



**ABLACIÓN O MUTILACIÓN  
GENITAL FEMENINA  
INFORME POLÍTICO**

**FEBRERO DE 2023**

# ABLACIÓN O MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

## DECLARACIÓN DE POSICIÓN DE PLAN INTERNATIONAL

- Plan International reconoce que la práctica de la ablación o mutilación genital femenina (A/MGF) es de carácter global y afecta al menos a 200 millones de mujeres y niñas en más de 96 países de todo el mundo, la mayoría de los cuales no disponen de datos representativos a nivel nacional sobre la magnitud de la práctica. La práctica no se limita a ninguna región o religión en particular, y para acabar de forma efectiva con todas las formas de A/MGF en línea con el derecho internacional y el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5.3.2 es necesario reconocer la naturaleza global de la A/MGF y tomar medidas globales para garantizar que todas las niñas de todo el mundo puedan vivir libres de esta práctica.
- Plan International condena todas las formas de ablación o mutilación genital femenina, definida por la OMS como "la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas". Esta práctica no tiene ningún beneficio para la salud. Todas las formas de mutilación genital femenina son una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluida su salud sexual y reproductiva, y son una forma extrema de violencia de género.
- Plan International apoya un enfoque en favor del abandono total de todas las formas de A/MGF, reconociendo que todos los tipos de A/MGF son violaciones de los derechos humanos con graves consecuencias a lo largo de la vida de las mujeres y las niñas, incluyendo su salud, educación y empoderamiento económico. Adoptamos un enfoque basado en los derechos para acabar con todas las formas de A/MGF, centrado en los derechos de las niñas a la autonomía corporal y al consentimiento, incluidos los derechos de las niñas a la sexualidad.
- Plan International cree que para terminar con todas las formas de A/MGF es necesario un enfoque multisectorial y basado en las normas sociales para apoyar a las comunidades para que abandonen la práctica. Una acción eficaz para acabar con la A/MGF debe implicar a toda la comunidad e involucrar a todas las partes interesadas en el proceso, incluidas las propias niñas, las abuelas y las mujeres mayores<sup>1</sup>, los líderes y lideresas comunitarios/as y religiosos/as, los hombres y los niños, los y las profesionales sanitarios, los y las docentes y el sistema judicial.
- Plan International reconoce que la práctica de la A/MGF está profundamente arraigada en normas de género discriminatorias y perjudiciales. Plan International adopta un enfoque transformador de género para acabar con la A/MGF que aborda la desigualdad de género y las normas de género perjudiciales y empodera a las niñas y mujeres para que hagan realidad sus derechos a la sexualidad y a la autonomía corporal.
- Plan International sostiene que la A/MGF es una práctica cultural que no está asociada a las religiones modernas del judaísmo, el cristianismo y el islam, y que es anterior a ellas. Plan International trabaja con líderes y lideresas religiosos/as y académicos/as para disipar los mitos religiosos que rodean la práctica como forma de apoyar el abandono de la misma por parte de la comunidad.
- Plan International reconoce que los contextos humanitarios y las situaciones de crisis pueden conducir a un aumento de las tasas de A/MGF, ya sea como un mecanismo de afrontamiento negativo o cuando la práctica está vinculada al matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF). Plan International considera que la prevención y la respuesta a la mutilación genital femenina son esenciales para salvar vidas en tiempos de crisis y cree que la mutilación genital femenina debería integrarse de forma global en la planificación y la ejecución de la prevención y la respuesta humanitaria. Esto debería abordar los riesgos particulares relacionados con la mutilación genital femenina, así como las oportunidades de abandono resultantes de las perturbaciones provocadas por la crisis.
- Plan International cree que el acceso de las niñas a la educación es vital como derecho humano en sí mismo, pero reconoce firmemente que el acceso a la educación también actúa como factor de protección para las niñas en riesgo. La mutilación genital femenina debería incluirse en los planes de estudio de la educación integral en sexualidad (EIS) como una forma eficaz de cambiar las normas de género perjudiciales y discriminatorias y las actitudes negativas hacia la sexualidad femenina que impulsan esta práctica.
- Plan International reconoce que las prácticas de la mutilación genital femenina y de la mutilación genital femenina están vinculadas en algunos contextos y que comparten factores sociales similares y normas sociales y de género discriminatorias subyacentes. En estos contextos, las intervenciones eficaces deben tratar de abordar ambas prácticas.
- Plan International reconoce que las niñas y los jóvenes son agentes de cambio para acabar con todas las formas de A/MGF. Sin embargo, Plan

**Portada: Zainab, de 17 años, y su madre Kadiatu, de 35. Zainab es una defensora incondicional de la lucha contra la mutilación genital femenina en su comunidad de Sierra Leona.**

**Crédito de la foto: Plan International / Quinn Neely**

International también reconoce que el abandono de la A/MGF requiere el apoyo y la participación de toda la comunidad, así como la comprensión de las graves consecuencias de aislar y condenar al destierro a las niñas que se oponen abiertamente a la práctica.

## La posición de criminalización

- Plan International reconoce que la legislación nacional que prohíbe la A/MGF apoya un entorno propicio y legitima las campañas, la defensa y la programación para acabar con todas las formas de A/MGF. Sin embargo, centrarse únicamente en la criminalización de la A/MGF es ineficaz, ya que lleva la práctica a la clandestinidad, dificultando el cambio de las normas sociales para acabar con la práctica de forma sostenible. Cuando se adopta la legislación, en línea con la evidencia, Plan International apoya una legislación integral que defina y prohíba todas las formas de A/MGF, incluidas las versiones medicalizadas y cuando la práctica se lleva a cabo en el extranjero.

## La posición sobre la ablación transfronteriza

- Plan International cree que para lograr el abandono de todas las formas de A/MGF se requiere de enfoques internacionales y regionales coordinados y exhaustivos que puedan implicar de forma efectiva a las comunidades que la practican y que se extienden en las fronteras internacionales tradicionales.
- Plan International cree que involucrar a las comunidades de la diáspora en enfoques basados en las normas sociales y en la transformación de género para abandonar la A/MGF puede ser un punto de entrada útil para desafiar la norma social en los países de origen donde los grupos de la diáspora actúan como grupos de referencia influyentes. La colaboración con los grupos de la diáspora también puede contribuir a que se abandone la práctica de "realizar la mutilación en vacaciones" en entornos de altos recursos.

## La posición de medicalización

- Plan International cree que todas las formas de ablación o mutilación genital femenina, independientemente de que sean realizadas por profesionales médicos o en entornos sanitarios, son perjudiciales y constituyen una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. Plan International adopta un enfoque basado en los derechos para acabar con todas las formas de A/MGF y cree que un enfoque de reducción de daños es incompatible con los derechos humanos, incluidos los derechos de las niñas a la salud, a la autonomía corporal y a la sexualidad, así como a estar libres de toda forma de violencia. Plan International afirma que la práctica de la A/MGF por parte de los profesionales sanitarios es contraria a la ética médica y al juramento hipocrático de "no hacer daño". Esto incluye la práctica de la reinfibulación.
- Plan International afirma que no existe un corte "menor" o "menos severo" cuando se consideran los

impactos a largo plazo en la salud física y psicosocial, además de los impactos socioeconómicos de la práctica, incluyendo la discriminación de género que existe. Todos los tipos y formas de ablación o mutilación genital femenina, independientemente del lugar en el que se lleven a cabo, constituyen una violación de los derechos humanos.

- Plan International reconoce que los y las profesionales de la salud están en una posición única como miembros de confianza de las comunidades para proporcionar información basada en pruebas sobre la A/MGF y sus impactos, y para influir y cambiar las actitudes de la comunidad y las prácticas perjudiciales. Plan International apoya la educación y el compromiso de los y las profesionales de salud como actores clave en el movimiento para abandonar todas las formas de A/MGF.

## La posición del derecho de asilo

- Plan International afirma firmemente que las niñas y las mujeres que temen ser perseguidas por motivos de A/MGF tienen derecho a obtener el estatus de refugiadas, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos y de los refugiados, incluida la Convención de Refugiados de 1951.

# RECOMENDACIONES SOBRE A/MGF

- Los gobiernos deben promulgar, aplicar plenamente y dotar de recursos una legislación nacional integral y planes de acción nacionales basados en pruebas para apoyar un entorno propicio para el cambio de las normas sociales transformadoras del género que prohíba todas las formas de mutilación genital femenina, incluidas las versiones medicalizadas de la práctica y cuando se lleve a cabo en el extranjero. La legislación nacional y las estrategias para el cambio de las normas sociales deben contar con líneas presupuestarias específicas para una aplicación multisectorial eficaz a nivel local y comunitario, que debe incluir a los sectores de la justicia y la policía, la educación, los profesionales de la salud y los agentes de protección de la niñez. El enfoque de la legislación nacional no debe ser punitivo o estigmatizante para las comunidades que la practican, sino que debe tratar de apoyar la participación de la comunidad y la divulgación del abandono de la práctica.
- Todos los gobiernos deberían llevar a cabo una recopilación de datos representativa sobre la escala y el alcance de la A/MGF, incluida su prevalencia, en línea con los compromisos globales del ODS 5.3.2 de eliminar todas las prácticas nocivas, y de la legislación internacional sobre derechos humanos, incluso en contextos de diáspora. Toda la recolección de datos sobre la A/MGF debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas éticas, de salvaguardia y de privacidad de los datos.
- Los donantes deben multiplicar por diez los compromisos de financiación de las intervenciones destinadas al abandono de todas las formas de mutilación genital femenina para poner fin a esta práctica en 2030, de acuerdo con el compromiso 5.3.2 de los ODS.
- Los donantes deberían aumentar la financiación destinada a la investigación y la recolección de evidencias sobre la escala, el alcance y las repercusiones de la A/MGF, y a ampliar la base de evidencia sobre las intervenciones exitosas y eficaces para apoyar el abandono de la práctica. En particular, debe prestarse más apoyo para mejorar el acceso a los servicios centrado en las supervivientes, además de las medidas de prevención, incluida la provisión de cirugía reconstructiva del clítoris.
- Las intervenciones y actividades para apoyar el abandono de la A/MGF en función de los derechos deben basarse en evidencia, tener un carácter transformador del género y tratar de abordar las normas sociales perjudiciales que subyacen a la práctica. Las intervenciones deben implicar a todos los miembros de una comunidad, incluidas las propias niñas, y a los actores principales, como los líderes y lideresas tradicionales, religiosos/as y comunitarios/as, las abuelas y las mujeres mayores, los hombres y los niños, los y las profesionales de la salud, los y las docentes, la policía y el sistema judicial.
- Los líderes y lideresas religiosos/as deben disipar abiertamente los mitos que asocian la mutilación genital femenina con cualquier religión, así como las normas de género perjudiciales que subyacen a esta práctica. Deben apoyar a las comunidades para que abandonen la A/MGF a través de la incidencia local y nacional y la emisión de edictos religiosos o fetua, cuando sea pertinente, que prohíban la práctica según la ley religiosa.
- Todos los actores humanitarios tienen el deber de reconocer y mitigar el impacto exacerbado de las crisis sobre la A/MGF durante la planificación de la prevención y la respuesta como servicios esenciales y que salvan vidas. Los esfuerzos de prevención de la A/MGF deben contar con todos los recursos a través de una programación de emergencia plurianual y deben integrarse de forma global en los planes, evaluaciones y respuestas humanitarias, incluyendo los esfuerzos tanto para prevenir todas las formas de A/MGF como para responder a las necesidades específicas de las supervivientes de esta práctica en situaciones de crisis.
- Las supervivientes de todas las formas de mutilación genital femenina tienen derecho a acceder a la información necesaria, a la educación y a los servicios sanitarios relacionados con la práctica y sus efectos, incluida la desinfibulación. Todos estos servicios deben prestarse en formatos adaptados a los niños y a las mujeres. Los servicios sanitarios, incluidos los de salud mental y apoyo psicosocial (MHPSS—por sus siglas en inglés), deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de calidad suficiente (AAAQ) para las supervivientes de la A/MGF, y deben ponerse en marcha recursos suficientes para prestar estos servicios.
- El acceso de las niñas a la educación debe ser reconocido como un derecho, así como un factor de protección para la A/MGF. Los gobiernos deben dar prioridad a la educación de las niñas, que debe incluir disposiciones para la educación integral en sexualidad (EIS). Los planes de estudio de la EIS deben incluir el debate y el aprendizaje sobre la práctica de la A/MGF para apoyar los cambios en las normas sociales perjudiciales.
- En los contextos en los que la A/MGF y el MUITF están vinculados, los esfuerzos y las intervenciones para abandonar ambas prácticas deben adoptar un enfoque transformador del género para identificar y cambiar las normas de género discriminatorias subyacentes y las normas sociales con el fin de abordar ambas prácticas conjuntamente. Deberían llevarse a cabo más investigaciones para comprender mejor el vínculo más amplio entre ambas prácticas, incluidos los casos en los que la A/MGF se considera un requisito social para el matrimonio, pero se lleva a cabo de forma separada del MUITF.

## Recomendaciones de criminalización

- Cuando los gobiernos adopten una legislación nacional que prohíba la A/MGF, la legislación debe

prohibir todas las formas de A/MGF, incluso cuando sean realizadas por profesionales de la medicina o en entornos médicos, y proporcionar jurisdicción extraterritorial al delito, en línea con las recomendaciones del derecho internacional de los derechos humanos y las mejores prácticas. Cualquier enfoque legislativo debe centrarse en la divulgación y el compromiso de la comunidad con la ley y no debe ser punitivo ni estigmatizar a determinadas comunidades.

- La legislación debe aplicarse plenamente con líneas presupuestarias presupuestadas y los correspondientes planes de acción nacionales que comprometan, doten de todos los recursos necesarios y proporcionen capacitación a todos los sectores pertinentes, incluidos los sectores policial y judicial, los profesionales de la salud, los docentes y los sistemas educativos, y los servicios de protección de la infancia.
- Cuando se adopte una legislación de penalización, las supervivientes de la A/MGF deben estar exentas de ser procesadas como participantes en la A/MGF, independientemente de que hayan buscado activamente la práctica por sí mismas. Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y el sector de la justicia deben recibir formación técnica y capacitación para manejar este tipo de situaciones y evitar la revictimización de las supervivientes de la práctica.

## Recomendaciones de corte transfronterizo

- En las regiones en las que la ablación transfronteriza es frecuente, los gobiernos y los organismos regionales deben tratar de establecer y aplicar mecanismos de coordinación para alinear la legislación, las políticas y las estrategias de aplicación en las regiones fronterizas con el fin de apoyar a las comunidades para que abandonen la A/MGF. Esto debería incluir la armonización de las sanciones penales en la legislación y el establecimiento de organismos y mecanismos de control con recursos efectivos para coordinar una respuesta multisectorial en las diferentes jurisdicciones nacionales, y para mejorar la vigilancia de las fronteras porosas.
- Cuando la legislación prohíbe la A/MGF, las disposiciones deben otorgar jurisdicción extraterritorial sobre el delito de A/MGF, para permitir que el sector de la justicia responda a los casos de A/MGF que hayan tenido lugar en el extranjero o en jurisdicciones vecinas.
- Las intervenciones basadas en la comunidad para cambiar las normas sociales y poner fin a la A/MGF en las regiones fronterizas deben tratar de incluir en las intervenciones a los grupos y comunidades de las regiones transfronterizas que se casan entre sí.
- Se necesitan más investigaciones y pruebas sobre la escala, el alcance y los factores que impulsan el corte transfronterizo. Los donantes deberían aumentar la financiación disponible para apoyar la mejora de la base de pruebas sobre la A/MGF, incluida la ablación transfronteriza, y deberían

apoyar el aumento de las intervenciones para interrumpir la ablación transfronteriza con marcos de evaluación sólidos para identificar los enfoques eficaces, incluida la participación de los grupos de la diáspora.

## Recomendaciones de medicalización

- La legislación debería prohibir las formas/contextos medicalizados de la A/MGF y las campañas nacionales y de sensibilización deberían evitar centrarse en los daños físicos o en el enfoque de reducción de daños. Los planes de acción nacionales para apoyar el abandono de todas las formas de A/MGF deben incluir y comprometer a los profesionales médicos como partes interesadas clave.
- Los planes de estudio de medicina deben incluir formación profesional sobre las causas y consecuencias de la A/MGF y formar y equipar a los profesionales médicos para que se comprometan de forma significativa con las comunidades que la practican para influir en el abandono de la práctica. Los profesionales de la medicina también deben recibir formación y apoyo para resistir la presión de la comunidad para realizar la A/MGF.
- Las asociaciones médicas nacionales deben adoptar códigos de conducta claros que prohíban a los profesionales de la salud llevar a cabo cualquier forma de A/MGF, y deben tratar de revocar las licencias médicas de cualquier profesional de la salud que se encuentre practicando cualquier forma de A/MGF en contra de la ética médica.

## Recomendaciones sobre el derecho de asilo

- Los gobiernos deben respetar y cumplir sus compromisos regionales e internacionales en virtud del derecho internacional de los derechos humanos y de los refugiados para proporcionar asilo y estatus de refugiado a las niñas y mujeres en riesgo de sufrir la A/MGF, independientemente de la situación legal de la A/MGF en el país de origen.
- Los organismos de las fuerzas fronterizas y los funcionarios de inmigración deberían recibir formación y capacitación sobre la A/MGF, incluidos sus impulsores en los países de origen, para apoyar una evaluación eficaz de la credibilidad. Esto debe incluir un enfoque en la edad, el género y la diversidad, así como en el impacto del trauma y la violencia.
- Los Estados miembros del Consejo de Europa deben ratificar y aplicar plenamente el Convenio de Estambul y seguir apoyando los mecanismos de prevención y respuesta.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
Terminología: ¿MGF o AGF? .....	7
<b>El marco internacional de los derechos humanos</b> .....	<b>7</b>
<b>Marcos regionales de derechos humanos</b> .....	<b>9</b>
<b>Visión general de la A/MGF</b> .....	<b>10</b>
<b>Impulsores y causas fundamentales de la A/MGF</b> .....	<b>11</b>
Normas sociales .....	11
Normas de género .....	12
Factores socioeconómicos .....	13
Religión .....	13
La A/MGF en contextos humanitarios y durante las crisis (incluyendo COVID-19).....	14
<b>Consecuencias e impactos de la A/MGF</b> .....	<b>15</b>
Salud .....	15
Acceso a servicios centrados en el superviviente .....	15
Impacto socioeconómico .....	16
Matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF), y mutilación genital femenina .....	17
<b>Temas de actualidad</b> .....	<b>18</b>
Penalización de la A/MGF .....	18
Ablación transfronteriza .....	19
Medicalización .....	20
El derecho de asilo y la A/MGF .....	21
<b>Referencias</b> .....	<b>23</b>

# INTRODUCCIÓN

El propósito de este informe político es reunir y complementar la posición de Plan International sobre la ablación o mutilación de genital femenina (A/MGF), tal y como se recoge en nuestros documentos de posición, junto a los documentos sobre servicios de salud sexual y reproductiva (SDSR) y los Derechos de los niños, niñas y jóvenes a Vivir sin Violencia. Además, se basa en la investigación realizada por Plan International y otros, así como en la práctica programática, e incluye estudios de casos de nuestro trabajo a nivel mundial para:

- Proporcionar posiciones y recomendaciones para guiar nuestro trabajo de programas e influencia sobre la A/MGF, incluyendo nuestras prioridades de incidencia global, y;
- Centrarse en temas de actualidad, como la A/MGF en entornos humanitarios, la medicalización y la criminalización de la A/MGF.

La Estrategia Global de Plan International para 2022-2027, "Girls Standing Strong" (Las Niñas Fuertes), sitúa la A/MGF dentro del Área de Distinción Global (AoGD) que tiene como objetivo que las niñas tengan "control sobre sus vidas y cuerpos, y tomen decisiones informadas sobre la identidad, las relaciones, y si quieren tener hijos y cuándo". Sin embargo, se reconoce que la A/MGF es una cuestión compleja y polifacética, con vínculos entre áreas temáticas como la protección frente a la violencia, la SDSR, la educación, la capacitación económica, el desarrollo de la primera infancia y los derechos de las niñas a participar en las decisiones sobre sus vidas. En consecuencia, para acabar con la A/MGF es necesario un enfoque holístico, integral y multisectorial que pueda involucrar a comunidades enteras y crear entornos propicios para apoyar la decisión colectiva de abandonar la práctica.

Décadas de trabajo para acabar con la mutilación genital femenina han dado como resultado un progreso significativo: hoy en día una niña tiene un tercio menos de probabilidades de haber sido sometida a la mutilación genital femenina que hace tres décadas<sup>2</sup>. Sin embargo, el crecimiento de la población y el impacto de las crisis humanitarias, incluida la pandemia de COVID-19, hacen que el ritmo actual de progreso deba multiplicarse por diez para cumplir el ODS 5.3.2: eliminación de todas las prácticas nocivas para 2030<sup>3</sup>. Si se incluyen los efectos de la COVID-19, 70 millones de niñas corren actualmente el riesgo de sufrir la mutilación genital femenina antes de 2030. Este informe político se ha desarrollado sobre la base de las pruebas disponibles actualmente para articular claramente las posiciones globales de Plan International sobre la A/MGF en los entornos humanitarios y de desarrollo, con el objetivo de garantizar un enfoque cohesivo y armonizado en toda la organización para apoyar la eliminación de la A/MGF a mayor escala.

## TERMINOLOGÍA: ¿MGF O AGF?

El término "mutilación genital femenina" fue acuñado por primera vez por la antropóloga estadounidense Rose Oldfield Hayes en 1975<sup>4</sup>, y posteriormente fue popularizado por Fran Hosken, una activista feminista estadounidense en 1981<sup>5</sup>. Ha habido un debate considerable sobre el uso de la terminología para referirse a la mutilación/ablación genital femenina. Algunas supervivientes, activistas y organizaciones prefieren utilizar el término "ablación genital femenina" por considerar que "mutilación" puede ser sentencioso y victimista. Por el contrario, algunos activistas consideran que la "ablación" no reconoce adecuadamente la gravedad de la práctica como violación de los derechos humanos, lo que contribuye a promover la incidencia por su abandono a nivel nacional e internacional. Plan International utiliza el término "**ablación/mutilación genital femenina**" (A/MGF), en consonancia con la terminología oficial de la ONU, pero también para encapsular un enfoque inclusivo que da cabida a diferentes puntos de vista.

No obstante, la propia A/MGF se conoce o se denomina en las comunidades que la practican con diversos términos locales, como circuncisión femenina, khatna, sunnah y sunat perempuan, por nombrar algunos. Los términos locales deben utilizarse de forma respetuosa cuando se trabaja con las comunidades practicantes para evitar la estigmatización y apoyar el diálogo abierto sobre el abandono de la práctica.

## EL MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

La práctica de la mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluido el derecho a no sufrir ninguna forma de discriminación, el derecho a la vida y a la integridad física, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a la educación, los derechos del niño y la prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Esta práctica también constituye una forma extrema de violencia de género. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, incluso en relación con la mutilación genital femenina. Esto incluye la obligación de actuar con la debida diligencia para impedir la práctica de la mutilación genital femenina cuando la llevan a cabo terceros y agentes no estatales.

## El derecho a no sufrir ninguna forma de discriminación

La mutilación genital femenina es una práctica que se lleva a cabo en niñas y mujeres con el fin de controlar su sexualidad, sus libertades y mantener unas normas de género rígidas y perjudiciales basadas en una creencia discriminatoria sobre el papel de la mujer en la sociedad, incluyendo la castidad, la feminidad y la belleza. Dado que la práctica se lleva a cabo predominantemente antes de los 15 años, la A/MGF también discrimina en función de la edad. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha reconocido que las niñas y mujeres de las zonas rurales corren un riesgo especial de sufrir la A/MGF<sup>6</sup>.

El artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) condena la discriminación de la mujer en todas sus formas. Según el artículo 5, los Estados se comprometen a tomar 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". El derecho a no ser discriminado también está protegido por los artículos 2, 3 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), los artículos 2 y 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

Tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer como el Comité de los Derechos del Niño han condenado específicamente la práctica de la mutilación genital femenina como una violación de los derechos humanos que da lugar a la obligación de los Estados de "prohibir explícitamente por ley y sancionar o penalizar adecuadamente las prácticas nocivas, de acuerdo con la gravedad del delito y el daño causado, proporcionar medios de prevención, protección, recuperación, reintegración y reparación de las víctimas y combatir la impunidad de las prácticas nocivas". Los comités recomiendan conjuntamente que los Estados desarrollen y adopten programas integrales de concienciación para cuestionar y cambiar las actitudes culturales y sociales, las tradiciones y las costumbres que subyacen a los comportamientos que perpetúan las prácticas nocivas.

## El derecho al más alto nivel de salud posible

El derecho a la salud está consagrado en el artículo 12 del PIDESC, además del artículo 24 de la CDN y el artículo 12 de la CEDAW. También está consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). La A/MGF tiene una serie de consecuencias a corto y largo plazo para la salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las niñas y mujeres. Las complicaciones derivadas de esta práctica incluyen hemorragias, infecciones, trastornos de estrés postraumático e incluso la muerte. Las mujeres que han sido sometidas a la

A/MGF tienen más probabilidades de sufrir un parto prolongado y una fístula obstétrica. La práctica ha sido reconocida por el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud como una "grave violación de la libertad sexual y reproductiva", que es "fundamental e intrínsecamente incompatible con el derecho a la salud"<sup>7</sup>.

## Los Derechos del niño

El artículo 24(3) de la CDN exige a los Estados que tomen todas las medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños y niñas. También establece el derecho de los niños y niñas a ser protegidos de toda forma de violencia, incluida la física, sexual o psicológica (artículo 19) y exige a los Estados que garanticen que ningún niño o niña sea sometido/a a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 37 (a)). La A/MGF también viola el interés superior del niño contenido en el artículo 3 de la CDN.

## Los derechos a la vida y a la integridad física

El derecho a la vida se considera un derecho humano fundamental protegido por varios convenios internacionales, como el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que establece que todo ser humano tiene el derecho inherente a la vida. La mutilación genital femenina es una violación del derecho a la vida en los casos extremos en los que la práctica provoca la muerte. El derecho a la vida también está protegido por el artículo 3 de la DUDH.

El derecho a la integridad física está protegido por el artículo 1 de la DUDH y el artículo 9 del PIDCP. Abarca una serie de principios de derechos humanos, entre ellos la autonomía e integridad corporales, que comprende la capacidad de la persona de ejercer su agencia y poder sobre su propio cuerpo, sin violencia ni coacción. La mutilación genital femenina suele practicarse a niñas entre el nacimiento y los 15 años, por debajo de la edad de consentimiento informado, y a menudo implica una coacción violenta para someter a las niñas a la práctica en contra de su propia voluntad. Esta práctica también tiene consecuencias graves y sustanciales para la salud física, psicosocial y sexual de las niñas y mujeres a lo largo de su vida, y por tanto impide que una niña pueda realizar plenamente su vida sexual y emocional y su desarrollo personal<sup>8</sup>.

## Tortura, trato cruel, inhumano o degradante

La prohibición de la tortura es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional en virtud del derecho internacional consuetudinario; ningún Estado puede derogarla bajo ninguna circunstancia, y los autores de la tortura pueden ser procesados por el delito en cualquier país, independientemente del lugar en el que se haya producido la tortura, en virtud del principio de jurisdicción universal.

El artículo 1 de la Convención de la ONU sobre la Tortura (CAT) define la tortura como "todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, o por cualquier razón "basada en cualquier

tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia". La mutilación genital femenina, que causa graves dolores y sufrimientos y se inflige intencionadamente a niñas y mujeres como resultado de la discriminación por razón de género, cumplirá la definición de tortura cuando se lleve a cabo con el consentimiento o la aquiescencia de un funcionario público, incluso cuando el Estado no prevenga, investigue, persiga y castigue a los agentes no estatales que practican la mutilación genital femenina.

La prohibición absoluta de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes también está consagrada en el artículo 7 del PIDCP y en el artículo 37 de la CDN. También figura en el artículo 5 de la DUDH.

El Comité de la ONU sobre la Tortura, el Relator Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer y el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura en el marco de la Convención contra la Tortura han reconocido que la mutilación genital femenina constituye una forma de tortura o de trato cruel, inhumano o degradante. Manfred Nowak, antiguo Relator Especial sobre la Tortura, reconoció que el dolor infligido por la mutilación genital femenina no termina con el procedimiento inicial, sino que a menudo continúa como una tortura continua a lo largo de la vida de la mujer<sup>9</sup>.

Aunque la práctica suele ser llevada a cabo en privado por actores no estatales, puede equivaler a una forma de tortura **si los Estados no cumplen con su deber de tomar todas las medidas necesarias para poner fin a la práctica**, incluyendo la investigación y, de acuerdo con la legislación nacional, imponiendo castigos a la A/MGF para hacer frente a la impunidad de la práctica. Por lo tanto, los Estados que no prohíben la A/MGF en la legislación nacional, o que autorizan cualquier forma de A/MGF, incluidas las versiones medicalizadas de la práctica, pueden estar aceptando, o consintiendo la tortura<sup>10</sup>. En el contexto del asilo, el principio de no devolución significa que las niñas o mujeres que corren el riesgo de sufrir o ser sometidas a la A/MGF en su país de origen no deben ser deportadas o extraditadas por considerar que esta práctica constituye una forma de tortura<sup>11</sup>.

#### Documentos de consenso internacional

Aunque no son formas vinculantes de derecho internacional, los documentos de consenso internacional constituyen un derecho internacional "blando" y pueden ser muy persuasivos. Varios documentos de consenso internacional reconocen la mutilación genital femenina como una violación de los derechos de las niñas y las mujeres y afirman la obligación de todos los Estados de tomar medidas para acabar con esta práctica en todas sus formas.

La A/MGF fue reconocida como una forma de violencia contra la mujer en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1993<sup>12</sup>, con el compromiso de los Estados de dar prioridad a los programas de educación formal e informal que hagan hincapié en la eliminación de las prácticas nocivas,

incluida la A/MGF, de promulgar y hacer cumplir la legislación contra los autores de la A/MGF, y de apoyar los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones comunitarias que trabajan para acabar con esta práctica.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo<sup>13</sup> (CIPD) de 1994 también pidió a los Estados que prohibieran la A/MGF allí donde existiera y que apoyaran a las ONG, las organizaciones comunitarias y las instituciones religiosas para acabar con la práctica. Esto debe incluir "programas de divulgación comunitaria sólidos con la participación de los líderes religiosos y de las comunidades, que brinden educación y asesoramiento sobre su impacto en la salud de las niñas y las mujeres, y el tratamiento y la rehabilitación adecuados para las niñas y las mujeres que han sufrido la mutilación". Los servicios deberían incluir el asesoramiento a mujeres y hombres para desalentar esta práctica". El Programa de Acción también pedía a los gobiernos que garantizaran que la mutilación genital femenina fuera un componente integral de la atención primaria de salud, incluidos los programas de salud reproductiva.

En 2012, la Asamblea General de la ONU aprobó por consenso la Resolución "Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina", en la que se destaca la necesidad de que los Estados desarrollen una visión estratégica a largo plazo para poner fin a esta práctica, acoplando las medidas legislativas con la sensibilización, las medidas educativas y la protección de las niñas y las mujeres mediante el desarrollo de planes de acción y estrategias nacionales integrales. La resolución también pide a la comunidad internacional que apoye el fin de esta práctica mediante la asignación de recursos financieros.

Además, todos los Estados se han comprometido, en el marco de la meta 5.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, temprano y forzado y la mutilación genital femenina, para 2030.

## MARCOS REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África<sup>14</sup> (El Protocolo de Maputo) prohíbe todas las formas de prácticas nocivas, incluida la A/MGF (Artículo 5) y obliga a los Estados Partes a tomar medidas para garantizar la eliminación de la práctica de la A/MGF. Además, el artículo 21 de la

Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño<sup>15</sup> también prohíbe "las costumbres y prácticas perjudiciales para la salud o la vida del niño". El artículo 25 de la Carta Africana de la Juventud también exige la eliminación de las prácticas sociales y culturales perjudiciales, pidiendo a los Estados Partes que tomen todas las medidas apropiadas para eliminar estas prácticas que afectan al bienestar y la dignidad de las jóvenes, con especial atención a las costumbres y prácticas que perjudican la salud, la vida o la dignidad de las jóvenes, y las que discriminan por motivos de género, edad u otra condición<sup>16</sup>.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica<sup>17</sup> (Convenio de Estambul) exige a los Estados, en virtud del artículo 38, que adopten las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para garantizar la penalización de las conductas que conducen a la mutilación genital femenina.

## VISIÓN GENERAL DE LA A/MGF

La OMS define la A/MGF como "todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos, u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas"<sup>18</sup>.

La OMS clasifica además cuatro tipos principales de A/MGF: <sup>19</sup>

- **Tipo 1:** la extirpación parcial o total del glande del clítoris (la parte externa y visible del clítoris, que es una parte sensible de los genitales femeninos), y/o el prepucio/capuchón del clítoris (el pliegue de piel que rodea el glande del clítoris).
- **Tipo 2:** La extirpación parcial o total del glande del clítoris y de los labios menores (los pliegues internos de la vulva), con o sin extirpación de los labios mayores (los pliegues externos de la piel de la vulva).
- **Tipo 3:** También conocida como infibulación, es el estrechamiento de la abertura vaginal mediante la creación de un sello de cobertura. El sello se forma cortando y recolocando los labios menores, o los labios mayores, a veces mediante sutura, con o sin extirpación del prepucio/capuchón del clítoris y del glande.
- **Tipo 4:** Esto incluye todos los demás procedimientos perjudiciales para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo, pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados y cauterización de la zona genital.

La **desinfibulación** se refiere a la práctica de cortar la abertura vaginal sellada (de una mujer que ha sido infibulada - A/MGF de tipo 3), que a menudo es necesaria para permitir el coito o facilitar el parto. El término **reinfibulación** se refiere a la práctica de volver a coser o suturar el tejido cicatricial resultante

de la infibulación después de que una mujer haya sido desinfibulada. La reinfibulación puede tener lugar a menudo después de que la mujer haya sido desinfibulada para permitir las relaciones sexuales o el parto.

Muchas niñas y mujeres no saben a qué "tipo" de ablación se han sometido, y una niña o mujer que cree que se ha sometido a un tipo concreto de ablación puede descubrir, al examinarla, que se ha sometido a una forma diferente. Algunas niñas y mujeres que fueron sometidas a la ablación a una edad muy temprana pueden no saber que han sido sometidas a la A/MGF. **Todos los "tipos" de A/MGF son violaciones de los derechos humanos y una forma de violencia de género con graves repercusiones en la salud física, mental y psicosocial de las niñas y las mujeres, así como en sus resultados socioeconómicos en la vida.**

Esta práctica **no tiene ningún beneficio para la salud** y puede causar graves problemas de salud física y psicosocial, como hemorragias, infecciones, trastorno de estrés postraumático e incluso la muerte. Es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluida su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, y equivale a una forma de violencia de género. La práctica es también una grave violación de los derechos del niño, ya que suele realizarse a las niñas antes de los 15 años, y la mayoría se corta antes de los 5 años. Todos los Estados se han comprometido a poner fin a esta práctica, tanto a través del ODS 5.3.2, como a través de la adopción de la Resolución de la Asamblea General de la ONU sobre la "Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina"<sup>20</sup>.

La A/MGF es un problema global que requiere una respuesta global<sup>21</sup>. Se calcula que 200 millones de niñas y mujeres han sufrido la A/MGF sólo en los 31 países de los que se dispone de datos. Más de la mitad de los afectados viven en Egipto, Etiopía e Indonesia. En la actualidad, 4,1 millones de niñas son sometidas a la A/MGF cada año sólo en esos 31 países, cifra que aumentará a 4,6 millones de niñas al año en 2030 si las tasas actuales de abandono de la práctica no se multiplican por diez en función del crecimiento demográfico<sup>22</sup>. Sólo 31 de al menos 96 países en los que se sabe que se practica, informan actualmente de datos a nivel nacional sobre la A/MGF. El número real de niñas y mujeres afectadas por esta práctica es mucho mayor. Además, las repercusiones de la pandemia de COVID-19 significan que habrá que evitar otros dos millones de casos de ablación o mutilación genital femenina para cumplir la meta 5.3 de los ODS de eliminar todas las prácticas nocivas para 2030<sup>23</sup>.

Aunque tradicionalmente se ha considerado que la carga global de la A/MGF se encuentra en África Occidental y Oriental, la práctica es frecuente en toda Asia y en la región de Oriente Medio y África del Norte, así como en las poblaciones de la diáspora de todo el mundo. También hay que tener en cuenta que las prácticas equivalentes a la mutilación genital femenina se realizaban en niñas y mujeres en Europa y América ya en los siglos XIX y XX como "cura" para

la "histeria", las enfermedades mentales y la masturbación<sup>24</sup>. También existen informes anecdóticos que sugieren que la A/MGF puede ser practicada actualmente por las comunidades cristianas conservadoras de EE. UU<sup>25</sup>.

La ablación o mutilación genital femenina suele practicarse en niñas de entre 0 y 15 años. En casi la mitad de los países con datos representativos a nivel nacional, la mayoría de las niñas son cortadas antes de los 5 años. Sin embargo, hay notables excepciones en países como Kenia, Egipto y la República Centroafricana, donde la ablación se practica hasta bien entrada la adolescencia<sup>26</sup>. En los países en los que las niñas se someten a la práctica a una edad más avanzada, la edad de la ablación parece estar disminuyendo<sup>27</sup>. La A/MGF ha sido realizada tradicionalmente por las mujeres mayores de la comunidad o por las parteras tradicionales. De forma alarmante, alrededor de una de cada cuatro niñas y mujeres de hoy en día han declarado haber sido sometidas a la ablación por un profesional de la salud, y la proporción es dos veces mayor entre las adolescentes, lo que indica un aumento de la medicalización de la A/MGF.<sup>28</sup>

En 2020, antes del COVID-19, el UNFPA estimó que el coste de acabar con la A/MGF en los 31 países con datos representativos a nivel nacional ascendía a 2.400 millones de dólares. Sin embargo, el gasto previsto en ayuda al desarrollo fue de sólo 275 millones de dólares, lo que supone un déficit de 2.100 millones de dólares. El UNFPA estimó además que el coste promedio de la prevención de un caso de A/MGF era de 95 dólares<sup>29</sup>. Por otra parte, la OMS calcula que el tratamiento de las complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina sólo en 27 países de alta prevalencia cuesta 1.400 millones de dólares al año<sup>30</sup>.

El Comité de los Derechos del Niño ha expresado su preocupación por el hecho de que la circuncisión de bebés y niños varones, así como otros ritos de iniciación, puedan tener efectos perjudiciales en determinados contextos.<sup>31</sup> Sin embargo, esto no es

comparable con la A/MGF y la violencia de género, el trauma y las complicaciones de salud a largo plazo, incluida la muerte, que sufren las personas que han sido sometidas a la A/MGF.

# IMPULSORES Y CAUSAS FUNDAMENTALES DE LA A/MGF

## NORMAS SOCIALES

La práctica de la A/MGF está ampliamente reconocida como una norma social/de género<sup>32</sup>. Esto significa que la práctica se mantiene gracias a un complejo conjunto de creencias, expectativas, sanciones y beneficios que se atribuyen dentro de una determinada comunidad. Las familias de una comunidad elegirán cortar a sus hijas porque creen que otras personas de su comunidad *también* han cortado a sus hijas, pero también porque creen que la comunidad *espera* que corten a sus hijas. Al cortar a su hija, la familia sabe que será aceptada en su comunidad y por sus compañeros. Puede conseguir un precio de novia más alto o ser más casadera si se corta. Si no se corta, la comunidad la puede condenar al ostracismo por rechazar la cultura y la tradición. Puede que se la considere "impura" o "poco casta" y que le cueste encontrar un marido. En estas circunstancias, los cambios en las actitudes personales hacia la A/MGF no conducen necesariamente a cambios en la práctica de la A/MGF. Esto se debe a que, si bien las actitudes pueden cambiar a nivel individual, se necesita un proceso más comunitario para lograr un cambio en la

## ESTUDIO DE CASO: PLAN INTERNACIONAL ETIOPÍA - ENFOQUES COMUNITARIOS HOLÍSTICOS

Plan Internacional Etiopía trabajó en colaboración con la Organización de Desarrollo de la Posteridad de Beza y con organismos gubernamentales para ofrecer una serie de eventos de concienciación sobre la MGF y de aprendizaje comunitario. Estos reunieron a los miembros de la comunidad -docentes, padres, madres, jóvenes, líderes religiosos, cortadores- en diálogos abiertos y eventos para abordar las normas sociales perjudiciales que subyacen a la práctica. Los clubes de niñas en las escuelas promovieron la resiliencia contra las prácticas nocivas. En el caso de las supervivientes de la mutilación genital femenina, los profesionales trabajaron para mejorar la coordinación de la gestión de los casos y proporcionaron apoyo psicosocial, médico y económico.

Se involucró a 7.480 miembros de la comunidad, con un informe de 231 casos de A/MGF prevenidos, y el 69% de los cortadores decidieron poner fin a la práctica y convertirse en voluntarios de la comunidad para concienciar sobre los impactos negativos de la A/MGF.

*"Era una niña cuando me circuncidaron y no sabía que me estaba pasando. Decidí servir como voluntaria comunitaria para luchar contra la mutilación genital femenina. Recibí una formación básica sobre la MGF y aprendí y comprendí sus efectos negativos. Sirvo a las comunidades a través de foros de conversación y discusiones entre pares y creo conciencia para las mujeres que van a dar a luz en el centro de salud".*

Zehara Ali Mirah, (21), Voluntaria comunitaria, Etiopía.

práctica. Esto es especialmente cierto para las sociedades caracterizadas por valores colectivistas que atribuyen menos valor a la agencia individual, a las que pertenecen muchas de las comunidades afectadas por la A/MGF.

Las normas legales y morales, que son distintas de las normas sociales, pueden apoyar o prohibir la práctica de la A/MGF contribuyendo o restringiendo un entorno propicio para el cambio de normas sociales positivas. Por ejemplo, cuando las comunidades no han abandonado la A/MGF y siguen valorando la práctica, la penalización de la A/MGF puede llevar a las comunidades a llevarla a cabo en secreto, haciendo que la práctica sea mucho más difícil de identificar y de trabajar eficazmente con ellas para su abandono.

**Para acabar con la A/MGF de forma exitosa y sostenible se requiere un enfoque holístico y multisectorial que involucre a comunidades enteras en un diálogo abierto y sin prejuicios y que apoye a las comunidades para que decidan colectivamente abandonar la práctica por sí mismas.**

## NORMAS DE GÉNERO

Las normas de género son un subconjunto importante de normas sociales que definen los comportamientos esperados de las personas de diferentes géneros en un grupo o sociedad determinados, hasta el punto de que se convierten en una parte profunda del sentido del yo de las personas. A menudo son específicos de la edad y están influidos por otros marcadores de identidad (etnia o clase social, por ejemplo). Reflejan y sostienen una jerarquía de poder y privilegio que suele favorecer a lo que se considera masculino o de hombres frente a lo que es femenino o de mujeres.

Las normas de género están arraigadas en las instituciones, anidadas en las mentes de las personas y reforzadas por las acciones de éstas. Se sustentan en recompensas y sanciones sociales, y a menudo en la violencia. Desempeñan un papel en la configuración del acceso, a menudo desigual, de las niñas y las

mujeres a los recursos y las libertades, afectando a la voz, la agencia y el poder<sup>33</sup>.

La práctica de la mutilación genital femenina se mantiene y refuerza las normas y estereotipos de género discriminatorios y profundamente perjudiciales que definen los límites de las aspiraciones de las niñas. Aunque las familias y las comunidades suelen alegar razones culturales, religiosas y sociales para practicar la A/MGF, el razonamiento suele centrarse en normas de género perjudiciales, como que las niñas y las mujeres deben ser castas y modestas, que las niñas y las mujeres son menos valiosas económicamente que los niños y los hombres, la creencia de que las niñas no sometidas a la ablación son "sucias" y feas, o que la ablación de una niña significa un rito de paso a la feminidad<sup>34</sup>. Esta práctica suele estar muy vinculada a los conceptos de virginidad y fidelidad, y a menudo se lleva a cabo como una forma de controlar la sexualidad femenina para garantizar la castidad antes y la fidelidad durante el matrimonio<sup>35</sup>. Asimismo, los efectos de la A/MGF en una niña pueden provocar complicaciones de salud de por vida, limitar su acceso a la educación y a las oportunidades económicas, así como su acceso al poder y a la agencia dentro de su propia familia y comunidad<sup>36</sup>. Como la práctica se lleva a cabo en la mayoría de las niñas antes de los 5 años, pero a veces hasta los 15, la práctica priva a las niñas de su derecho a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y su autonomía corporal.

Apoyar a las comunidades para que abandonen de forma sostenible y significativa la práctica de la A/MGF requiere la transformación de estas normas de género perjudiciales. Los enfoques de transformación de género examinan, cuestionan y pretenden cambiar las normas de género rígidas y discriminatorias y los desequilibrios de poder que favorecen a los niños y a los hombres sobre las niñas y las mujeres<sup>37</sup>. Los enfoques exitosos de transformación de género involucran activamente a los niños y jóvenes desde una edad temprana para desafiar los estereotipos de género perjudiciales y equiparlos con el conocimiento,

## ESTUDIO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL SUDÁN Y PLAN INTERNATIONAL GUINEA: FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN MASCULINA

Reconociendo la importancia de la participación masculina en la lucha contra las negativas normas sociales y de género que subyacen a la A/MGF, las oficinas de Plan International colaboran y trabajan con los hombres de las comunidades como agentes de cambio.

En el estado del Nilo Blanco, Plan International Sudán formó a 31 líderes religiosos y a 171 facilitadores masculinos para que trabajaran en sus comunidades en la concienciación y la promoción contra la A/MGF. En Guinea, más de 10.368 hombres del distrito de Coyah recibieron apoyo para entender y comprometerse con el tema. Las actividades dirigidas por los activistas masculinos incluyeron actos públicos en la comunidad, el acuerdo de ritos de iniciación alternativos, diálogos intergeneracionales y el acercamiento a líderes religiosos y profesionales de la salud.

*"La ley, el artículo 141 que penaliza la MGF, me da la esperanza de que el cambio puede ser real".*

Sheikh Alnayer Youif (60), agricultor y líder religioso, Sudán

*"Ayer, la escisión era una tradición que fomentábamos, incluso era una obligación para nuestras hijas. Hoy hemos comprendido que ya no es una buena práctica, las consecuencias son enormes".*

Sr. Abdoulaye, Jefe del Distrito de Bangouya, Guinea

el poder y la agencia para ejercer plenamente sus propios derechos. También trabajan para involucrar a comunidades enteras en el desmantelamiento de las relaciones de poder, incluso mediante la creación de un entorno propicio que involucre a los hombres y los niños, los líderes religiosos y tradicionales, y los ancianos de la comunidad, tanto hombres como mujeres en particular, como defensores activos para poner fin a la mutilación genital femenina y garantizar la igualdad de género.

## FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

El origen étnico es el factor más significativo que subyace a la prevalencia de la A/MGF. Esto se debe en gran medida al hecho de que los miembros de ciertos grupos étnicos se adhieren a las mismas normas sociales, incluida la práctica de la mutilación genital femenina, que a menudo se considera un marcador de la identidad de la comunidad, especialmente cuando la práctica sirve como rito cultural de paso o de iniciación. Por ejemplo, mientras que la tasa de prevalencia nacional de la mutilación genital femenina en Kenia es actualmente del 21%, la práctica está muy concentrada en los grupos étnicos kisii y somalí de las regiones fronterizas, y es casi nula entre las mujeres más jóvenes de otros grupos étnicos<sup>38</sup>. También es probable que los miembros de un mismo grupo étnico se adhieran al mismo conjunto de normas sociales independientemente del lugar en el que vivan, lo que ha llevado a que esta práctica trascienda las fronteras nacionales donde se concentran los grupos étnicos, incluso en contextos migratorios en comunidades de la diáspora en Europa, Australia y Estados Unidos<sup>39</sup>. Sin embargo, los datos también muestran que la prevalencia de la A/MGF entre el grupo étnico poular de África Occidental, por ejemplo, varía considerablemente según el contexto del país en el que se encuentre el grupo<sup>40</sup>. Esto señala la importancia de los grupos de referencia en el cambio de las normas sociales, ya que los grupos de Poular de las zonas de baja prevalencia pueden sentirse menos presionados para ajustarse a la práctica o incluso sentirse presionados para abandonarla.

En algunos contextos en los que se practica la A/MGF, factores como la urbanización, el aumento de recursos económicos de los hogares y la mejora de los resultados educativos se han asociado al abandono de la A/MGF. Esto se debe a que en las zonas rurales suele haber menos diversidad cultural, lo que impide el cuestionamiento de creencias muy arraigadas y de larga data, necesarias para el cambio de las normas sociales<sup>41</sup>. En 22 de los 31 países con datos a nivel nacional sobre la A/MGF, menos de la mitad de su población reside en centros urbanos<sup>42</sup>. Sin embargo, hay notables excepciones, como en Indonesia, donde el 56% de las niñas que han sido sometidas a la A/MGF viven en zonas urbanas<sup>43</sup>.

Un nivel bajo de ingresos y la pobreza de los hogares también se asocian con tasas más altas de ablación o mutilación genital femenina, ya que las niñas de los hogares con más recursos tienen menos probabilidades de ser sometidas a la ablación. Del mismo modo, existe una correlación entre las mayores

tasas de A/MGF en las hijas de mujeres sin estudios, que disminuye sustancialmente cuando aumenta el nivel de estudios de la madre. Las mujeres con mayor nivel de educación también son más propensas a oponerse a la práctica de la A/MGF. Como ocurre con la mayoría de los factores que impulsan la práctica de la A/MGF, hay excepciones a estos patrones, por ejemplo, en Nigeria<sup>44</sup>. Es probable que la etnia, la riqueza del hogar, la residencia urbana o rural y el nivel educativo de la madre interactúen, con el efecto de que una mujer que vive en una zona urbana tiene más probabilidades de tener una mejor educación y mayores recursos en el hogar y, por lo tanto, puede ser menos probable que facilite o consienta la ablación de su hija<sup>45</sup>.

## RELIGIÓN

Las comunidades y los individuos a menudo citan la creencia de que la A/MGF es un requisito de su religión. Por ejemplo, en Somalia y Somalilandia, se estima que el 99,2% de las mujeres de entre 15 y 49 años han sido sometidas a la ablación o mutilación genital femenina, y el 72% cree que es un requisito religioso<sup>46</sup>. Sin embargo, esta práctica no se aprueba y no es un requisito de ninguna religión. Se cree que la A/MGF se originó por primera vez hace entre 2.000 y 5.000 años en Egipto<sup>47</sup>, y, por tanto, es anterior a las religiones modernas del judaísmo, el cristianismo y el islam. Se sabe que comunidades de todas las religiones y confesiones practican la mutilación genital femenina, incluyendo el cristianismo, el islam, el judaísmo y las religiones indígenas. Además, sólo algunas comunidades de una determinada fe pueden practicar la A/MGF, lo que indica además que la A/MGF es una práctica cultural o tradicional que se ha transmitido de generación en generación.

La confusión, en particular, en torno a los vínculos entre la A/MGF y el islam, que se perpetúa a nivel comunitario, proviene del uso de términos religiosos para referirse a la práctica, por ejemplo, refiriéndose al corte de la "Sunnah", que es un término religioso islámico con connotaciones de una práctica recomendada por el Profeta Mahoma<sup>48</sup>. Según la Shari'ah, para que una práctica se considere "religiosa" en el islam, debe tener una base en el Corán o la Sunnah (las prácticas establecidas ejemplificadas o aprobadas por el Profeta Mahoma).

El Corán no menciona la mutilación genital femenina ni la circuncisión femenina, pero advierte claramente contra el daño deliberado a uno mismo o a los demás, y contra las tentaciones de cambiar la forma creada por Dios<sup>49</sup>. Del mismo modo, los pocos hadices (informes de declaraciones o acciones del Profeta) en los que se basan los defensores de la A/MGF para justificar la práctica de la A/MGF como islámica son considerados débiles e inauténticos por los eruditos islámicos. Tampoco hay pruebas de que ninguna de las mujeres de la casa del Profeta Muhammad se sometiera a la circuncisión<sup>50</sup>.

Aunque la opinión difiere mucho entre los eruditos islámicos y los líderes religiosos, muchos de los principales eruditos islámicos, incluida la prestigiosa Universidad de Al-Azhar, abogan activamente contra

la práctica de la mutilación genital femenina, reconociendo que no es una práctica islámica. Esto ha incluido la emisión de varias fatwas que prohíben la práctica, como una fatwa del Consejo Supremo de Investigación Islámica de Al-Azhar en 2007, que declaró que la mutilación genital femenina no tiene ninguna base en la Sharia, pero también que es pecaminosa y debe evitarse. Aunque se necesitan más pruebas, en los contextos en los que la práctica de la A/MGF está asociada a la religión, trabajar con los líderes religiosos y comprometerlos puede ser eficaz para apoyar a esas comunidades a abandonar la práctica<sup>51</sup>.

## LA A/MGF EN CONTEXTOS HUMANITARIOS Y DURANTE LAS CRISIS (INCLUYENDO COVID-19)

Las situaciones humanitarias y los contextos de crisis tienen un impacto desproporcionado sobre las niñas y las mujeres al exacerbar las desigualdades estructurales de género existentes, muchas de las cuales son también causas fundamentales de la A/MGF<sup>52</sup>. Los contextos humanitarios provocan habitualmente un aumento de los índices de violencia de género, incluidos los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados (MUITF) y la mutilación genital femenina, y las normas mínimas exigen que todos los actores humanitarios *asuman* que la violencia aumenta durante estos períodos<sup>53</sup>. La A/MGF en situaciones de emergencia está poco investigada, pero la literatura disponible y el consenso indican ampliamente que las necesidades y los derechos de las niñas en riesgo o supervivientes de la A/MGF no se consideran adecuadamente en los programas y respuestas humanitarias, y a menudo los donantes y los responsables políticos no les dan prioridad<sup>54</sup>. El análisis de los datos de la financiación humanitaria mundial comunicados al STF en 2016, 2017 y 2018 reveló que la financiación de la violencia de género representó solo el 0,12% de toda la financiación humanitaria; es probable que la cantidad comprometida directamente para acabar con la mutilación genital femenina sea mínima<sup>55</sup>.

Los impactos de las crisis o situaciones humanitarias sobre la práctica de la A/MGF son multifacéticos. Cuando una crisis humanitaria provoca el desplazamiento de poblaciones, la práctica cultural se desplaza con la comunidad. Una investigación llevada a cabo por Plan International en Malí descubrió que las familias desplazadas internas del norte que no practicaban la A/MGF y que habían huido para vivir en el sur, donde la A/MGF está mucho más extendida, estaban siendo condenadas al ostracismo por no someter a sus hijas a la ablación. Se sentían presionados para practicar la A/MGF a sus hijas. Del mismo modo, los medios de comunicación de Egipto sugieren que los refugiados sirios han comenzado a realizar esta práctica a sus hijas para asimilarse a la cultura, probablemente influidos por la presión económica y la preocupación por la posibilidad de que las niñas se casen<sup>56</sup>. Por tanto, las situaciones humanitarias pueden influir en la práctica, ya que los

grupos de referencia de las normas sociales cambian con los cambios de población. Mientras que las poblaciones no practicantes pueden verse presionadas para adoptar la práctica, es necesario investigar más para establecer si la dinámica poblacional inversa puede presentar oportunidades de abandono de la comunidad cuando las comunidades practicantes emigran a zonas de baja prevalencia.

El impacto de las crisis humanitarias, incluidas las provocadas por el cambio climático,<sup>57</sup> también ha demostrado que lleva a las comunidades a adoptar o aumentar la práctica de la A/MGF como estrategia negativa de afrontamiento y como medio para hacer frente a la inestabilidad, el deterioro de los medios de vida y la presión sobre los recursos económicos. Esto es especialmente cierto cuando la práctica se considera un requisito previo para el matrimonio, ya que las niñas cortadas pueden recibir un precio más alto como novias<sup>58</sup>, demostrando los importantes vínculos entre la A/MGF y el MUITF. Las pruebas anecdóticas de la pandemia de COVID-19 también demuestran el impacto que las crisis pueden tener en las normas sociales, incluida la A/MGF. Por ejemplo, los informes del distrito de Kuria, en Kenia, demostraban que los ancianos y jefes de la comunidad culpaban de la pandemia al supuesto abandono por parte de la comunidad de sus prácticas tradicionales y culturales, incluida la ablación o mutilación genital femenina, lo que enfurecía a los dioses<sup>59</sup>.

Las crisis humanitarias interrumpen gravemente el acceso a los servicios esenciales que necesitan las supervivientes de la A/MGF, sobre todo a los servicios de calidad de SDRS, y la capacidad de las iniciativas de programación comunitaria para acceder a las comunidades de riesgo para la prevención<sup>60</sup>. Adoptar y aplicar de forma efectiva un enfoque de nexo entre la ayuda humanitaria, el desarrollo y la paz (nexo HDP-por sus siglas en inglés) en las intervenciones relacionadas con la A/MGF ofrece una posible solución al doble reto al que se enfrentan las niñas en riesgo de A/MGF, que carecen de acceso a una programación eficaz basada en el desarrollo en tiempos de crisis, y a las que los actores humanitarios han quitado sistemáticamente la prioridad a los servicios por no considerarlos esenciales o vitales<sup>61</sup>. Las situaciones humanitarias suelen dar lugar a un aumento de los índices de violencia sexual y de género, lo que hace que las supervivientes de la A/MGF corran un riesgo importante de sufrir impactos físicos y psicosociales agravados como consecuencia del trauma existente y de los impactos de la A/MGF en la salud física. Por ejemplo, se descubrió que niñas de tan sólo 10 años que vivían en campos de refugiados en Sudán estaban embarazadas como resultado de una violación y posteriormente sufrieron una serie de complicaciones graves en el parto como consecuencia de su condición de sometidas a la A/MGF y de su edad<sup>62</sup>. La continuidad de la atención y el acceso sostenido a los servicios, incluidos los de salud sexual y reproductiva y los de violencia de género, son, por tanto, vitales para las supervivientes de la A/MGF durante las crisis humanitarias, donde es más probable que se manifieste la interacción de la A/MGF

# ESTUDIO DE CASO: PLAN INTERNATIONAL SOMALIA – INCIDENCIA PARA LA CREACIÓN DE UN MARCO JURÍDICO

En el contexto de la COVID-19, la sequía y el desplazamiento interno, Plan International Somalia, en asociación con la Red contra la MGF en Somalilandia (NAFIS) colaboró con jóvenes, ministros del gobierno y líderes tradicionales y religiosos clave para abordar la MGF y mejorar los sistemas de apoyo a la infancia en Somalilandia.

Las adolescentes diseñaron y dirigieron actividades de promoción contra la mutilación genital femenina, lo que dio lugar a una plataforma de medios sociales para compartir apoyo y mensajes positivos entre iguales. Los líderes tradicionales y religiosos participaron en emisiones de radio nacionales, acompañadas de una campaña de televisión, vallas publicitarias y folletos para llegar a un público más amplio. El proyecto proporcionó apoyo técnico y orientación al Ministerio de Empleo, Asuntos Sociales y Familia, que permitió una coordinación eficaz entre los actores nacionales. El modelo integrado ascendente que crea sinergia entre la acción desde el nivel comunitario hasta el nacional consolidó las voces de las ONG, los líderes religiosos y el gobierno.

Como resultado, se aprobó la Ley de la Infancia como una ley histórica para proteger a los niños y, tras lograr el consenso, la política sobre la mutilación genital femenina se sometió a debate en el parlamento.

con el aumento de la incidencia de otras formas de violencia sexual y de género, incluida la violación.

Adoptar el enfoque del nexo HDP para acabar con la A/MGF en contextos de crisis fortalecería el proceso para identificar las vulnerabilidades y los riesgos potenciales para las niñas y las comunidades que practican la A/MGF, mirando más allá de las necesidades inmediatas y agudas<sup>63</sup>. La evidencia de la respuesta a la pandemia de COVID-19 demuestran que los proveedores de servicios locales y comunitarios son los que están mejor situados en tiempos de crisis para movilizar eficazmente el cambio, identificar soluciones y responder a las crisis en sus comunidades<sup>64</sup>. Reforzar y asociarse con las organizaciones locales y los proveedores de servicios comunitarios puede compensar las interrupciones en la prestación de servicios en momentos de emergencia y garantizar la continuidad de la atención y el acceso a los servicios<sup>65</sup>.

Como resultado de COVID-19, el UNFPA calcula que en la próxima década podrían producirse dos millones de casos de ablación o mutilación genital femenina que, de otro modo, se habrían evitado<sup>66</sup>. Las repercusiones de las restricciones de la COVID-19 han provocado retrasos e interrupciones en la ejecución de los programas, especialmente a nivel comunitario, para apoyar el abandono de la A/MGF. Estos retrasos se han visto agravados por los cierres y confinamientos o los toques de queda, que han provocado el cierre de escuelas y otros espacios seguros, manteniendo a las niñas en casa, donde corren un riesgo mucho mayor de ser sometidas a la A/MGF y de entrar en el MUITF. La investigación realizada por Plan International en Somalia en mayo de 2020 encontró pruebas de que los cortadores iban de puerta en puerta para realizar servicios de A/MGF en Mogadiscio. Del mismo modo, una evaluación rápida llevada a cabo por el UNFPA en Somalia y Somalilandia descubrió que el 31% de los encuestados afirmaba que se había producido un aumento de la mutilación genital femenina en comparación con antes de la pandemia<sup>67</sup>, mientras que una encuesta realizada por Save the Children en septiembre de 2020 en el campo de refugiados de Dadaab, en Kenia, descubrió que el 75% de los

trabajadores de protección de la niñez informaron de un aumento del 20% en la ablación o mutilación genital femenina<sup>68</sup>.

Las medidas de confinamiento también fueron responsables del debilitamiento de los sistemas de justicia, protección y salud, especialmente en los países en los que éstos ya eran inadecuados, lo que provocó que las sobrevivientes de la mutilación genital femenina sufrieran importantes retrasos en el acceso a la justicia y a la protección legal, incluida la detención y el enjuiciamiento de los perpetradores<sup>69</sup>. Del mismo modo, como se ha visto entre Kenia y Uganda, el debilitamiento de las estructuras policiales fronterizas como resultado del confinamiento condujo a un aumento de los cruces reportados en marzo de 2020 desde Uganda hacia Kenia para buscar practicantes de la A/MGF<sup>70</sup>. Por otra parte, los cierres que han provocado la falta de acceso a los servicios también han dado lugar a una disminución positiva de la práctica de la A/MGF medicalizada, ya que las comunidades que la practican han tenido dificultades para acceder a los proveedores de servicios de salud para realizar la ablación, y los propios servicios de salud han cambiado para dar prioridad a la respuesta al COVID-19. Por ejemplo, en Nigeria, donde el 12,7% de las mutilaciones genitales femeninas son realizadas por personal sanitario, los informes indicaban que las restricciones de movimiento habían impedido a las familias de todo el estado de Enugu viajar a las clínicas de salud para la realización de la mutilación genital femenina<sup>71</sup>. Por lo tanto, los planes de respuesta a las emergencias de salud pública pueden ofrecer oportunidades para interrumpir significativamente la práctica de la A/MGF. Por ejemplo, la respuesta de Sierra Leona a la epidemia de ébola de 2014 impuso una prohibición y una multa considerable a la práctica de la mutilación genital femenina por temor a que propagara la enfermedad, lo que condujo a un descenso temporal, aunque drástico y sustancial, de la prevalencia de la mutilación genital femenina en Sierra Leona durante la epidemia<sup>72</sup>.

# CONSECUENCIAS E IMPACTOS DE LA A/MGF

## SALUD

**No se conocen beneficios para la salud de la práctica de la A/MGF. Todas las formas de A/MGF son perjudiciales para la salud física y psicosocial y el bienestar de las niñas y mujeres a lo largo de su vida, incluida su salud sexual y reproductiva.**

Aunque las repercusiones de la A/MGF en la salud física, psicosocial y sexual son significativas, es importante señalar que centrarse exclusivamente en las repercusiones de la práctica en la salud ha demostrado fomentar un enfoque de reducción de daños de la A/MGF, lo que da lugar a un aumento de las tasas de A/MGF medicalizada<sup>73</sup> (A/MGF realizada por profesionales médicos o en entornos sanitarios), a la práctica de la ablación a edades más tempranas o a la adopción de tipos de ablación "menos graves", lo que a su vez normaliza y afianza la práctica.

Las complicaciones inmediatas o agudas de la práctica pueden incluir dolor intenso, hemorragia excesiva, shock, inflamación del tejido genital, fiebre, infecciones, problemas urinarios y complicaciones en la cicatrización de la herida<sup>74</sup>. En algunos casos, la práctica puede provocar la muerte como resultado de una hemorragia grave, dolor y traumatismo, y/o una infección grave<sup>75</sup>. El tipo 3 de A/MGF se asocia con el mayor riesgo de daño físico inmediato<sup>76</sup>. Aunque, a menudo, existe una preocupación por la percepción de los diferentes niveles de gravedad de los distintos tipos de A/MGF, las pruebas del pionero de la cirugía reconstructiva, el Dr. Pierre Foldés, muestran que las mujeres de la India e Indonesia que han sido sometidas al tipo 4 pueden experimentar un corte más profundo y un daño físico más inmediato que incluso el tipo 1, debido al daño del nervio del clítoris<sup>77</sup>.

Las niñas y mujeres que han sufrido la ablación son propensas a padecer afecciones ginecológicas más adelante, como dolor o dificultad para orinar, problemas con la menstruación si la abertura vaginal está parcialmente cerrada, picor y flujo vaginal debido a infecciones y traumatismos, e infecciones crónicas tanto del tracto urinario como de la vagina. Las mujeres que han sufrido la ablación también experimentan una serie de complicaciones obstétricas durante el parto como consecuencia de esta práctica, entre las que destacan la prolongación del trabajo de parto, los desgarros y las laceraciones, las cesáreas, las episiotomías, los partos instrumentales, las hemorragias posparto y los partos difíciles. En particular, la A/MGF también se ha asociado a casos de fístula obstétrica, probablemente como resultado de un parto prolongado y difícil, con los mayores riesgos para las niñas y las mujeres que experimentan

el tipo 3 (infibulación), y es notable que los países donde la A/MGF es prevalente también tienen mayores tasas de mortalidad materna. Las complicaciones obstétricas derivadas de la A/MGF pueden dar lugar a una mayor incidencia de reanimación infantil en el momento del parto, mortinatos intraparto y muerte neonatal<sup>78</sup>.

Más allá de las repercusiones de la MGF en la salud física, esta práctica también se ha asociado a complicaciones de salud sexual y mental que interfieren directamente en los derechos de las niñas y las mujeres a la salud sexual<sup>79</sup>. Las niñas y mujeres sometidas a la A/MGF tienen más probabilidades de manifestar dolor en las relaciones sexuales, falta de deseo sexual, menor satisfacción sexual y menos probabilidades de experimentar el orgasmo en comparación con las niñas y mujeres que no han sido sometidas a la A/MGF. Las niñas y mujeres que han sufrido la A/MGF también han informado de una serie de riesgos psicosociales y de salud mental asociados, como ansiedad y depresión, neurosis, psicosis, pérdida de memoria y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los datos demuestran que la edad a la que se realiza la práctica es un factor que contribuye a la salud mental y a los impactos psicosociales de la A/MGF, ya que las mujeres que eran mayores en el momento de la ablación y que, por tanto, podían recordar la experiencia, tenían más probabilidades de manifestar ansiedad, depresión y TEPT<sup>80</sup>. Aunque la evidencia disponible sugiere que la capacidad de recordar la práctica tiene un mayor impacto en la salud mental de las niñas y las mujeres, la A/MGF es física y psicológicamente dañina independientemente de la edad a la que se realice.

A nivel social y mundial, la OMS calcula que el coste total para la economía mundial del tratamiento de las repercusiones sanitarias de la A/MGF sólo en 27 países con datos adecuados ascendería a 1.400 millones de dólares estadounidenses al año, si se atendieran todas las necesidades médicas resultantes de las supervivientes. Si se abandonara la A/MGF ahora, el ahorro asociado en los costes sanitarios mundiales para hacer frente a las complicaciones derivadas de la A/MGF sería de más del 60% en 2050<sup>81</sup>.

## ACCESO A SERVICIOS CENTRADOS EN EL SUPERVIVIENTE

A pesar de la urgente necesidad de acelerar los esfuerzos para prevenir y poner fin a la mutilación genital femenina en todas sus formas, acabar con la práctica seguiría dejando a millones de niñas y mujeres viviendo con las consecuencias físicas y psicosociales de por vida. El acceso a los servicios para los supervivientes suele olvidarse junto a la necesaria financiación de las actividades de prevención.

El artículo 5 del Protocolo de Maputo establece que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas y de otro tipo que sean necesarias para eliminar dichas prácticas", incluida la "prestación del apoyo necesario a las víctimas de prácticas nocivas

mediante servicios básicos tales como servicios de salud, apoyo jurídico y judicial, consejería emocional y psicológica, así como formación profesional para que sean autosuficientes". La Asamblea General de la ONU también ha instado a los países a proteger y apoyar a las niñas y mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina y a las que están en riesgo, entre otras cosas "desarrollando servicios de apoyo y atención social y psicológica" y adoptando "medidas para mejorar su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con el fin de ayudar a las niñas y mujeres sometidas a la práctica".

Los gobiernos deben garantizar el acceso a la atención prenatal y postnatal y a la planificación familiar para las supervivientes de la A/MGF. También se ha instado a los Estados a que desarrollen programas adaptados a la edad, seguros y confidenciales, así como servicios de apoyo médico, social y psicológico para ayudar a las niñas que son objeto de violencia, que deben incluir la consejería a mujeres y hombres para desalentar esta práctica. Tanto la Asamblea General de las Naciones Unidas como la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer han pedido servicios especializados de refugio para niñas y mujeres en situación de riesgo, señalando que "aunque los refugios se asocian generalmente con la violencia de pareja, este tipo de santuario también lo necesitan las niñas y las jóvenes que escapan, por ejemplo, de la mutilación genital femenina"<sup>82</sup>.

La cirugía reconstructiva del clítoris, destinada a restablecer la anatomía y la función genital normales, ha sido iniciada por el Dr. Pierre Foldès desde 2004<sup>83</sup>. El procedimiento consiste en abrir el tejido cicatricial para exponer las terminaciones nerviosas del clítoris e injertar tejido fresco. El procedimiento puede aliviar el dolor crónico asociado a la mutilación genital femenina, restablece la sensibilidad del clítoris en algunas mujeres y, en algunos casos, les permite experimentar el orgasmo. El procedimiento es beneficioso para muchas mujeres a la hora de recuperar la autoestima y la calidad de vida. Aunque el procedimiento está disponible en clínicas especializadas de Europa, Estados Unidos, Senegal y Burkina Faso (entre otros), sigue siendo ampliamente inasequible e inaccesible para muchas supervivientes.

## IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO

Hay escasez de datos, evidencia e investigaciones sobre el impacto de la educación en la A/MGF. Los datos existentes sí sugieren que las mujeres más preparadas son menos propensas de practicar la ablación a sus hijas, ya que el acceso a la educación permite introducir nuevos conceptos y facilita el intercambio de ideas e información para fomentar la capacidad de pensamiento crítico y las relaciones sociales<sup>84</sup>. Por lo tanto, es probable que la educación sea un factor de protección para reducir la prevalencia de la A/MGF<sup>85</sup>. La incorporación de información sobre la MGF en las escuelas, por ejemplo, a través de la educación integral en sexualidad, también ha demostrado ser eficaz para cambiar las actitudes frente a esta práctica<sup>86</sup>.

Las investigaciones demuestran que las niñas que sufren la A/MGF son más propensas a abandonar la escuela<sup>87</sup>, o que puede dar lugar a una menor participación en las actividades escolares<sup>88</sup>. En Kenia, estudios a pequeña escala han demostrado que las niñas que son sometidas a la ablación suelen abandonar la escuela después del hecho y su educación termina<sup>89</sup>, a menudo, como resultado directo de la A/MGF en un contexto en el que se considera que la práctica marca la transición a la edad adulta. Las razones del abandono escolar suelen citar las complicaciones médicas asociadas a la práctica<sup>90</sup>, especialmente durante los periodos de recuperación. Asimismo, se ha demostrado que las niñas no sometidas a la ablación en Tanzania han sufrido exclusión social, acoso y estigmatización en la escuela, mientras que las niñas que han rechazado activamente la práctica han perdido el apoyo de sus padres o de su familia a su educación<sup>91</sup>. En la práctica, las escuelas también funcionan como espacios seguros para las niñas en riesgo de sufrir la A/MGF, ya que el confinamiento y las órdenes de permanencia en casa resultantes de la pandemia del COVID-19 dejaron a las niñas en casa y limitaron el seguimiento y la notificación de los casos de A/MGF a través de las escuelas y los docentes<sup>92</sup>. Cuando la práctica es la precursora del MUITF, también se retirará a la niña de la escuela<sup>93</sup>. Es probable que las repercusiones de la A/MGF en el acceso de las niñas a la educación también tengan un impacto considerable en el empoderamiento económico de las niñas y en sus oportunidades futuras, aunque se necesitan más pruebas e investigaciones sobre los vínculos existentes.

## MATRIMONIO Y UNIONES INFANTILES, TEMPRANAS Y FORZADAS, Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En los países en los que se practica tanto la A/MGF como el MUITF, los datos muestran que sólo una minoría de las niñas se ven afectadas por ambas prácticas nocivas<sup>94</sup>. Aunque las prácticas de la A/MGF y el MUITF comparten muchos de los mismos impulsores sociales, como las normas sociales y de género perjudiciales e injustas, el asentamiento rural, los bajos recursos de los hogares y los bajos niveles de educación, al parecer no hay una vinculación estrecha entre los dos, como se suele suponer, y más bien, al parecer, estas prácticas coexisten en lugar de que una condicione a la otra. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que, por ejemplo, en Kenia, Senegal, Burkina Faso y Sierra Leona, la A/MGF actúa como un prerrequisito directo para el MUITF<sup>95</sup>, donde ambas prácticas están vinculadas a ideas sobre el control de la sexualidad de las niñas y las mujeres y el mantenimiento de las normas culturales y religiosas<sup>96</sup>. Cuando la ablación tiene lugar durante la adolescencia como parte de los ritos de paso o de las ceremonias de iniciación, la A/MGF actúa a menudo como precursora del MUITF<sup>97</sup>.

En otros contextos, en los que la A/MGF tiene lugar a edades más tempranas, la A/MGF puede no ser un

precursor inmediato del MUITF, pero a menudo se practica con la creencia de que garantizará la castidad o virginidad de la niña para asegurar mejores perspectivas de matrimonio o un precio más alto por la novia más adelante. En Somalia, los hombres consideran que la A/MGF es esencial para el matrimonio, y las niñas que se han sometido a una ablación de tipo 1, en contraposición a la infibulación, han expresado su preocupación por el hecho de que la comunidad las considere más propensas a mantener relaciones sexuales prematrimoniales y, por lo tanto, busquen matrimonios tempranos para demostrar su valor y respetabilidad<sup>98</sup>. Los datos de Etiopía sugieren que las propias niñas han organizado su circuncisión como resultado de la presión de sus pares<sup>99</sup>. Aunque ambas prácticas suelen estar vinculadas o ser practicadas por la misma comunidad, la evidencia demuestra que, en estos contextos, el abandono de una práctica no repercute necesariamente en la otra si no se abordan de manera conjunta. Por ejemplo, las intervenciones para acabar con el MUITF dentro de una comunidad que no hacen referencia ni abordan explícitamente la A/MGF pueden dejar la práctica de la A/MGF en su lugar y muy arraigada. Cuando las dos prácticas coexisten y comparten los mismos impulsores y normas sociales, abordar ambas cuestiones de forma conjunta es la manera más eficaz de abordarlas<sup>100</sup>.

Debido a la complejidad de las dos prácticas, es importante no hacer suposiciones sobre su causalidad, y se necesitan más estudios a nivel global y local para comprender mejor la conexión entre las niñas que son sometidas a la ablación a una edad temprana, y el riesgo posterior de MUITF.

## TEMAS DE ACTUALIDAD

### CRIMINALIZACIÓN DE LA A/MGF

A medida que el movimiento mundial para abandonar la mutilación genital femenina ha crecido, también lo ha hecho el número de países que han introducido legislación para criminalizar esta práctica. En noviembre de 2021, 52 países, entre ellos 29 de África, han tipificado como delito esta práctica en su legislación<sup>101</sup>, con penas que incluyen tanto sanciones penales como multas. En junio de 2020, el Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer afirmó que el hecho de que Malí no tipificara como delito la mutilación genital femenina constituía una violación de los derechos humanos fundamentales de las niñas y las mujeres al permitir la impunidad de esta práctica<sup>102</sup>.

Muchos activistas y supervivientes consideran que tener una ley directa que prohíba la A/MGF envía un mensaje claro de que la A/MGF es mala y legítima sus esfuerzos de campaña, incidencia y programación. Por el contrario, cuando la práctica no está prohibida por la ley, la práctica es efectivamente legal y se lleva

a cabo con impunidad en el mejor de los casos, o se normaliza y medicaliza en el peor caso. Por ejemplo, ningún país de Asia tiene una legislación que prohíba la mutilación genital femenina basándose en que los gobiernos se niegan a reconocer la existencia de la práctica o en que ésta equivale a una "mutilación" y no a la llamada "circuncisión femenina". Aunque Indonesia aprobó una legislación para prohibir la práctica de la mutilación genital femenina por parte de los profesionales de la medicina en 2006, la oposición religiosa hizo que se emitiera un decreto que permitía a los profesionales de la medicina realizar la mutilación genital femenina en 2010. A partir de 2014, el gobierno indonesio revocó el decreto, pero la práctica no está actualmente prohibida en la legislación<sup>103</sup>. Se calcula que el 49% de las niñas de 0 a 14 años han sido sometidas a la ablación en Indonesia, y se espera que 15 millones sean sometidas a la ablación para 2030. La práctica está muy medicalizada y a menudo se ofrece como parte de los "paquetes de nacimiento" en los hospitales junto con la perforación de las orejas<sup>104</sup>.

La penalización de la A/MGF difiere en su enfoque, ya que algunos estados, como Kenia, promulgan leyes específicas sobre la A/MGF, mientras que otros estados incluyen una referencia a esta práctica dentro de medidas legislativas más amplias sobre la protección de la infancia, el fin de la violencia contra las niñas y las mujeres, o las leyes sobre la violencia doméstica. Sin embargo, la eficacia de la legislación se ve a menudo obstaculizada por su escaso cumplimiento y aplicación, el incumplimiento de la ley por parte de las autoridades policiales y la corrupción<sup>105</sup>. En muchos países con legislación que tipifica la A/MGF como delito, no existen mecanismos eficaces para denunciar, derivar y proteger a las niñas y mujeres en riesgo, lo que se traduce en muy pocos enjuiciamientos y en ineficaces mecanismos de aplicación<sup>106</sup>.

A pesar de la creciente criminalización de la A/MGF, las investigaciones demuestran que la legislación que penaliza la A/MGF sólo es eficaz si se centra en reforzar la concienciación de la comunidad sobre la ley y si se considera que promueve la salud y el bienestar de las niñas y las mujeres, en lugar de castigar a las comunidades que la practican<sup>107</sup>. Cuando se persigue a los padres y cuidadores en virtud de la legislación penal, esto puede tener a menudo consecuencias perjudiciales e imprevistas para las propias niñas si se las aleja de los cuidadores principales o de las comunidades locales, ya que privarlas de un cuidado y apoyo familiar más amplio no suele ser lo mejor para ellas. Aunque la legislación puede contribuir a crear un entorno propicio para el cambio de las normas sociales, cuando la norma legal entra en conflicto con normas y costumbres sociales muy arraigadas que valoran la A/MGF, el miedo a las sanciones penales puede motivar a las comunidades que la practican a llevar a cabo la A/MGF en secreto en lugar de obedecer la ley<sup>108</sup>. Por ejemplo, una investigación realizada en Kenia ha demostrado que, a pesar de la amplia legislación contra la A/MGF, el 13% de la población decidiría desobedecer la ley para llevar a cabo la A/MGF en el futuro<sup>109</sup>.

Algunos activistas consideran que la ley keniana contra la MGF representa la "mejor práctica"<sup>110</sup>. La ley ofrece una definición exhaustiva que incluye todas las formas y tipos de A/MGF, aplica la prohibición con independencia de la edad o la condición de la niña o la mujer, establece una jurisdicción extraterritorial para permitir el enjuiciamiento de la A/MGF que se produce fuera de las fronteras de Kenia, y prohíbe explícitamente la medicalización de la A/MGF. En particular, la ley penaliza a los participantes directos e indirectos en la práctica de la A/MGF. Aunque la ley keniana contra la mutilación genital femenina es amplia y sólida, en la práctica es difícil de aplicar si no se producen cambios significativos en las normas sociales, ya que es poco probable que las niñas presenten demandas contra sus padres o cuidadores debido a los fuertes vínculos familiares y comunitarios. En los casos en los que las niñas están dispuestas a presentar demandas o a buscar refugio huyendo a centros de rescate, simplemente se las retira de la comunidad, a menudo sin el consentimiento de los miembros de la familia, lo que crea hostilidad y mayores obstáculos al diálogo comunitario y a los esfuerzos por acabar con la práctica<sup>111</sup>.

Cuando las comunidades deciden seguir practicando la A/MGF en secreto para evitar su detección y posible sanción, resulta mucho más difícil informar y controlar los casos e involucrar a las comunidades en un diálogo sin prejuicios para cambiar las normas sociales que subyacen a la práctica. La criminalización de la A/MGF también se ha asociado a que las comunidades eligen cortar a las niñas a una edad más temprana para evitar su detección, y a un aumento de la medicalización de la práctica, ya que las comunidades realizan cortes "menos severos"<sup>112</sup>.

## ABLACIÓN TRANSFRONTERIZA

La ablación transfronteriza se produce en regiones en las que los grupos étnicos que la practican están muy extendidos y comparten fronteras nacionales porosas, lo que da lugar al transporte de niñas o "cortadores" a través de las fronteras nacionales con el fin de llevar a cabo la A/MGF. Como práctica cultural y norma social llevada a cabo por comunidades de etnias compartidas, la A/MGF está muy extendida en las regiones donde se concentran los grupos étnicos que la practican, y a menudo traspasa las fronteras nacionales. Por ejemplo, mientras que la prevalencia nacional de la mutilación genital femenina en Kenia es

del 21%, la práctica está muy concentrada entre los grupos étnicos somalíes y kisii situados en las regiones fronterizas con Somalia y Uganda<sup>113</sup>. En Uganda, donde la prevalencia de la A/MGF es la más baja de África Oriental, con un 0,32%, la inmensa mayoría de la A/MGF tiene lugar en las regiones de Karamoja y Sebei, donde la prevalencia es mucho mayor, con un 26,7%, debido a la mayor población de los grupos étnicos Pokot, Kadama, Tepeth y Sabiny<sup>114</sup>. En África Occidental también se observa una dinámica poblacional similar en relación con Malí, Burkina Faso, Guinea, Guinea-Bissau y Senegal.

La práctica de la ablación transfronteriza está cada vez más relacionada con la criminalización de la A/MGF, ya que las comunidades tratan de eludir las sanciones penales y los procesos judiciales llevando a cabo la práctica en una jurisdicción fronteriza donde la práctica no es ilegal o es menos probable que se aplique<sup>115</sup>. Un estudio de 2018 sobre la ley y la A/MGF identificó que de los 22 países africanos con legislación que prohíbe la A/MGF, 19 no abordan la ablación transfronteriza, y solo tres países la criminalizaron (Guinea-Bissau, Kenia y Uganda)<sup>116</sup>, dando a los tribunales nacionales jurisdicción extraterritorial sobre el delito de A/MGF cuando ha tenido lugar en un país vecino. Cabe señalar que el problema también afecta a las niñas de fuera del continente africano en las comunidades de la diáspora en Europa y Estados Unidos, muchas de las cuales son objeto de la llamada "ablación de vacaciones".

El miedo a la persecución y a las sanciones penales no son los únicos factores que impulsan el corte transfronterizo. Un estudio llevado a cabo por UNICEF Kenia reveló que el 71% de los encuestados afirmó haber cruzado a Kenia para acceder a los servicios de A/MGF<sup>117</sup>. El estudio también descubrió que el aumento de la tendencia a la ablación transfronteriza estaba motivado no sólo por la opinión de que era más fácil evadir a las autoridades de Kenia, que se cree que son más propensas a "hacer la vista gorda" ante la práctica, sino que los servicios de ablación en Kenia son de mejor calidad y más asequibles<sup>118</sup>. Otras razones citadas son la falta de proximidad a los servicios de A/MGF en el país de origen y los matrimonios mixtos entre comunidades estrechamente relacionadas y dentro de grupos étnicos que ocupan ambos lados de una frontera internacional.

La cuestión de la ablación transfronteriza demuestra la necesidad de un enfoque regional integral y

## ESTUDIO DE CASO: PLAN INTERNACIONAL TANZANIA - ABORDAR LA ABLACIÓN TRANSFRONTERIZA

Plan Internacional Tanzania trabaja en las regiones de Geita y Mara para reducir la incidencia de la mutilación genital femenina y el matrimonio y uniones infantiles tempranas y forzadas. Muchos cortadores trabajan a través de las fronteras de Tanzania y Kenia, lo que complica tanto los esfuerzos de prevención como la prestación de apoyo a las supervivientes.

En respuesta, se creó formalmente un grupo de trabajo transfronterizo formado por ministerios, líderes comunitarios y ONG locales que trabajan en la prevención de la mutilación genital femenina. El grupo de trabajo está colaborando en la realización de programas y eventos de concienciación en las escuelas sobre la mutilación genital femenina en las ciudades fronterizas donde hay una alta prevalencia. Se coordinará la cooperación policial a través de las fronteras para compartir estrategias exitosas en la gestión de los casos, y el proyecto trabajará directamente con los cortadores de ambos lados de la frontera para involucrarlos directamente en las estrategias de prevención.

coordinado para acabar con la A/MGF que debería incluir la armonización de leyes y políticas y adoptar un enfoque multisectorial para apoyar el abandono de la práctica en la comunidad que involucre a todos los sectores y partes interesadas. A modo de ejemplo, aunque evitar el enjuiciamiento y la sanción legal no es el único motor del corte transfronterizo, las sanciones económicas y las sentencias difieren mucho en África Oriental. En Kenia y Tanzania, la pena mínima por el delito de mutilación genital femenina es de tres y cinco años respectivamente, mientras que en Etiopía la pena es de sólo tres meses. Las sanciones económicas también varían mucho, desde una multa de 17 dólares en Etiopía hasta 1.935 dólares en Kenia. Actualmente no existe ninguna ley que prohíba la A/MGF en Somalia.

Actualmente, existen dos marcos regionales que abordan claramente el corte transfronterizo. El proyecto de ley de la Comunidad de África Oriental (CAO) sobre la prohibición de la MGF, 2016,<sup>119</sup> que ha sido aprobado por Kenia, Tanzania, Sudán del Sur y Uganda, pero aún no ha entrado en vigor. La ley de la CAO pretende establecer un mecanismo de coordinación subregional para la armonización de las leyes y políticas de prevención de la A/MGF, y establece una pena mínima de tres años para el delito de A/MGF. En particular, el artículo 6 contempla explícitamente el delito de ablación transfronteriza, que es aplicable en todos los Estados parte, y que prevalece sobre la legislación nacional. En la Unión Africana, el Parlamento Panafricano también adoptó en 2016 un plan de acción para acabar con la mutilación genital femenina en África, en el que se destaca la necesidad de reforzar las medidas contra la ablación transfronteriza<sup>120</sup>.

## MEDICALIZACIÓN

La "medicalización" de la A/MGF (o A/MGF "medicalizada") se refiere a las situaciones en las que la A/MGF es practicada por cualquier categoría de proveedores de atención sanitaria, ya sea en una clínica pública o privada, en el hogar o en otro lugar<sup>121</sup>. La definición de A/MGF medicalizada también incluye el procedimiento de reinfibulación en cualquier momento de la vida de una niña o mujer, que se refiere a la práctica de volver a coser o suturar el tejido cicatricial resultante de la infibulación después de que la mujer haya sido desinfibulada. Actualmente se debate si el uso de instrumentos médicos como herramientas esterilizadas, antibióticos o anestésicos, especialmente por parte de los médicos tradicionales, debe incluirse en la definición de A/MGF medicalizada.

La medicalización de la A/MGF es una tendencia creciente en la práctica a nivel mundial; los datos de 24 países con información sobre el practicante de la A/MGF descubrieron que el 18% de las niñas menores de 15 años que habían sido sometidas a la A/MGF lo hicieron con un profesional sanitario<sup>122</sup>. Hay ocho países con datos disponibles en los que más del 10% de las niñas que se someten a la A/MGF, 4,5 millones en total, son sometidas a la ablación por un profesional sanitario (Yibuti, Egipto, Guinea, Indonesia, Irak, Kenia, Nigeria, Sudán y Yemen). Del

total de niñas y mujeres que se someten a la A/MGF medicalizada, el 94% vive en Egipto, Nigeria y Sudán, y más del 50% vive sólo en Egipto, donde las tasas de medicalización se han duplicado con creces entre mujeres e hijas<sup>123</sup>. En Indonesia, donde el 49% de las niñas se someten a la mutilación genital femenina, esta práctica se ofrece en hospitales y clínicas como parte de los "paquetes de nacimiento" junto con la perforación de las orejas, y a veces se lleva a cabo automáticamente antes de que se pida a los padres su consentimiento para la práctica. En Egipto, el 67% de las mutilaciones genitales femeninas son realizadas por un médico como profesional sanitario más común, mientras que el 77% de las mutilaciones genitales femeninas en Sudán son realizadas por una enfermera, una matrona u otro trabajador sanitario<sup>124</sup>. Se calcula que la reinfibulación afecta a más de 20 millones de mujeres en todo el mundo, y es probable que entre 10 y 16 millones de mujeres experimenten la reinfibulación medicalizada, que se ha documentado en Sudán, Somalia, Yibuti y Eritrea, así como en Europa y Norteamérica<sup>125</sup>.

La medicalización de la A/MGF está impulsada tanto por las peticiones de las comunidades que la practican a los profesionales médicos<sup>126</sup>, como por los propios profesionales médicos. La mayoría de los profesionales médicos que practican la A/MGF lo hacen porque ellos mismos forman parte de las comunidades de practicantes a las que sirven profesionalmente. Por lo tanto, también están influenciados por las presiones de las normas sociales existentes<sup>127</sup> y las normas de género y las obligaciones religiosas percibidas. Por ejemplo, un estudio realizado en Nigeria demostró que la mayoría de los trabajadores sanitarios practican la mutilación genital femenina porque comparten las mismas creencias que la comunidad, como demuestra el hecho de que cuatro de cada cinco trabajadores sanitarios con hijas habían practicado la ablación a sus propias hijas<sup>128</sup>. Del mismo modo, un estudio realizado en Sudán concluyó que la medicalización está impulsada principalmente por la demanda de esta práctica basada en las normas sociales<sup>129</sup>. Los profesionales de la salud que se niegan a realizar la práctica citan la preocupación de que es poco probable que los miembros de la comunidad vuelvan a la clínica de salud, y, que, al condenar la práctica, los miembros de la comunidad pueden buscarla fuera de la clínica de salud con resultados de salud potencialmente peores. La realización de la A/MGF también puede ser una importante fuente de ingresos para los profesionales de la salud, especialmente si la práctica está penalizada por la ley<sup>130</sup>, proporcionando una motivación adicional para la creciente medicalización de la práctica.

El hecho de que las campañas contra la A/MGF se centran en los impactos sobre la salud física como parte de un enfoque de reducción de daños, también ha reforzado el deseo de medicalizar la práctica, tanto por parte de los profesionales de la salud como por parte de las comunidades que responden a los mensajes y optan por una forma de ablación supuestamente "más segura" o "menor"<sup>131</sup>. Este tipo de mensajes a veces se basan en la suposición de

que minimizar el daño causado por la A/MGF es un enfoque pragmático hacia el abandono total de la práctica. Por ejemplo, los mensajes basados en el daño en Somalia han llevado a un cambio en el tipo de corte que se practica, pasando de la infibulación faraónica (tipo 3) al corte "sunnah" (tipo 1). Sin embargo, centrarse única o exclusivamente en la reducción de los riesgos inmediatos para la salud física adoptando un enfoque de reducción de daños no reconoce ni tiene en cuenta las violaciones de los derechos humanos que conlleva la práctica de la A/MGF, incluidos el derecho a la salud física y mental, el derecho a no sufrir violencia, el derecho a la educación y los derechos a la autonomía corporal, el consentimiento informado y la igualdad<sup>132</sup>. Tampoco cuestiona el objetivo subyacente y la necesidad percibida de controlar la sexualidad femenina.

Como se ha señalado anteriormente, la A/MGF no tiene ningún beneficio para la salud, e incluso cuando la práctica se medicaliza, se causan considerables daños físicos y psicológicos a las niñas y mujeres. Además, la adopción de mensajes de reducción de daños y la subsiguiente medicalización de la práctica corren el riesgo de legitimarla y afianzarla aún más, al comunicar falsamente a las comunidades practicantes que la práctica puede llevarse a cabo de forma "segura" y que es aceptable cuando la realizan los profesionales de la salud<sup>133</sup>. Por el contrario, los propios profesionales de la salud suelen alegar que consideran que la práctica será más segura si la llevan a cabo ellos mismos en lugar de los médicos tradicionales. Sin embargo, esta suposición es errónea, ya que no existe una formación oficial para los profesionales médicos en la práctica de la A/MGF en el plan de estudios de medicina, y los profesionales sanitarios aprenden en cambio las habilidades de otros colegas, que también carecen de formación formal<sup>134</sup>.

La evidencia disponible sobre la medicalización de la A/MGF no muestra que la medicalización se correlacione con una disminución del apoyo a la práctica<sup>135</sup>. Aunque hay datos limitados que sugieren que en algunos contextos la medicalización puede estar asociada con una tendencia a formas menos "severas" de mutilación<sup>136</sup>, la evidencia de Indonesia y Malasia contradicen la idea de que la medicalización conduce a formas "menores" de mutilación, donde los resultados han establecido que el cambio de los

médicos tradicionales a los profesionales de la salud ha llevado a un cambio del Tipo 4 al Tipo 1<sup>137</sup>.

La mutilación genital femenina medicalizada ha sido denunciada por la OMS y otras agencias de la ONU<sup>138</sup>, y constituye una violación de la ética médica y del juramento hipocrático asumido por los profesionales de la medicina de "no hacer daño". La oposición a la A/MGF medicalizada también cuenta con el apoyo de organizaciones médicas profesionales, como la Asociación Médica Mundial en 1993<sup>139</sup> y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que aprobó una resolución en 1994 en la que se oponía a todas las formas de A/MGF, incluida su medicalización. En 2018, nueve de los 22 países con legislación contra la A/MGF en África prohibían explícitamente la medicalización de la A/MGF dentro de la legislación contra la A/MGF<sup>140</sup>. Además, en Malí, que no cuenta con legislación contra la A/MGF, una circular del gobierno prohíbe la realización de la A/MGF en los centros sanitarios. Sin embargo, no incluye sanciones y no cubre la A/MGF realizada por profesionales sanitarios fuera de los centros<sup>141</sup>.

## EL DERECHO DE ASILO Y LA A/MGF

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 define al "refugiado" como toda persona que tiene "fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas". Por lo tanto, para que una solicitud de asilo prospere debe demostrar un temor fundado de persecución basado en uno o más de los motivos de la Convención, además de establecer la incapacidad y/o falta de voluntad del Estado de origen de proteger a esa persona de la persecución. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) reconoce explícitamente la A/MGF como una forma de persecución que justifica el estatus de refugiado y la concesión de asilo<sup>142</sup>, por motivos de opinión política, pertenencia a un determinado grupo social o creencias religiosas, así como el reconocimiento de la A/MGF como una forma de persecución específica de la infancia que "afecta desproporcionadamente a las niñas"<sup>143</sup>.

El ACNUR reconoce además que las consecuencias de la A/MGF continúan más allá del procedimiento

## ESTUDIO DE CASO: PLAN INTERNACIONAL EGIPTO: ABORDAR LA MEDICALIZACIÓN DE LA A/MGF

En respuesta a la actual medicalización de la mutilación genital femenina en Egipto, Plan Internacional Egipto colaboró con los profesionales de la salud desde la comunidad hasta el nivel nacional. El proyecto formó a 107 profesionales sanitarios de la comunidad y a 2.198 estudiantes de la Facultad de Medicina en la comprensión y la incidencia en contra de la A/MGF. Las unidades sanitarias colaboraron en campañas de concienciación social sobre la A/MGF dentro de sus comunidades, acogiendo y facilitando debates, celebrando sesiones de divulgación en las escuelas y transmitiendo mensajes claros sobre el abandono de la A/MGF. Se celebró una mesa redonda nacional con representación de los ministerios y organismos médicos, que dio lugar a la elaboración de documentos políticos que reclamaban la dotación de recursos y la formación de los profesionales sanitarios.

Durante el proyecto, 3.474 niñas y mujeres jóvenes tuvieron acceso a la atención sanitaria relacionada con la mutilación genital femenina y 3.919 recibieron apoyo psicosocial y de salud mental.

inicial, y que tanto las niñas y mujeres en riesgo de sufrir la práctica como las que ya han sido sometidas a la A/MGF pueden optar a la protección internacional como refugiadas. Esta posición se ve reforzada por el Convenio de Estambul, que reconoce claramente que las mujeres y las niñas que sufren violencia de género, incluida la mutilación genital femenina, pueden buscar protección en otro Estado cuando el suyo no consigue evitar la persecución u ofrecer una protección adecuada y recursos efectivos<sup>144</sup>. La UE también cuenta con una directiva que establece explícitamente que los Estados miembros de la UE deben dar protección internacional (asilo) a las niñas y mujeres que corren el riesgo de sufrir la A/MGF o que la padecen<sup>145</sup>.

ACNUR ha estimado a partir de 2017 que más de 24.000 niñas y mujeres podrían haber sido ya afectadas por la A/MGF en el momento de su solicitud de asilo en la UE, lo que equivale al 37% de todas las mujeres solicitantes de asilo procedentes de países que practican la A/MGF. Aunque la mayoría de los países no recogen datos específicos sobre los motivos de la solicitud, Bélgica recibió 609 solicitudes de asilo en 2015 por motivos de A/MGF, lo que representa el 17% de las solicitudes de asilo de niñas y mujeres procedentes de países que practican la A/MGF. La magnitud de las solicitudes de asilo es significativa y apunta a la realidad de que la mutilación genital femenina no es un motivo insignificante de asilo. Los Estados miembros de la UE han recibido solicitudes de asilo de niñas y mujeres que buscan protección en relación con la A/MGF. Las razones para buscar protección varían e incluyen a las niñas y mujeres que buscan protección contra la A/MGF o la reinfibulación en sus países de origen (incluso después de haberse sometido a una cirugía reconstructiva en el extranjero). Además, se han recibido solicitudes de asilo de padres que tratan de proteger a sus hijas de la mutilación genital femenina, así como de mujeres que sufren la presión de sus familias y comunidades para que se conviertan ellas mismas en cortadoras<sup>146</sup>.

Sin embargo, hay pruebas sustanciales que demuestran que, a pesar de las claras orientaciones sobre la A/MGF como motivo de asilo<sup>147</sup>, muchas supervivientes de la A/MGF se enfrentan a importantes dificultades de procedimiento para obtener el estatuto de refugiado. Entre ellas se encuentran las barreras lingüísticas, la falta de servicios adaptados a la niñez para los menores no acompañados, la falta de conocimiento por parte de los funcionarios de inmigración y la naturaleza tabú de la mutilación genital femenina, que hace que hablar de esta práctica sea difícil para muchos supervivientes y miembros de la comunidad<sup>148</sup>. Hay ejemplos de solicitudes de asilo que se rechazan simplemente sobre la base de que la ley del Estado de origen del solicitante prohíbe la A/MGF, sin que se evalúe la aplicación real de la ley. Del mismo modo, se han rechazado solicitudes de asilo en el Reino Unido bajo la idea de que una mujer debería poder proteger a su hija de ser sometida a la mutilación genital femenina, sin tener en cuenta la inmensa presión de la comunidad y las normas sociales que a menudo hacen que el rechazo de la práctica sea imposible o no esté exento de un riesgo significativo<sup>149</sup>.

# REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Newman, A. (2019). [‘Las abuelas pueden ayudarnos a detener la MGF. ¿por qué los proyectos de base suelen ignorarlas?’](#). *Huffington Post*.
- <sup>2</sup> UNICEF (2021). [Mutilación genital femenina](#).
- <sup>3</sup> Programa conjunto UNFPA-UNICEF para la eliminación de la MGF: Acelerar el cambio (2019). [Informe anual: Capacitar a las niñas y mujeres para liderar el cambio](#).
- <sup>4</sup> Hayes, R. O. (1975). ‘La mutilación genital femenina, el control de la fertilidad, el papel de la mujer y el patrilineaje en el Sudán moderno: Un análisis funcional’. *American Ethnologist*, 2(4), 617-633.
- <sup>5</sup> Caplan, P. (1981). El informe Hosken: ‘Mutilación genital y sexual de la mujer’ (2ª edición ampliada y revisada) por Fran P. Hosken. Lexington, Mass: Mujeres Internat. Noticias de la red 1979. 368 pp., bibl., mapa. n.p. - Circuncisión femenina, escisión e infibulación; los hechos y las propuestas de cambio. Por Scilla McLean. Informe del Grupo de Derechos de las Minorías nº 47 de 1980: (desde el 36 de Craven Street, Londres WC2). 1.20. *Africa*.
- <sup>6</sup> CEDAW (2011). Recomendación General 34 sobre los derechos de las mujeres rurales, párrafo. 22: CEDAW/C/GC/34.
- <sup>7</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2004): E/CN.4/2004/49.
- <sup>8</sup> UNFPA (2014). [Aplicación del marco internacional y regional de derechos humanos para la eliminación de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>9</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1986), párrafo. 38: E/CN.4/1986/15. Véase también: Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2008), párrafos 50-54: A/HRC/7/3.
- <sup>10</sup> Ibid.
- <sup>11</sup> Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2018). Dictamen aprobado por el Comité de los Derechos del Niño con arreglo al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones respecto de la comunicación Nº 3/2016: CRC/C/77/D/3/2016.
- <sup>12</sup> Declaración de Beijing y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 4-15 septiembre 1995.
- <sup>13</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. 5-13 septiembre 1994.
- <sup>14</sup> Unión Africana (2003). [Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África](#).
- <sup>15</sup> Unión Africana (1990). [Carta Africana sobre los derechos y el bienestar del niño](#).
- <sup>16</sup> Unión Africana (2006). [Carta de la Juventud Africana](#).
- <sup>17</sup> Consejo de Europa (2011). [Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica](#).
- <sup>18</sup> OMS (2022). [Hoja informativa: Mutilación genital femenina](#).
- <sup>19</sup> Ibid.
- <sup>20</sup> AGNU (2012). [Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina: A/C.3/67/L.21/Rev.1](#).
- <sup>21</sup> Equality Now, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilación genital femenina/ablación: Un llamamiento para una respuesta global](#).
- <sup>22</sup> UNFPA (2018). [Doblando la curva: Tendencias de la MGF que queremos cambiar](#).
- <sup>23</sup> UNFPA (abril de 2020). [Impacto de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil](#).
- <sup>24</sup> Rodríguez, Sarah B, (2014). Circuncisión femenina y clitoridectomía en los Estados Unidos: Un historial de tratamiento médico.
- <sup>25</sup> Equality Now, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilación genital femenina/ablación: Un llamamiento para una respuesta global](#).
- <sup>26</sup> Shell-Duncan, B., Naik, R. y Feldman-Jacobs. (2016). [Síntesis del estado actual de la mutilación/ablación genital femenina: ¿Qué sabemos ahora?](#). October 2016. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. Nueva York: Consejo de Población.
- <sup>27</sup> Ibid.
- <sup>28</sup> UNICEF (2020). [Comunicado de prensa: Aproximadamente 1 de cada 4 supervivientes de la mutilación genital femenina fue cortada por un sanitario](#).
- <sup>29</sup> UNFPA y Avenir Health (2020). [Cálculo de los costes de los tres resultados transformadores](#).
- <sup>30</sup> OMS (2020). [El coste económico de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>31</sup> Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2013). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo a cuarto de Israel, párrafo. 41: CRC/C/ISR/CO/2-4; e Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2012). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Liberia, párrafo 51.c: CRC/C/LBR/CO/2-4.
- <sup>32</sup> UNICEF (2013). [Female Genital Mutilation/Cutting: Una visión estadística y una exploración de la dinámica del cambio](#). Nueva York, NY.
- <sup>33</sup> Ben Cislaghi, Karima Manji y Lori Heise (2018). Normas sociales y prácticas nocivas relacionadas con el género, Informe de aprendizaje 2: La teoría en apoyo de una mejor práctica. Learning Group on Social Norms and Gender-related Harmful Practices, London School of Hygiene & Tropical Medicine; e Plan International (2022). *Defy Normal: Social and gender norms action learning module*. (Módulo de aprendizaje de acción sobre normas sociales y de género).
- <sup>34</sup> UNFPA (2020). [Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina \(MGF\)](#).
- <sup>35</sup> McArthur, L. (1995). *Female Genital Mutilation: Practice, Prevalence and Prevention*.
- <sup>36</sup> Kandala, N., Nnanatu, C., Atilola G. et al. (2019). [‘A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/ Cutting among 0-14-Year-Old Girls in Kenya’](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Oct 28, 16(21), 4155, 2019.
- <sup>37</sup> UNICEF, UNFPA y ONU Mujeres (2020). [Nota técnica sobre los enfoques transformadores del género en el Programa Mundial para la Erradicación del Matrimonio Infantil - Fase II: Un resumen para los profesionales](#). Véase también: Building Bridges to End FGM (2021). [Enfoques transformadores de género para acabar con la mutilación genital femenina](#).
- <sup>38</sup> Kandala, N., Nnanatu, C., Atilola G. et al. (2019). [‘A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/ Cutting among 0-14-Year-Old Girls in Kenya’](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Oct 28, 16(21), 4155, 2019.
- <sup>39</sup> UNFPA (2015). [Perspectivas demográficas sobre la mutilación genital femenina](#).
- <sup>40</sup> UNICEF (2013). [Female Genital Mutilation/Cutting: Una visión estadística y una exploración de la dinámica del cambio](#). Nueva York, NY.
- <sup>41</sup> Shell-Duncan, B., Naik, R. y Feldman-Jacobs. (2016). [Síntesis del estado actual de la mutilación/ablación genital femenina: ¿Qué sabemos ahora?](#). October 2016. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. Nueva York: Consejo de Población.
- <sup>42</sup> UNFPA (2015). [Perspectivas demográficas sobre la mutilación genital femenina](#).
- <sup>43</sup> UNICEF (2016). Perfil estadístico sobre la mutilación/ablación genital femenina: Indonesia.
- <sup>44</sup> 28 Too Many (2022). <https://www.28toomany.org/country/nigeria>.

- <sup>45</sup> UNICEF (2013). [Female Genital Mutilation/Cutting: Una visión estadística y una exploración de la dinámica del cambio](#). Nueva York, NY.
- <sup>46</sup> Dirección de Estadísticas Nacionales, Gobierno Federal de Somalia (2020). [Encuesta demográfica y de salud somali 2020](#).
- <sup>47</sup> OMS (2006). 'Mutilación genital femenina: nuevos conocimientos incitan al optimismo'. *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, 72.
- <sup>48</sup> UNFPA (2008). [Desvincular la mutilación/ablación genital femenina del Islam](#).
- <sup>49</sup> Islamic Relief (2016). 'Un corte de más: Policy Brief on Female Genital Mutilation/Cutting': "Los engañaré y crearé en ellos falsos deseos; les ordenaré que corten las orejas del ganado y que desfiguren la naturaleza (bella) creada por Alá" (Corán, 4:119).
- <sup>50</sup> Ibid.
- <sup>51</sup> UNFPA, UNICEF, OMS and Population Council, Kenya (2021). (2021). [Eficacia de las intervenciones diseñadas para prevenir o responder a la mutilación genital femenina: Una revisión de las pruebas](#).
- <sup>52</sup> Entre los 15 países con la mayor tasa de prevalencia de la mutilación genital femenina se encuentran 8 países frágiles que necesitan ayuda humanitaria a partir de enero de 2023.
- <sup>53</sup> [Normas mínimas interinstitucionales para la programación de la violencia de género en situaciones de emergencia](#) (2019). Véase también: [Normas mínimas para la protección de la infancia en la acción humanitaria](#) (2019).
- <sup>54</sup> UNICEF (2020). [El nexo entre la ayuda humanitaria y el desarrollo: El futuro de la protección en la eliminación de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>55</sup> Comité Internacional de Rescate (2019). [¿Dónde está el dinero? Cómo el sistema humanitario está fallando en sus compromisos para acabar con la violencia contra las mujeres y las niñas](#).
- <sup>56</sup> Nielsen, N. (2017). 'Los sirios encuentran hogares problemáticos en Egipto', *EU Observer*.
- <sup>57</sup> Esho T, Komba E, Richard F, et al. (2021). 'Intersecciones entre el cambio climático y la mutilación genital femenina entre los masai del condado de Kajiado, Kenia'. *Journal of Global Health*.
- <sup>58</sup> Jones, Nicola, et al (2020). 'Listening to Young People's Voices under Covid-19: Child marriage risks in the context of Covid-19 in Ethiopia', policy brief, Gender and Adolescence: Global Evidence, Londres, julio de 2020. Véase también: Archambeault, L. (2020). 'Beyond the Shadow Pandemic: Protecting a generation of girls from gender-based violence through COVID-19 to recovery', Save the Children, Fairfield y Londres.
- <sup>59</sup> Proyecto Orquídea (2020). [Los impactos de COVID-19 en la ablación femenina](#).
- <sup>60</sup> UNICEF (2020). [Nota técnica: El nexo entre la ayuda humanitaria y el desarrollo: El futuro de la protección en la eliminación de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>61</sup> Ibid.
- <sup>62</sup> AIDOS, End FGM European Network y GAMS Bélgica (2020). [Prevención y respuesta a la mutilación genital femenina en contextos de emergencia y humanitarios Resultados del diálogo internacional virtual entre las partes interesadas](#).
- <sup>63</sup> UNICEF (2020). [Nota técnica: El nexo entre la ayuda humanitaria y el desarrollo: El futuro de la protección en la eliminación de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>64</sup> Duetting, G., Karadenizli, M., y Kaiser B (2020). [Cómo promover la localización con perspectiva de género en la acción humanitaria](#). ONU Mujeres: Ginebra.
- <sup>65</sup> UNFPA y UNICEF (2020). [Resiliencia en acción: Lecciones aprendidas del Programa Conjunto durante la crisis de COVID-19](#).
- <sup>66</sup> UNFPA (2020). [Impacto de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil](#).
- <sup>67</sup> UNFPA (2020). [GBV/FGM Rapid Assessment Report: En el contexto de la pandemia de COVID-19 en Somalia](#).
- <sup>68</sup> Save the Children (2020). [Impacto de COVID-19 en la protección y la educación de los niños del campo de refugiados de Dadaab, Kenia](#).
- <sup>69</sup> Programa Conjunto UNFPA-UNICEF para la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina: Acelerar el cambio (2021). [Eliminación de la MGF y COVID-19: Mantener el impulso. Eliminación de la MGF en contextos frágiles - Estudio de caso de COVID-19](#).
- <sup>70</sup> UNFPA (2020). [Estudio de caso sobre el fin de la mutilación genital femenina transfronteriza en la República de Uganda](#).
- <sup>71</sup> Proyecto Orquídea (2020). [Los impactos de COVID-19 en la ablación femenina](#).
- <sup>72</sup> David Schwartz (2019). 'La epidemia de ébola frenó la ablación femenina en Sierra Leona: Temporalmente: Perspectivas médicas, antropológicas y de salud pública'. En: Embarazada en tiempos del ébola.
- <sup>73</sup> Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al (2019). [Debatiendo la medicalización de la mutilación/ablación genital femenina \(MGF\): aprendiendo de las experiencias \(políticas\) entre países](#). *Salud reproductiva* 16, 158.
- <sup>74</sup> Population Council (2016). [Impactos en la salud de la mutilación/ablación genital femenina: Una síntesis de las pruebas](#).
- <sup>75</sup> Trew, B. (2013). 'El corte más cruel: La muerte de una niña de 13 años pone de manifiesto el aumento de la mutilación genital femenina en Egipto'. *Evening Standard*.
- <sup>76</sup> El Defrawi, M. H. et al. (2001) 'La mutilación genital femenina y su impacto psicosexual'. *Journal of Sex and Marital Therapy* 27: 465-73.
- <sup>77</sup> Middelburg, A. (2020). [Visita a la clínica del Dr. Foldès en París](#).
- <sup>78</sup> OMS (2020). [Hoja informativa: Mutilación genital femenina](#).
- <sup>79</sup> Population Council (2016). [Síntesis de la evidencia sobre los impactos en la salud](#).
- <sup>80</sup> Vloeberghs, E., Knipscheer, J., van der Kwaak, et al (2012.) 'Afrontamiento y consecuencias psicosociales crónicas de la mutilación genital femenina en los Países Bajos'. *Ethnicity & Health* 17/6.
- <sup>81</sup> OMS (2020). [La mutilación genital femenina perjudica a las mujeres y a la economía](#).
- <sup>82</sup> Consejo Económico y Social (2009). Ending Female Genital Mutilation: Informe del Secretario General, párrafo. 41: E/CN.6/2010/6. Véase también: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2008). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre los indicadores de la violencia contra la mujer y la respuesta de los Estados, párrafo. 98: A/HRC/7/6.
- <sup>83</sup> Foldès P, Cuzin B, Andro A. (2012). 'Cirugía reconstructiva tras la mutilación genital femenina: un estudio de cohorte prospectivo'. *Lancet*. 2012 Jul 14; 380 (9837): 134-41.
- <sup>84</sup> ICRW (2016). [Aprovechar la educación para acabar con la A/MGF en todo el mundo](#).
- <sup>85</sup> UNICEF (2021). [Nota técnica: Educación de las niñas, capacitación y eliminación de la mutilación genital femenina](#).
- <sup>86</sup> Ibid.
- <sup>87</sup> Magangi, M. (2015). 'Efectos de la mutilación genital femenina en la asistencia y retención escolar de las niñas de primaria en el distrito de Kuria West, Kenia'. *African Journal of Education and Human Development: 1(1)*. Véase también: Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) 'Potencia de los ritos de paso alternativos en la mejora de la autoestima de las niñas y su participación en la educación en las escuelas primarias del condado de Kisii, Kenia, *African Journal of Education and Human Development*, 2(1): 1-9.
- <sup>88</sup> Anumaka, I.B. y Sironka, B. (2014). La mutilación genital femenina y la participación de las niñas en las actividades escolares en el distrito de Isinya, condado de Kajiado, Kenia. College of Higher Degrees & Research, Kampala.
- <sup>89</sup> Magangi, M. (2015). 'Efectos de la mutilación genital femenina en la asistencia y retención escolar de las niñas de primaria en el distrito de Kuria West, Kenia'. *African Journal of Education and Human Development: 1(1)*. Véase también: Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) 'Potencia de los ritos de paso alternativos en la mejora de la autoestima de las niñas y su participación en la educación en las escuelas primarias del condado

de Kisii, Kenia, *African Journal of Education and Human Development*, 2(1): 1-9.

<sup>90</sup> Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016). 'Alternative rites of passage potency in enhancing girl child self-esteem and participation in education in primary schools in Kisii County, Kenya'. *African Journal of Education and Human Development*, 2(1): 1-9.

<sup>91</sup> Pesamili, Joseph & Mkumo, Kitila (2015). [Implicaciones de la mutilación genital femenina en la educación y el bienestar psicológico de las niñas en Tarime, Tanzania](#). *Journal of Youth Studies* 21/8: 1111-1126.

<sup>92</sup> UNICEF (2021). [Nota técnica: Educación de las niñas, capacitación y eliminación de la mutilación genital femenina](#).

<sup>93</sup> Ibid.

<sup>94</sup> UNICEF (2021). [Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: Una visión estadística de su co-ocurrencia y factores de riesgo](#).

<sup>95</sup> Population Council (2018). [Exploración de la asociación entre la mutilación/ablación genital femenina y el matrimonio precoz/infantil](#).

<sup>96</sup> World Vision (2014). [Explorando los vínculos: Mutilación/ablación genital femenina y matrimonio precoz](#).

<sup>97</sup> Ibid. E Population Council (2016). [Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. A State of the Art Synthesis on FGM/C: ¿Qué sabemos ahora?](#).

<sup>98</sup> World Vision UK (2013). [Untying the Knot: Exploración del matrimonio precoz en los Estados frágiles](#).

<sup>99</sup> Boyden, J., Pankhurst, A., y Tafere, Y. (2013). Prácticas tradicionales nocivas y protección infantil: Interpretaciones y prácticas controvertidas del matrimonio infantil femenino y la circuncisión en Etiopía. Young Lives, Working Paper 93.

<sup>100</sup> World Vision (2014). [Explorando los vínculos: Mutilación/ablación genital femenina y matrimonio precoz](#).

<sup>101</sup> Equality Now, End FGM EU & US Network to End FGM (2020). ['Mutilación genital femenina/ablación: Un llamamiento a una respuesta global'](#), con la adición de [Sudán, que tipificó como delito la mutilación genital femenina mediante una enmienda al Código Penal](#) en abril de 2020.

<sup>102</sup> CEDAW (2020). Investigación sobre Malí en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: CEDAW/C/IR/MLI/1.

<sup>103</sup> Proyecto Orquídea (2020). [Informe de la consulta de la Red Asiática para Acabar con la Mutilación Genital Femenina \(MGF\): No sabía que ocurría allí](#).

<sup>104</sup> UNFPA (2021). [Líderes religiosos y trabajadores sanitarios indonesios abogan por el fin de la mutilación genital femenina](#).

<sup>105</sup> Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, y Olungah, O.C. (2020). 'Evaluación del papel de la ley en la reducción de la práctica de la A/MGF en Kenia'. Pruebas para acabar con la A/MGF: Investigación para ayudar a las niñas y mujeres a prosperar. Nueva York: Consejo de Población.

<sup>106</sup> UNICEF (2021) ['Efectividad de las intervenciones diseñadas para prevenir o responder a la mutilación genital femenina Una revisión de la evidencia'](#). Véase también: Oficial Regional del UNFPA para África Occidental y Central (2018) ['Análisis de los marcos legales sobre la mutilación genital femenina en países seleccionados de África Occidental'](#)

<sup>107</sup> Population Council (2022). [Investigación para ayudar a las niñas a prosperar - Reflexiones de cinco años de investigación](#).

<sup>108</sup> Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, y Olungah, O.C. (2020). "Evaluación del papel de la ley en la reducción de la práctica de la A/MGF en Kenia" Pruebas para acabar con la A/MGF: Investigación para ayudar a las niñas y mujeres a prosperar. Nueva York: Consejo de Población.

<sup>109</sup> Ibid.

<sup>110</sup> G7 France (2019). [Biarritz Partnership for Gender Equality](#). Véase también 28 Too Many (2020). [FGM Model Law](#).

<sup>111</sup> UNICEF (2021). [Eficacia de las intervenciones diseñadas para prevenir o responder a la mutilación genital femenina Una revisión de la evidencia](#).

<sup>112</sup> Meroka-Mutua, Agnes K. (2020). 'Comentario: Using law more effectively towards abandonment of FGM/C in Kenya, Evidence to

End FGM/C': Investigación para ayudar a las mujeres a prosperar. Nueva York: Consejo de Población.

<sup>113</sup> Kandala, N. B., Nnanatu, C. C., Atilola, G., et al (2019). ['Un análisis espacial de la prevalencia de la mutilación/ablación genital femenina entre las niñas de 0 a 14 años en Kenia'](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4155.

<sup>114</sup> UNICEF (2021). [Estudio de caso para acabar con la mutilación genital femenina transfronteriza en la República de Uganda](#).

<sup>115</sup> UNFPA (2019). [La mutilación genital femenina a través de las fronteras](#).

<sup>116</sup> 28 Too Many (2018). [La ley y la MGF: Una visión general de 28 países africanos](#).

<sup>117</sup> UNICEF Kenia y la Junta Anti-FGM de Kenia (2017). [Informe del estudio de referencia: Mutilación/ablación genital femenina y matrimonio infantil entre las comunidades Rendille, Maasai, Pokot, Samburu y Somali en Kenia](#). Nairobi: UNICEF.

<sup>118</sup> UNICEF (2021). [Estudio de caso para acabar con la mutilación genital femenina transfronteriza en la República de Uganda](#).

<sup>119</sup> La Comunidad de África Oriental (2016). [El proyecto de ley de la Comunidad de África Oriental sobre la prohibición de la mutilación genital femenina, 2016](#).

<sup>120</sup> UNFPA (2019). [La mutilación genital femenina a través de las fronteras](#).

<sup>121</sup> OMS (2010). [Estrategia mundial para impedir que los profesionales de la salud practiquen la mutilación genital femenina: ONUSIDA, PNUD, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA](#).

<sup>122</sup> UNFPA (2018). [Informe de política sobre la medicalización de la mutilación genital femenina](#).

<sup>123</sup> Ibid.

<sup>124</sup> Ibid.

<sup>125</sup> Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). ['Debatando la medicalización de la mutilación/ablación genital femenina \(MGF\): aprendiendo de las experiencias \(políticas\) entre países'](#). *Salud Reproductiva* 16, 158.

<sup>126</sup> Kimani S, Shell-Duncan B. (2019). 'Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Prácticas polémicas y debates persistentes'. *Curr Sex Health Rep*. 2018;10(1):25-34. Véase también: Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019) Debatando la medicalización de la mutilación/ablación genital femenina (MGF): aprendiendo de las experiencias (políticas) entre países. *Salud reproductiva* 16, 158.

<sup>127</sup> UNFPA (2018). [Informe de política sobre la medicalización de la mutilación genital femenina](#).

<sup>128</sup> Obianwu O, Adetunji A, Dirisu O. (2018.) Understanding medicalization of FGM/C: a qualitative study of parents and health workers in Nigeria. Nueva York: Consejo de Población.

<sup>129</sup> Bukuluki P, Wisal A, Al Gasseer NH, et al. (2017). 'Drivers for FGM medicalization among community midwives in River Nile and Northern State, Sudan'. *Reproductive Health*, 14 (Suppl 2):6.

<sup>130</sup> Serour GI. (2013). 'Medicalización de la mutilación/ablación genital femenina'. *African Journal of Urology*: 19(3): 145-9; UNFPA/UNICEF (2017) 17 maneras de acabar con la A/MGF: lecciones desde el terreno. Nueva York: UNFPA/UNICEF.

<sup>131</sup> Shell-Duncan, B., Njue, C., and Moore, Z. (2017). ['La medicalización de la mutilación/ablación genital femenina: ¿Qué revelan los datos?'](#). Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. Nueva York: Population Council.

<sup>132</sup> Ibid.

<sup>133</sup> OMS (2016). [Directrices de la OMS sobre el tratamiento de las complicaciones de salud derivadas de la mutilación genital femenina](#). Ginebra.

<sup>134</sup> Rashid A, Iguchi Y, Afiqah SN (2020). ['La medicalización de la mutilación genital femenina en Malasia: Un estudio de métodos mixtos'](#). *PLoS Med* 17(10).

<sup>135</sup> Shell-Duncan, B., Njue, C., and Moore, Z. (2017). ['La medicalización de la mutilación/ablación genital femenina: ¿Qué revelan los datos?'](#). Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. Nueva York: Population Council.

<sup>136</sup> Ibid.

<sup>137</sup> Rashid A, Iguchi Y, Afiqah SN (2020). '[La medicalización de la mutilación genital femenina en Malasia: Un estudio de métodos mixtos](#)'. *PLoS Med* 17(10). Véase también: Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). '[Debatiendo la medicalización de la mutilación/ablación genital femenina \(MGF\): aprendiendo de las experiencias \(políticas\) entre países](#)'. *Salud Reproductiva* 16, 158.

<sup>138</sup> OMS (2010). [Estrategia mundial para impedir que los profesionales de la salud practiquen la mutilación genital femenina](#) ONUSIDA, PNUD, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, ICN, OIM, MWIA, WCPT, WMA.

<sup>139</sup> Rashid A, Iguchi Y, Afiqah SN (2020). '[La medicalización de la mutilación genital femenina en Malasia: Un estudio de métodos mixtos](#)'. *PLoS Med* 17(10).

<sup>140</sup> 28 Too Many (2018). [La ley y la MGF: Una visión general de 29 países africanos](#).

<sup>141</sup> 28 Too Many (2018). [Mali: La ley y la MGF](#).

<sup>142</sup> ACNUR (2009). [Nota de orientación sobre las solicitudes de asilo relacionadas con la mutilación genital femenina](#).

<sup>143</sup> Comité Ejecutivo del ACNUR (2007). Conclusión sobre los niños en peligro, nº 107 (LVIII).

<sup>144</sup> Elise Petitpas y Johanna Nelles (2015). '[El Convenio de Estambul: nuevo tratado, nueva herramienta](#)'. *Forced Migration Review* 49.

<sup>145</sup> Unión Europea (2011). [Directiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo y del Consejo](#) por la que se establecen normas relativas a los requisitos para el reconocimiento de nacionales de terceros países o apátridas como beneficiarios de protección internacional, a un estatuto uniforme para los refugiados o para las personas con derecho a protección subsidiaria y al contenido de la protección concedida.

<sup>146</sup> Novak-Irons, F. (2015). '[La mutilación genital femenina: un caso de asilo en Europa](#)'. *Forced Migration Review* 49

<sup>147</sup> Middelburg, Anita Balta (2016) '[La mutilación/ablación genital femenina como motivo de asilo en Europa](#)', *Revista Internacional de Derecho de los Refugiados*, volumen 28, número 3, 1 de octubre de 2016, páginas 416-452

<sup>148</sup> Flamand, C. (2015). [FGM: Desafíos para los solicitantes de asilo y los funcionarios](#). *Forced Migration Review* 49.

<sup>149</sup> Proudman, C. (2019). '[Solicitudes de asilo por MGF](#)'. *Counsel*.