan la variación, a menudo destacada, de la prevalencia en diferentes partes de la mayoría de los países. Las estimaciones actuales indican que aproximadamente el 90% de los casos de mutilación genital femenina son del tipo I o II y casos en los que se hizo un «corte» en los genitales de las niñas pero no se extirpó carne (tipo IV), y que cerca del 10% son del tipo III (Yoder y Khan, 2007).

PREVALENCIA SEGÚN TIPO DE CORTE		
Tipo I y II (corte sin extirpación)	clitoridectomía o escisión clitoridiana	90%
Tipo III	Infibulación consecuencias negativas son sumamente graves.	10 %

Este tipo III, lo realizan los países desde el cono de África y el mar Rojo hasta la costa atlántica y desde Egipto hasta Tanzania, comprendiendo también la mayor parte de Nigeria, Yemen, Arabia Saudita, Irak, Jordania, Siria y el sur de Argelia. Con mucha menos frecuencia se realiza en algunas tribus de América Latina, Brasil, Perú y México, así como en Malasia y Pakistán. Se calcula que 26 millones de niñas han sido sometidas a esta práctica. Se corresponde con el 15% de las mutilaciones que se practican en África, sobre todo en Djibouti, Somalia y el Sudán, determinadas partes de Egipto y Etiopía.

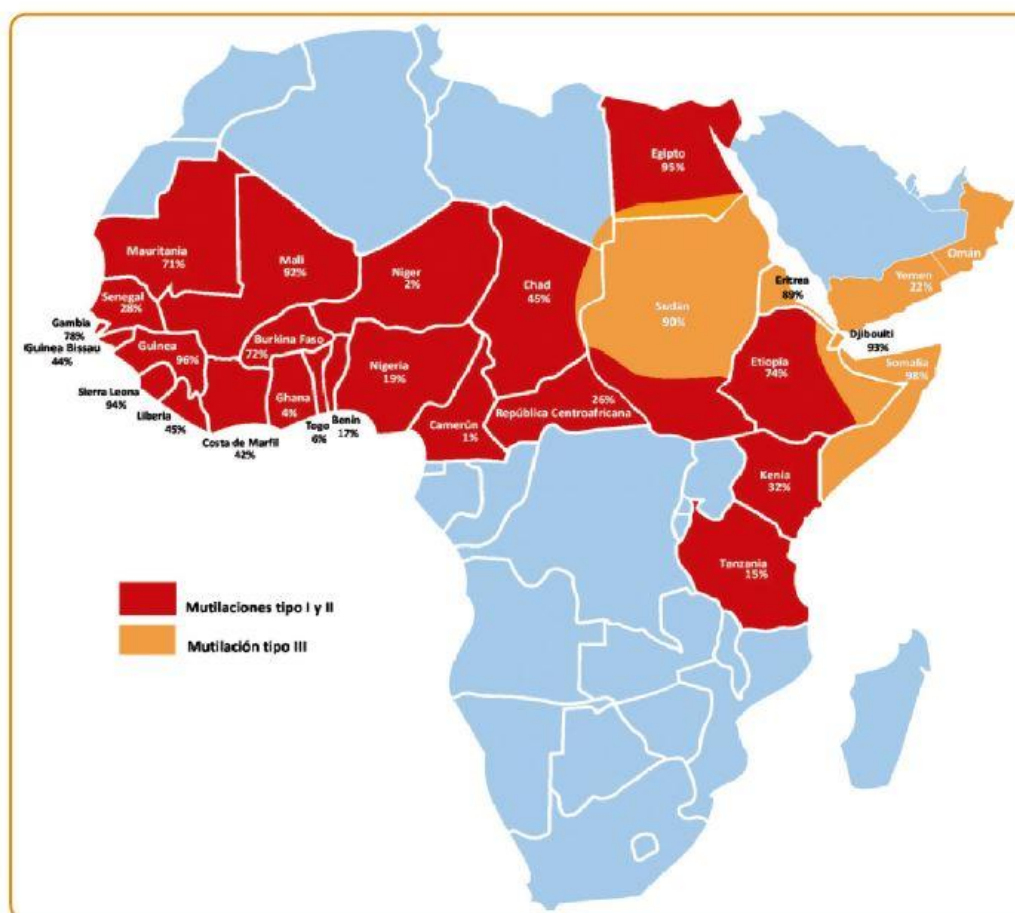


Gráfico 4. Mapa de la MGF en el mundo.
Fuente: GIPE/PTP. Fundación Wassu- UAB. 2012

LA MGF PUEDE ENCONTRARSE ALREDEDOR DEL MUNDO

La creciente migración ha incrementado el número de mujeres y niñas que viven fuera de su país de origen y que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (Yoder et al., 2004) o que corren el riesgo de serlo. Como no se dispone de datos de encuestas nacionales de población efectuadas en los países de destino, se ha estimado la prevalencia y los cálculos de la práctica de la mutilación genital femenina en grupos de inmigrantes se basan en la prevalencia documentada en el país de origen. Por ejemplo, se estima que en Gales e Inglaterra unas 66.000 mujeres han sido sometidas a mutilación genital femenina y unas 32.000 niñas menores de 15 años tienen altas probabilidades de haber sido víctimas del procedimiento o corren alto riesgo de serlo. En documentos del Parlamento Europeo se sugiere que más de medio millón de mujeres y niñas han sido sometidas o corren riesgo de ser sometidas a ese procedimiento en la Unión Europea; se piensa que las variaciones en las leyes y los enfoques aplicables a

la mutilación genital femenina en la región están dando lugar a traslados transfronterizos de niñas para que se pueda llevar a cabo el procedimiento.



4. ¿BENEFICIOS PARA LA SALUD?: CONSECUENCIAS DE LA MGF

Las investigaciones sobre los efectos para la salud que tiene la mutilación genital femenina han progresado en los últimos años. Según un estudio de más de 28.000 embarazadas coordinado por la OMS en seis países africanos, las mujeres que habían sufrido una mutilación genital corrían un riesgo considerablemente mayor de tener complicaciones en el parto, necesitar una cesárea o padecer una hemorragia posparto, en comparación con las mujeres no sometidas a mutilación genital. Además, la tasa de mortalidad neonatal durante el nacimiento e inmediatamente después fue mayor si las madres habían sufrido mutilación genital, en comparación con las no sometidas a ese procedimiento. Los riesgos de complicaciones durante el parto y de mortalidad neonatal aumentan según la gravedad del tipo de mutilación genital femenina. Los problemas sexuales son también más comunes en las mujeres sometidas a mutilación genital: hay una probabilidad 1,5 veces mayor de que sufran dolor durante las relaciones sexuales y experimenten una satisfacción sexual considerablemente menor y es dos veces más

probable que informen falta de deseo sexual .

En términos generales, los riesgos aumentan a medida que lo hace la gravedad del procedimiento. Pasamos a informar sobre los riesgos y consecuencias de la MGF. Puesto que los datos sobre las diferentes prácticas incluidas en la mutilación genital femenina de tipo IV son limitados, no se ha incluido información sobre estas.

El **silencio** es el principal obstáculo para luchar contra la **mutilación genital femenina** y contra cualquier tipo de **violencia contra la mujer**.

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)

RIESGOS Y COMPLICACIONES INMEDIATAS PUEDEN INCLUIR:

- **Dolores intensos:** La ablación de las terminaciones nerviosas y del sensible tejido genital provoca dolores muy fuertes. Rara vez se recurre a una anestesia correcta y, cuando se hace, no siempre es efectiva. El periodo de cicatrización también es doloroso. La mutilación genital femenina de tipo III es una intervención más compleja que dura más tiempo (15 a 20 minutos), por lo que la intensidad y duración del dolor son mayores. Consiguientemente, el periodo de cicatrización también es más largo y doloroso.
- **Hemorragia:** Se han registrado casos de hemorragias y choque séptico.
- **Fiebre e infecciones:** Pueden propagarse las infecciones (como el tétanos) por el uso de instrumentos contaminados (por ejemplo, si se utilizan los mismos instrumentos en varias operaciones de mutilación genital) y durante el periodo de cicatrización
- **Problemas urinarios e inflamación de los tejidos genitales:** Puede haber dificultades para orinar, y también para defecar, por la hinchazón, el edema y el dolor.
- **Lesiones de los tejidos genitales vecinos**
- **Estado de choque y muerte:** El dolor y las hemorragias pueden provocar un shock e incluso la muerte por hemorragia o infecciones, por ejemplo, tétanos y choque.
- **Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):** El uso del mismo instrumento quirúrgico sin esterilización puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH entre las niñas sometidas a la mutilación genital juntas. En un estudio se observó una asociación indirecta, si bien no hay documentada ninguna asociación directa, quizá debido a que la ablación genital de varias personas con el mismo instrumento es poco frecuente, y a la baja prevalencia del VIH entre niñas de la edad a la que se practica el procedimiento.
- **Consecuencias psicológicas:** El dolor, el choque y la utilización de fuerza física por las personas que efectúan la intervención son las razones que muchas mujeres mencionan para describir la mutilación genital femenina como un evento traumático.

LAS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO PUEDEN SER:

- **Dolor:** Puede producirse dolor crónico por terminaciones nerviosas que han quedado atrapadas o desprotegidas.
- **Infecciones pélvicas:** crónicas pueden provocar dolores pélvicos y lumbares crónicos
- **Cicatriz hipertrófica:** En el lugar de la ablación puede formarse un exceso de tejido cicatricial
- **Problemas vaginales: Infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual:** (leucorrea, prurito, vaginosis bacteriana y otras infecciones). Se ha documentado una mayor frecuencia de determinadas infecciones genitales, como la vaginosis bacteriana. En algunos estudios se ha documentado un mayor riesgo de herpes genitales, pero no se ha observado asociación alguna con otras infecciones de transmisión sexual.
- **Fusión no intencionada de los labios:** En varios estudios se ha observado que, en algunos casos, cuando se pretendía practicar una mutilación genital femenina de tipo II, debido a la adhesión de los labios, el resultado ha sido una mutilación genital femenina de tipo III.

- **Las mutilaciones genitales femeninas repetidas** parecen ser bastante frecuentes en el tipo III, normalmente debido a una cicatrización incorrecta.
- **Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):** Un mayor riesgo de hemorragias durante las relaciones sexuales, que es con frecuencia la razón por la que es necesario efectuar una desinfibulación (tipo III), puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH. La mayor prevalencia de herpes en las mujeres sometidas a la mutilación genital femenina puede también aumentar el riesgo de infección por el VIH, puesto que los herpes genitales son un factor de riesgo en la transmisión del VIH.
- **Calidad de la vida sexual:** coito doloroso, menor satisfacción, etc. La resección o lesión de tejido genital muy sensible, especialmente el clítoris, puede afectar a la sensibilidad sexual y provocar problemas sexuales, como una reducción del placer y dolor durante el coito. La formación de cicatrices, el dolor y los recuerdos traumáticos asociados con el procedimiento pueden también provocar problemas de ese tipo.
- **Complicaciones y mayor riesgo durante el parto*:** (parto difícil, hemorragia, cesárea, necesidad de reanimación del bebé, etc.) Las posibilidades de someterse a una cesárea o de sufrir hemorragias postparto aumentan considerablemente, así como la frecuencia de los desgarros y del recurso a las episiotomías. Los riesgos aumentan con la gravedad de la mutilación genital femenina. La fístula obstétrica es una complicación de los partos prolongados y obstruidos y, por tanto, puede ser un resultado secundario de las complicaciones durante el parto provocadas por la mutilación genital femenina. Hay varios estudios en marcha en los que se investiga una posible relación entre la mutilación genital femenina y las fístulas obstétricas.
- **Peligro para el recién nacido**:** Se han observado tasas de mortalidad más elevadas en proporción directa con la gravedad de la mutilación genital femenina.
- **Consecuencias psicológicas:** (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, escasa autoestima, etc.) Algunos estudios han demostrado que aumenta la probabilidad de tener miedo a mantener relaciones sexuales, y de padecer trastornos de estrés postraumático, ansiedad, depresión y pérdida de memoria. El significado cultural de la práctica puede que no proteja de las complicaciones psicológicas.



**En lo referente a la cesárea, las mujeres sometidas a la forma más grave de MGF ("MGF III") sufren como media un 30% más de cesáreas en comparación con quienes no han sido sometidas a MGF. Se observa asimismo un 70% de aumento de los casos de hemorragia posparto entre las mujeres con MGF III en comparación con las otras.*

***Existe una mayor necesidad de reanimar a los bebés cuya madre ha sufrido MGF (aumento del 66% en las mujeres con MGF III). La tasa de mortalidad entre los bebés durante e inmediatamente después del parto es también mucho mayor entre los nacidos de madres con MGF: un 15% superior en los casos de MGF I, 32% en caso de MGF II, y 55% en caso de MGF III. Se estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1.000 partos.*

Junio de 2006 | Ginebra - Datos recabados del estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

sobre la investigación realizada en hospitales, entorno en el que las mujeres que han sufrido MGF son atendidas por personal de obstetricia. "Las consecuencias para las innumerables mujeres que dan a luz en el hogar sin la ayuda de personal con experiencia, así como para sus hijos, son probablemente aún peores", añadió el Dr. Paul Van Look, Director del Programa Especial de Investigaciones sobre Reproducción Humana (HRP) que organizó el estudio. Participaron en el estudio 28 393 mujeres, en un total de 28 centros obstétricos de seis países donde la MGF es una práctica corriente: Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal y Sudán. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/es/>

RIESGOS ADICIONALES DE COMPLICACIONES DERIVADAS

- **Necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas**, por ejemplo cuando después de haber sellado o estrechado la abertura vaginal (tipo 3) hay que practicar un corte para ensanchar la abertura y permitir la penetración durante las relaciones sexuales y para el parto (desinfibulación); en ocasiones la zona genital es cosida repetidas veces, incluso después de que la mujer dé a luz, con lo que esta se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, cosa que acrecienta los riesgos tanto inmediatos como a largo plazo;
- **Problemas urinarios y menstruales**: Una menstruación y micción lentas y dolorosas pueden ser la consecuencia del casi completo sellado de la vagina y la uretra (tránsito difícil de la sangre menstrual). La incontinencia urinaria es habitual en las mujeres infibuladas, probablemente debido a las dificultades para orinar y a la acumulación de orina bajo la capa de tejido cicatricial. Las infecciones del tracto urinario, pueden ascender a los riñones, con la posibilidad de provocar insuficiencia renal, septicemia y la muerte.
- **Relaciones sexuales dolorosas**: Dado que la infibulación debe abrirse por medio de cirugía o en el coito, las relaciones sexuales son con frecuencia dolorosas durante las primeras semanas posteriores a la iniciación sexual. El hombre también puede experimentar dolor y complicaciones.
- **Infertilidad**: La asociación entre la mutilación genital femenina y la infertilidad se debe principalmente a la ablación de los labios mayores, puesto que los datos apuntan a que cuanto más tejido se amputa, mayor es el riesgo de infección pudiendo afectar a la fertilidad.

Consecuencias para la salud inmediatas y a largo plazo de la mutilación genital femenina (9,10)

Riesgos para la salud inmediatos	Riesgos para la salud a más largo plazo
• Dolor intenso • Choque • Hemorragia (es decir, sangrado excesivo) • Septicemia • Dificultad para orinar • Infecciones • Muerte • Consecuencias psicológicas • Fusión no intencional de los labios vulvares	• Necesidad de intervenciones quirúrgicas • Problemas urinarios y menstruales • Relaciones sexuales dolorosas y calidad deficiente de la vida sexual • Infertilidad • Dolor crónico • Infecciones (por ejemplo, quistes, abscesos y úlceras genitales, infecciones pélvicas crónicas, infecciones de las vías urinarias) • Queloides (es decir, hipertrofia del tejido cicatrizal) • Infecciones genitales • Consecuencias psicológicas, como temor a las relaciones sexuales, trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión • Mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino (si bien se requieren más investigaciones al respecto)
Complicaciones/riesgos obstétricos conocidos	Trastornos a menudo considerados asociados con la mutilación genital femenina, pero sobre los cuales los datos son equívocos o no muestran ninguna relación
• Cesárea • Hemorragia posparto • Prolongada estancia hospitalaria materna • Reanimación del lactante • Mortinatalidad o mortalidad neonatal temprana	• Infección por el VIH (en el corto plazo) • Fístula obstétrica • Incontinencia

ATENCIÓN PREGUNTA PARA EL DEBATE:

¿Qué consecuencias económicas crees que podría tener la realización de la MGF?

¿Qué consecuencias sociales crees que podría tener la no realización de la MGF?

¿Crees que puede tener alguna consecuencia negativa en los hombres? ¿cuáles? ¿porqué?

¿Cómo consideras que afectará a la sexualidad y al placer sexual de las mujeres esta práctica?

5. LAS CIRCUNCISORAS VS MEDICALIZACIÓN

Puedes observar los dos videos que te propongo, son muy cortos. El primero es en inglés y el segundo en francés y en inglés. No es imprescindible que los veas, puedes leer el texto siguiente y opinar al final.

<https://interactive.aljazeera.com/aje/2016/breaking-cycle-fgm-senegal/phone.html#76>

(INGLÉS) Mejor que lo hagan los medicos. 1:06

<https://elpais.com/especiales/2016/planeta-futuro/mutilacion-genital-femenina/images/ex-tagliatriciSPA-HD.mp4>

(Español) Circuncisoras. 2:00

En la mayor parte de los casos, la MGF es realizada por **circuncisores tradicionales** que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, tales como la asistencia al parto. Para realizar la mutilación genital femenina las "circuncisoras" tradicionales usan una variedad de herramientas como cuchillos, alfileres, cristales, piedras afiladas, hojas de afeitar, machetes o tapas de latas y generalmente no emplean anestésicos. Una tendencia importante es que los prestadores de servicios de salud, como médicos, enfermeras y parteras, están sustituyendo cada vez más a las "circuncisoras" tradicionales en la realización de mutilaciones genitales femeninas, un fenómeno conocido como **medicalización**. Por ejemplo, en Egipto es tres veces más probable que las niñas sean sometidas a una mutilación genital femenina practicada por un prestador de servicios de salud, en comparación con la experiencia de sus madres. En la actualidad, el 94% de las mujeres en Egipto organizan para sus hijas esta forma «medicalizada» de MGF, 76% en el Yemen, 65% en Mauritania, 48% en Côte d'Ivoire y 46% en Kenya. **Un 18% del total** de mutilaciones genitales femeninas son practicadas **por prestadores de servicios de salud** en condiciones higiénicas y óptimas, con utensilios esterilizados, tijeras quirúrgicas y anestésicos.



ATENCIÓN PREGUNTA PARA EL DEBATE:

¿Crees que la medicalización de la MGF podría ser una solución intermedia y aceptable entre la práctica tradicional y la abolición de la misma? ¿Porqué?

6. RAZONES/ MOTIVOS

Se trata de una convención que parece tener distintos significados en cada país. Los motivos por los que se practica la mutilación genital femenina difieren de una región a otra y de una época a otra, aunque siempre responden a una mezcla de factores socioculturales vehiculados por las familias o comunidades.

Una motivación principal es que se cree que la práctica garantiza que la niña **acate normas sociales clave**, como las relacionadas con la **restricción de la actividad sexual, la feminidad, la respetabilidad y la madurez**.

El *corte* es más bien un mandato social que sostiene y perpetúa los mandatos patriarcales de género: castidad, virginidad, la pureza y limpieza (simbólica y física)

Una norma social que implica desigualdad entre hombres y mujeres y una obsesión por controlar la sexualidad de las segundas.

A continuación se resumen los motivos citados con más frecuencia.

FACTORES DE ORDEN CULTURAL Y SOCIAL QUE LLEVAN A PRACTICAR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- Allí donde esta práctica es una **convención (norma) social**, la **presión** de la sociedad para que el individuo obre como lo hacen y lo han venido haciendo los demás, así como la necesidad de aceptación social y el temor al **rechazo** de la comunidad, constituyen poderosas motivaciones para perpetuar esta práctica. En ciertas comunidades la mutilación genital femenina es una práctica casi universal y muy rara vez cuestionada.
- La MGF se considera a menudo parte necesaria de la crianza de la niña y una forma de prepararla para la **vida adulta y el matrimonio**. Cumplir **“adecuadamente” con el rol de género** que confirma su feminidad y ser “buena” esposa, madre e hija, y garantizar así “el honor” de la familia.
- A menudo la mutilación genital femenina responde a la concepción de lo que se considera una **conducta sexual aceptable** y tiene por objetivo asegurar la **virginidad** antes del matrimonio y la **fidelidad** después de él. En muchas comunidades existe la convicción de que reduce la **libido** de la mujer y la ayuda así a resistir la tentación de relaciones extraconyugales. Además, en el caso de
- Las mujeres cuya abertura vaginal ha sido sellada o estrechada (tipo 3), se supone que el miedo al dolor que causaría su apertura y a la posibilidad de que ello sea descubierto disuaden aún más a la mujer de mantener relaciones sexuales extraconyugales.
- La asociación de la mutilación genital femenina con ideas de **limpieza y pureza** (higiénica, estética y moral), incluida la creencia de que, si no se efectuara la ablación, el clítoris crecería en exceso.(incluso pudiendo dañar al marido)
- La mutilación genital femenina viene asociada a modelos culturales de feminidad y recato, portadores de la idea de que las niñas **son puras y hermosas** una vez que se eliminan de su cuerpo aquellas partes que se consideran impuras o no femeninas, esto es, masculinas.
- Es más probable que se lleve a cabo esta práctica en los contextos en los que se considera que la MGF **aumenta las posibilidades de encontrar marido**. Vinculando los motivos de la práctica con la ansiedad y la competencia entre las mujeres para ganar o mantener parejas sexuales.
- La creencia de las mujeres, en algunos raros casos, de que la mutilación genital femenina **mejora el placer sexual y la virilidad de los hombres**. En casos aun más raros, de que la mutilación genital femenina **facilita el parto** al aumentar la capacidad de las mujeres de soportar el dolor del parto debido al dolor de la mutilación genital femenina previamente sufrido.



- Aunque no hay escritos religiosos* que prescriban la práctica, quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un **respaldo religioso**. Los líderes religiosos adoptan **diferentes posiciones** con respecto a la MGF: algunos la fomentan, otros la consideran irrelevante para la religión, y otros contribuyen a su eliminación.
- Las **estructuras locales** de poder y autoridad, como los líderes comunitarios y religiosos, los circuncisores e incluso parte del personal médico, pueden contribuir en algunos casos al **mantenimiento** de la práctica.
- En la mayoría de las sociedades la MGF se considera una **tradición cultural importante**, argumento que se utiliza a menudo para mantener su práctica y no debe ser cuestionada ni eliminada, especialmente por personas ajenas a la comunidad.

**La mutilación genital femenina no se infiere de la religión islámica. El historiador griego Herodoto, que vivió mil años antes que el profeta Mahoma, ya la menciona, y sus raíces se remontan al Egipto faraónico. En 2006, en Egipto, el Consejo Supremo de Investigación Islámica de la Universidad de Al Azhar, una de las instituciones más prestigiosas del islam suní, declaró formalmente que la mutilación genital femenina no tiene nada que ver con la sharia.*

“No es fácil presentar esta práctica como algo malo porque está muy arraigada en la cultura y se considera un paso necesario para el matrimonio y el desarrollo de las mujeres dentro de la comunidad.”

QUÉ OCURRE SI NO SE SOMETEN



Miedo a ser rechazadas por su propia gente si no se someten a la ablación; en su cultura, una mujer que no se haya sometido a la MGF difícilmente podrá casarse y no merece ningún respeto (sentimientos de humillación y vergüenza). Tampoco podrá tocar los alimentos ni el agua porque los envenenará. En una **tribu como la de los kikuyus, mayoritaria en Kenia**, los hombres consideran que las mujeres que no pasaron por este rito no son dignas de ser su esposa. De esta manera la MGF se convierte en un requerimiento para la aceptación social. Los miembros

de la **tribu Maasai, pastores de Kenia**, están orgullosos de sus mujeres se casan por amor y una prueba de ello es quitarles el placer del acto sexual. Las niñas de una tribu Maasai, en un poblado llamado Lenkischem, en el sur de Kenia, no se explican cómo podrán casarse sin estar circuncisas y estarían orgullosas de poder preparar la circuncisión de sus futuras hijas. En esta comunidad, el 100% de las mujeres, viven a los 14 años su ceremonia de circuncisión. **En Egipto** creen que la MGF mantienen a las parejas unidas y evita el consumo de drogas por parte de la mujer, y que la mujer sin MGF y cuyo esposo sea mayor en edad cuando ya no pueda satisfacerla consumirá drogas. **En Somalia** una semana antes del matrimonio, arreglado de antemano entre las familias, el hombre comprueba visualmente el estado del sexo de su futura esposa. Si la vulva no está sellada significa que ha estado con otros hombres y la repudiará. Si es aceptada, la mujer volverá a la circuncisora/curandera para una segunda operación. Se practica una semana antes de la boda porque es el tiempo que suele necesitar la paciente para recuperarse. Los primeros días no puede sentarse, apenas camina y sufre grandes dolores. El **pueblo Nyaturu, en Tanzania**, cree que la enfermedad *lawalawa* (una afección urinaria) es una maldición de los antepasados que solo se puede curar mediante la MGF. También en Tanzania, **en el distrito de Tarime**, a las niñas sin cortar no se les permite abrir el establo de las vacas porque traen mala suerte a los que entran después de ellas. En algunas comunidades de **Ghana**, creen que el clítoris de una mujer provoca ceguera al niño en el momento de dar a luz; mientras que en los bosques de **Costa de Marfil** piensan que el clítoris posee un gran poder y hay que quitarlo del cuerpo de la mujer para dárselo a los espíritus. **En Sierra Leona**, la clitoridectomía forma parte del rito de iniciación en una sociedad secreta de mujeres llamada **Bondo**. En comparación con otras, las iniciadas tienen una extraordinaria libertad de

movimiento y eso perpetúa el consentimiento de las mujeres para someterse a la mutilación Si no se mutila a las mujeres que van **a migrar a Europa**, Estados Unidos o Australia, están desprotegidas contra los posibles riesgos de la vida inmoral del país de destino.

 TIVOS	CREENCIAS QUE LO SUSTENTAN
SOCIO-CULTURALES	Como parte del rito de iniciación de las niñas a la edad adulta Matrimonio "una mujer no mutilada no sería aceptada como esposa" Aceptación y pertenencia al grupo Cohesión social
HIGIÉNICOS / PURIFICACIÓN	Los genitales femeninos son sucios: "una mujer mutilada es una mujer limpia" Las mujeres no mutiladas son "impuras", se les prohíbe la manipulación de alimentos y bebidas
ESTÉTICOS	Los genitales femeninos externos son feos Si no se elimina el clitoris crecerá de forma indefinida
PSICO-SEXUALES	Imprescindible para el mantenimiento de la virginidad Asegura la fidelidad Previene la promiscuidad Incrementa el placer sexual del marido
SALUD	Aumenta la fertilidad Mejora y facilita el parto Protege al bebé: "si al nacer toca con su cabeza el clitoris puede morir o padecer algún trastorno mental"
CREENCIAS SOBRE EL CLÍTORIS	"Puede herir al hombre" "Puede crecer tanto que dañaría al hombre en las relaciones" "El bebé morirá si tiene contacto con el clitoris al nacer" "Si crece de forma indefinida dañará al pene"
RELIGIOSOS O ESPIRITUALES	Creencia de que es un requerimiento religioso Se asocia a la pureza espiritual Asociado al Islam, como parte de la sunna "la tradición del profeta"

Tabla 6. Clasificación de creencias y argumentos según criterios de tipología de motivación. Fuente: Elaboración propia.

FACTORES DE RIESGO DE LA MGF

La edad temprana es un factor clave de riesgo de ser víctima de mutilación genital femenina, ya que la mayoría de los procedimientos de ese tipo se llevan a cabo en niñas cuyas edades oscilan entre la lactancia y los 15 años. Un estudio en Etiopía descubrió que el deseo de continuar la práctica de la mutilación genital femenina se vinculaba con tener entre 15 y 24 años de edad, vivir en una zona **rural**, **ser musulmana**, **estar casada**, **no tener un buen nivel de instrucción**, **haber sufrido mutilación genital femenina** y **no tener ningún contacto con medios de difusión**. Las investigaciones también indican que las hijas de madres más instruidas tienen menos probabilidad de ser sometidas a mutilación genital. En particular, este **efecto protector de la educación** también se ha observado en otras formas de violencia contra la mujer. Investigaciones realizadas en Kenya han mostrado que la educación secundaria va asociada a un incremento cuatro veces mayor de la desaprobación de la mutilación genital femenina. Sin embargo, no se ha encontrado esa relación en todos los países y en algunos casos la asociación es negativa.

La mutilación genital femenina es diferente de la mayoría de las formas de violencia contra las niñas y las mujeres porque, en los casos de mutilación, **son mujeres no sólo las víctimas, sino también las personas involucradas en la perpetración de ese acto**. Las parientes de la niña suelen ser las responsables de organizar la mutilación genital femenina, que a su vez suele ser realizada por "circuncisoras" tradicionales. La mutilación genital femenina es también practicada cada vez más por hombres y mujeres que prestan servicios de salud. Esta característica muestra que tanto mujeres como hombres pueden ser cómplices en el reforzamiento de normas y prácticas relacionadas con el género que apoyan la violencia contra la mujer.

ATENCIÓN PREGUNTA PARA EL DEBATE:

¿Con que argumentos desmontarías estos razonamientos?

¿Quién crees que podrá cortar el ciclo de la MGF: las cortadoras, las madres, la próxima generación, la comunidad, los hombres las leyes?

7

7. LEYES :

Desde Benín hasta Somalia y desde Egipto hasta Zimbabue, las mujeres africanas llevan luchando en primera línea por la erradicación de la MGF desde la década de 1960. En 2003, Stella Obasanjo, casada con el expresidente de Nigeria Olusegun Obasanjo, propuso a Naciones Unidas que estableciese un **Día Internacional de la Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina**, que desde entonces se celebra cada 6 de febrero.

Benin	2003
Burkina Faso	1996
Central African Republic	1966, 1996*
Chad	2003
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009*
Egypt	2008
Eritrea	2007
Ethiopia	2004
Ghana	1994, 2007*
Guinea	1965, 2000*
Guinea-Bissau	2011
Iraq (Kurdistan region)	2011
Kenya	2001, 2011*
Mauritania	2005
Niger	2003
Nigeria (some states)	1999-2006
Senegal	1999
Somalia	2012
Sudan (some states)	2008-2009
Togo	1998
Uganda	2010
United Republic of Tanzania	1998
Yemen	2001

La resolución de [Naciones Unidas](#) que prohíbe la práctica de la MGF, aprobada por unanimidad el 20 de diciembre de 2012, **fue impulsada por africanas en un llamamiento conjunto hecho desde Senegal por representantes de 27 países africanos.**

Elas han formado valientes coaliciones con el fin de recuperar el control sobre sus cuerpos, en ocasiones pagando el precio de la descalificación social. A continuación se muestra la tabla de legislación de la MGF en el África subsahariana: 24 de los 27 países donde la práctica está presente han emitido legislaciones específicas:

- Ghana fue el primer país en prohibir la MGF en 1994.
- En Kenia, 2010 se prohibió explícitamente. Este país ha sido uno de los que mayores resultados ha obtenido en la reducción de la mutilación genital pasando de un 94.3% en 2005, a un 32% en 2012.
- En Senegal en 1999. En julio de 1997 una treintena de mujeres se comprometen públicamente a combatir la mutilación sexual. Se conoce como "Pacto de Malicounda".
- Egipto, en 2008 promulgó una ley que prohíbe esta práctica sin embargo en muchas zonas del país la ley es desconocida entre la población y/o su aplicación es nula.

Las Naciones Unidas prohíbe la mutilación genital femenina

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó hoy una resolución unánime prohibiendo la práctica de la mutilación genital femenina. Este hito fundamental del proceso de erradicación de las prácticas dañinas y de las violaciones, que constituyen una seria amenaza para la salud de las mujeres y de las niñas, fue aprobado hoy por los 194 Estados Miembros de la ONU que adoptaron a su vez cinco otras resoluciones en la Asamblea General sobre el adelanto de los derechos de las mujeres, incluyendo una resolución sobre la intensificación de los esfuerzos mundiales para eliminar la mutilación genital femenina. La resolución sobre la mutilación genital femenina insta a los países a condenar todas las prácticas dañinas que afecten a las mujeres y a las niñas, en especial las mutilaciones genitales femeninas, y a tomar todas las medidas necesarias, inclusive el hacer cumplir las leyes, llevar a cabo campañas de concientización y asignar suficientes recursos para proteger a las mujeres y a las niñas de esta forma de violencia. Exige una atención especial a la protección y a la asistencia de las mujeres y de las niñas que han sido víctimas de mutilaciones genitales femeninas, y a las que corren riesgo de serlo, inclusive a las mujeres refugiadas y a las migrantes.

Desde entonces, muchos países han introducido leyes protegiendo a las chicas contra este tipo de mutilación, lo que no es el caso de Sierra Leona. Durante el año 2015, por ejemplo, hemos recibido la noticia de que dos países africanos han prohibido esta práctica: [Nigeria](#) y [Gambia](#). (recalcando que **no es requerida por el Islam**) Pero todavía, como es el caso de Sierra Leona, son muchos los que se niegan a terminar con esta tradición. Otros países que han legislado contra la MGF recientemente son la República Centroafricana, Egipto o Sudáfrica.

Este tipo de leyes, que prohíben y penalizan la MGF, por sí solas no podrán poner fin a esta práctica. Son muchos los países que las han aprobado y donde, a pesar de ello, las niñas siguen siendo mutiladas, [como es el caso de Uganda, donde existe una ley de este tipo desde 2010](#). O Sierra Leona el 88% de las mujeres han sufrido MGF, ocupando así el séptimo lugar de la lista de países que aún mantienen esta práctica.

https://elpais.com/elpais/2015/12/29/afrika_no_es_un_pais/1451372400_145137.html

¿SIRVEN LAS LEYES PARA PREVENIR?

La mutilación genital femenina ha atraído una **creciente atención internacional** en los últimos decenios, lo que ha llevado a la promulgación de leyes nuevas contra dicha práctica en diversos países dentro y fuera de África. Parece ser que Ghana y Kenya son países donde realmente se implementa esta ley y se han conseguido grandes avances en la lucha contra la MGF. Pero son muchos más los países donde este tipo de estrategias por sí solas, parecen no estar funcionando. Ya en 2009, un informe de Naciones Unidas ponía de manifiesto que la mayoría de los países no implementan sus propias normas y dejan sin perseguir a aquellos que las violan, **mirando hacia otro lado por miedo a enfrentarse a las sociedades rurales**. Algunas de las consecuencias negativas que se pueden derivar de la legislación contra la MGF que se han registrado en algunos países son:

- **Reducción de la edad promedio** a la cual se somete a las niñas al procedimiento en la mayoría de los países. Esto podría ser en cierta medida porque cuanto menor es la niña, más fácil es eludir el control judicial.
- **Medicalización de la práctica**. Aumento de la medida en que la mutilación genital femenina es practicada por prestadores de servicios de salud. Reduciendo el dolor mediante anestesia y creyendo que las mejoras de higiene no producirán consecuencias negativas en la salud de la mujer. Pero vulnerando igualmente los derechos de las niñas y las mujeres.
- Otro posible efecto adverso de la legislación es, como sucede a menudo con el aborto, la tendencia a empujar la práctica de la MGF a la **clandestinidad o a alentar un movimiento transfronterizo** de mujeres de un país en el que la práctica es ilegal, a un país vecino que la permite. Siendo más difíciles de supervisar, lo que aumenta el riesgo de infecciones, incluso de

HIV/SIDA, muertes u otro tipo de problemas.

A pesar de ello, los líderes mundiales se han puesto como objetivo terminar con esta grave violación de los derechos humanos antes de 2030, al aprobar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). [La meta segunda del objetivo quinto](#) se propone eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otro tipo de explotación. Además de eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

En el informe de "[Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio](#)", que ha publicado recientemente [UNICEF](#) y que es hoy en día la más amplia compilación de datos y análisis sobre esta cuestión.

A pesar de estos avances, millones de niñas y mujeres siguen en peligro, por lo que es necesario que continuemos trabajando, informándonos, concienciando e interviniendo hasta lograr su plena erradicación.

Estas son las **principales cifras y conclusiones** que han extraído:



- **Disminuye la probabilidad de sufrir esta práctica.** Las encuestas realizadas demuestran que, en la actualidad, las generaciones más jóvenes (de 15 a 19 años de edad) tienen menos probabilidades de sufrir esta práctica que hace 30 años, y que el apoyo a la misma está disminuyendo, incluso en países donde su incidencia es casi universal, como Egipto y el Sudán.
- **Aumenta la oposición, también entre los hombres:** En la mayoría de los países analizados existe una marcada oposición a la mutilación o ablación genital femenina. Además, según las encuestas, no sólo las niñas y las mujeres están en contra, un número significativo de hombres y niños también se oponen a ella. En concreto, en tres países –el Chad, Guinea y Sierra Leona– más hombres que mujeres desean que se ponga fin a la mutilación/ablación genital femenina.
- **El riesgo persiste por la percepción de que es una “obligación social” y la falta de comunicación abierta.** Aunque el nivel de apoyo se ha reducido, millones de niñas siguen altamente expuestas a este riesgo. El informe hace hincapié en la diferencia entre la “opinión personal” sobre la mutilación genital y el arraigado sentido de obligación social que favorece su continuación, agravada por la falta de una comunicación abierta sobre un tema tan sensible y privado como éste. El informe recomienda abrir la práctica de la mutilación/ablación a un mayor escrutinio público y poner en tela de juicio la percepción errónea de que “todos los demás” la aprueban.
- **Las leyes por sí solas no bastan.** Aun cuando el informe acoge con satisfacción las leyes contra la mutilación genital femenina que ha adoptado la gran mayoría de los países donde se practica, UNICEF insta a tomar medidas que complementen la legislación y a aprovechar la dinámica social positiva en favor del cambio en las normas sociales.

- **La educación es una estrategia fundamental.** El informe destaca la función que desempeña la educación en el cambio social y hace notar que las hijas de madres con niveles educativos más altos corren un riesgo menor de ser víctimas de dicha práctica. Asimismo, destaca el hecho de que la escolarización contribuye a que las niñas establezcan vínculos con otras personas que se oponen a la mutilación/ablación genital.
- Se destaca que los factores relacionados con la continuación o la suspensión de dicha práctica variaban según el contexto; sin embargo, los principales factores que la apoyaban eran la tradición, la religión y la preocupación por reducir el deseo sexual en las mujeres. En cambio, las complicaciones de salud y la falta de satisfacción sexual no favorecían el apoyo a la práctica.



Otros países, como Costa de Marfil, Etiopía, Egipto, Gambia, Kenia, Senegal o Somalia, están adoptando **estrategias de acercamiento a las comunidades para luchar contra la práctica** y han empezado a experimentar un ligero descenso en el número de niñas mutiladas. Senegal es el mejor ejemplo de este modelo.

"Nuestras mejores tradiciones son aquellas que nos dejan florecer"

Sister Fa. Repera senegalesa



La rapera senegalesa y activista [Sista Fa](#), víctima ella misma de la MGF, es una de las celebridades más beligerantes en esta campaña contra la MGF.

En los siguiente vídeo la vemos hablando sobre el tema.

- SisterFa contra la MGF (francés e inglés) 5:00
<https://youtu.be/aKpJ8P1weHs>
- Trailer: educación sin mutilación (francés e inglés) 8:00
<https://youtu.be/fimBIWxZBoc>

ATENCIÓN PREGUNTA PARA EL DEBATE:

¿Qué te parecen iniciativas como las de SistaFa? ¿Qué opinas sobre utilizar la música, el arte o otras metodologías para evitar la MGF?

¿De qué otra manera podemos ayudar a eliminar la MGF, con qué estrategias, desde que perspectivas, con qué tipo de recursos y herramientas?

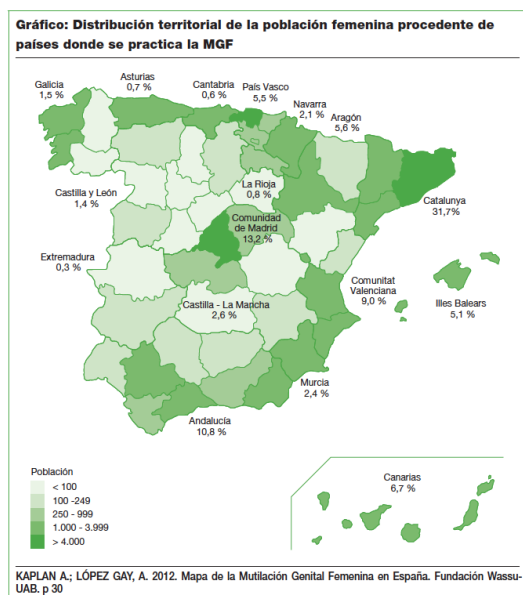
¿Cuáles crees que son los puntos más importantes a considerar en el abordaje y prevención de la práctica?

8. ALGUNOS DATOS DE MGF Y EN ESPAÑA

Sólo 9 países de la Unión Europea, incluida España, poseen una legislación específica para la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido) En fecha 11 de Abril de 2014.

El [Protocolo Común Sanitario contra la MGF](#), aprobado por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas y elaborado junto a organizaciones expertas como UNAF, recomienda que, una vez identificado el riesgo, se trate de mantener una entrevista con la familia. En ella, se insistirá en las consecuencias perjudiciales para la salud que tiene la mutilación genital, se informará sobre la legislación vigente en España, que la prohíbe, y se ofrecerá a la familia la firma de un “compromiso preventivo”. Si la idea de la MGF persiste, se deberá reforzar la información sobre el riesgo del viaje y valorarlo con las autoridades judiciales, en concreto con la Fiscalía de Menores.

Todavía no existe a nivel estatal un registro de casos unificado del número de mujeres y niñas con mutilación genital que viven en territorio español. Tampoco se cuenta con un registro de niñas residentes en España que se tenga certeza que hayan sido mutiladas en los viajes a los países de origen. Pero se tiene constancia de que **existe una infraestimación de los casos de mutilación genital**, por la dificultad que requiere la detección y el proceso de notificación. Y se estima que en nuestro país 17.000 niñas se encuentran en riesgo de sufrirla.



POBLACIÓN DE PAÍSES DONDE SE PRACTICA ABLACIÓN
Residentes en España

	TOTAL	MUJERES	NIÑAS <14
TOTAL	204.434	53.251	14.957
Nigeria	43.253	17.806	4.680
Senegal	57.739	11.583	3.354
Gambia	20.640	5.064	2.084
Mali	23.459	2.701	1.098
Ghana	14.807	2.978	890
Mauretania	10.767	2.447	772
Camerún	5.826	2.134	514
Guinea	10.960	3.285	501
Egipto	2.946	866	298
Guinea-Bissau	4.998	1.183	222
Costa de Marfil	2.869	714	162
Etiopía	781	402	114
Burkina Faso	1.122	290	66
Sierra Leona	846	247	64
Sudán	249	96	24
Togo	433	134	24
Niger	263	61	19
Benin	348	96	17
Liberia	395	95	15
Kenia	1.031	809	13
Chad	73	21	7
Yemen	64	16	7
Somalia	215	77	6
Eritrea	96	36	2
Tanzania	164	80	2
Djibouti	9	4	1
Rep. Centroafricana	81	26	1

Fuente: UNAF.

EL PAÍS

- La población residente en España procedente de los países donde se realiza la práctica de la MGF, es originaria fundamentalmente de **Senegal, Nigeria, Mali y Gambia**.
- **En España la mutilación genital femenina, en cualquiera de sus formas es un delito de lesiones**. El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003), dispone que: *"El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz"*. La jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional.
- En España el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo

¿CÓMO PREVENIR CORRECTAMENTE?:

Prevención, formación y recursos para profesionales y coordinación:

La formación de los y las profesionales es necesaria para conocer las **claves culturales** a tener en cuenta al abordar este tema con las comunidades, los **mitos** que sustentan la práctica y las terribles **consecuencias** que tiene para la salud, además de orientarles sobre las posibles actuaciones para prevenirla. Así mismo para reconocer y detectar las situaciones y factores de riesgo.

- Pertenecer a una comunidad practicante
- Madre u otras mujeres de la familia estén mutiladas
- El viaje al país de origen son factores de riesgo para las niñas.

<http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/espana-aprueba-un-protocolo-nacional-para-detectar-tratar-y-prevenir-la-mutilacion-genital-femenina/>

ATENCIÓN PREGUNTA PARA EL DEBATE:

¿De qué manera consideras que podemos combatir la práctica de la MGF en España con los colectivos migrados que la practican?