



Mutilación G e n i t a l F e m e n i n a

más que un
problema
de salud

**medicusmundi**
andalucía

Mutilación G e n i t a l Femenina

más que un
problema
de salud



Promueve y coordina:

medicus mundi andalucía

C/José Tamayo (antigua Ctra Huétor Vega) 12, Edf Puerto Lápice, Local.
18008 Granada

Autores:

| | |
|------------------------------|---|
| Caño Aguilar, África | Fernández Caballero, Antonio |
| Martínez García, Encarnación | Ochoa Rodríguez, M ^a Dolores |
| Oliver Reche, Maribel | Sánchez Robles, Carmen |
| Torrecilla Rojas, Luis | Velasco Juez, Casilda |

Diseño y maquetación:

Portair

Edita:

Grupo Editorial Universitario

Imprime:

Etiquetas Alhambra, S.L.

ISBN:

978-84-89908-09-3

Depósito legal:

GR2472-2008

Queda permitida la distribución y reproducción libre de extractos de esta publicación siempre que se haga debida mención de la fuente.

Se puede descargar gratuitamente este libro, en formato PDF, en www.luchamgf.org y en www.medicusmundi.es/andalucia.

Para citar este libro o alguna de sus partes: Medicus mundi andalucía.

Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. MEDICUS MUNDI ANDALUCÍA. Granada. 2008.

Índice

| | | | |
|--|----|--|----|
| Presentación | 9 | Epidemiología y evolución | 40 |
| Introducción | 11 | Epidemiología..... | 40 |
| Mutilación genital femenina desde el punto de vista de los derechos humanos y de la violencia de género | 14 | Evolución de la práctica de la MGF..... | 43 |
| Qué es Género..... | 14 | Situación en España..... | 43 |
| La violencia contra las mujeres como violación de sus | | Aspectos jurídicos | 48 |
| Derechos Humanos..... | 15 | Europa..... | 50 |
| Universalidad de la violencia de género..... | 18 | Legislaciones Nacionales..... | 51 |
| Mutilación Genital Femenina y Derechos Humanos..... | 19 | Un ejemplo de lucha contra la mutilación genital femenina en África: Burkina Faso | 54 |
| Definición y contexto | 24 | Actividades del CNLPE..... | 55 |
| Introducción histórica..... | 24 | Medicus Mundi Andalucía en Burkina Faso..... | 55 |
| Definición..... | 25 | Referencias bibliográficas | 60 |
| Cómo y quién realiza la MGF..... | 26 | Otros recursos | 63 |
| A quién se realiza la MGF..... | 27 | Anexo 1 | 68 |
| Causas de la MGF..... | 28 | Prevalencia de MGF | 68 |
| Consecuencias | 32 | Tasas conocidas según etnia y/o zona geográfica..... | 68 |
| Complicaciones inmediatas y a medio plazo..... | 32 | ANEXO 2 | 71 |
| Complicaciones a largo plazo..... | 33 | Legislación española y andaluza | 71 |
| Consecuencias psicológicas, sexuales y sociales..... | 34 | Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código | |
| Complicaciones obstétricas y en el recién nacido..... | 35 | Penal..... | 71 |
| Consecuencias para los hombres..... | 36 | | |

| | |
|--|----|
| Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil..... | 71 |
| Parlamento de Andalucía: Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor..... | 72 |
| LEY ORGÁNICA 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. (BOE nº 163, 9 de julio de 2005) | 73 |
| ANEXO 3 | 74 |
| Direcciones de organizaciones africanas contra la Mutilación Genital Femenina.... | 74 |

Siglas

| | |
|--------------------|--|
| A/MGF | Ablación/Mutilación Genital Femenina |
| CDN | Comité de los Derechos del Niño |
| CIA | Comité InterAfricano |
| CNLPE | Comité Nacional de Lucha contra la Práctica de la Escisión |
| ECOSOC ... | Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas |
| MGF | Mutilación Genital Femenina |
| MMA | Medicusmundi Andalucía |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| UNESCO .. | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fundación de las Naciones Unidas para la Infancia |
| VIH | Virus de la Inmunodeficiencia Humana |
| WHO | Siglas en inglés de la OMS (World Health Organization) |

Presentación

La feminización de los movimientos migratorios viene generando un aumento en la demanda de información y asesoramiento jurídico en los centros de atención a la mujer, que exigen una mayor especialización de las personas profesionales, y que las mismas dispongan de herramientas que faciliten su trabajo.

Sin duda, la mutilación genital femenina es un atentado contra la seguridad, integridad y dignidad de las mujeres y niñas, y una clara violación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los datos manejados por diferentes Organizaciones Internacionales nos muestran que se continúan realizando prácticas de mutilación genital femenina utilizando pretextos de tipo cultural y/o religioso. Esta práctica, debido a los movimientos migratorios, llega a los países de destino a través de las mujeres que han sido mutiladas y de las mujeres y niñas que están en riesgo de serlo.

Ante esta situación, la Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, establece en su artículo 41.3 que “se establecerán las medidas que garanticen, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, la integridad física y psíquica de las mujeres y niñas, impidiendo la realización de prácticas médicas o quirúrgicas que atenten contra dicha integridad”.

Teniendo en cuenta el mandato legal expresado anteriormente, y nuestro deseo de avanzar en la eliminación de la realización de prácticas de mutilación genital femenina, se considera oportuno y necesario, como una de las actuaciones a realizar en esta línea, la difusión de esta Guía, la cual, enfoca esta práctica desde la perspectiva de la violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y la violencia de género, hecho que nos ayuda a comprender los motivos por los cuales esta práctica ha permanecido invisible e ignorada durante mucho tiempo, y permite encuadrarla dentro del contexto más amplio de la desigualdad que han sufrido, y continúan sufriendo, numerosas mujeres y niñas en el mundo.

Esta Guía pretende, como punto de partida, informar sobre esta materia, ya que uno de los elementos con los que nos encontramos, es el desconocimiento existente sobre la mutilación genital femenina

en los diferentes ámbitos. A su vez, pretende sensibilizar a la población y a las y los profesionales sobre esta materia, aspecto fundamental para lograr la erradicación de esta práctica, no solo desde el punto de vista jurídico, hecho logrado ya en numerosos países, sino también desde el punto de vista real y efectivo, sin duda todo ello contribuirá a seguir avanzando en la igualdad de género y en el reconocimiento de derechos a las mujeres más vulnerables e invisibles.

Micaela Navarro Garzón
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

Introducción

“Mi causa no ha nacido de algo bueno, sino de algo amargo. Se ha radicalizado con la miseria de mi pueblo..., con su explotación y su opresión”

Rigoberta Menchú. Premio Nobel de la Paz. 1992.

Tras el compromiso que en 1998 Medicius mundi Andalucía contrajo con el **Comité nacional de lucha contra la práctica de la escisión** de Burkina Faso, se inicia una campaña de información y sensibilización, tanto en nuestra sociedad como en la burkinabé, para alcanzar su erradicación. A través de ella quisimos reconocer lo esencial de su sinrazón y surgió el lema: **“Mutilación genital femenina ¿cultura, tradición? ¡ignorancia!** Con ello expresábamos que las razones culturales, religiosas y/o sociales esgrimidas para su continuación eran más fruto de la ignorancia que de la crueldad, la brutalidad o innobles intereses.

Después de 10 años de trabajo ininterrumpido contra esta práctica en los países afectados, hemos querido dar visibilidad, especialmente entre los profesionales de salud por ser los más directamente implicados, a la existencia de este grave problema de salud también entre nosotros. El ignorar su existencia impide su reconocimiento, favoreciendo su continuación tanto en los países de origen como en el nuestro.

Con la elaboración de esta guía se pretende no sólo dar visibilidad en nuestro medio a este grave problema de salud pública, sino proporcionar herramientas a los profesionales para que puedan reconocerlo, y de este modo prevenirlo y tratarlo cuando sea preciso.

Alcanzar el consenso jurídico internacional que cataloga la mutilación genital femenina como una violación esencial de los derechos humanos, no ha sido una tarea fácil, sino fruto de una lucha denodada a lo largo de la historia, superando la barrera que la reducía al ámbito de la familia y la comunidad, y con ello la adscribía al nivel de la esfera privada (paradoja que no oculta que gran parte de la violencia sobre la mujer en la esfera sexual y reproductiva se ejecuta precisamente en dicho ámbito familiar y comunitario).

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979; la Conferencia mundial sobre derechos humanos (Viena, 1993) y la 4ª Conferencia sobre la mujer (Pekín, 1995) han supuesto hitos importantes en esta necesaria dirección.

Una de las excusas más importantes para no considerar a la mutilación genital femenina como una violación de los derechos humanos, es el de asociarla a prácticas muy arraigadas en tradiciones culturales o religiosas de pueblos a los que había que proteger de la agresión exterior para evitar su colonización cultural. Ante ello, la comunidad internacional (ONU 1996), expresó que “es inaceptable permanecer impasible ante las aberraciones de una falsa cultura, que promueve comportamientos de alto riesgo para la salud y la dignidad de la mujer, al permitir prácticas perniciosas y vejatorias para ella”.

De igual forma, en la 1ª Conferencia Islámica para la Infancia (Rabat, 2005), políticos y líderes religiosos de cerca de 50 estados musulmanes, proclamaron a la mutilación genital femenina práctica contraria al Islam.

Tal vez sea el enorme lastre de la ignorancia –que se asocia y/o propicia el miedo, la inseguridad, la disminución de la libertad o el fanatismo– la razón esencial de su persistencia. Dicha ignorancia se expresa, a veces, en forma de una gran presión social: “si no has sido cortada, nadie querrá hablar contigo. Ningún hombre querrá casarse ni mantener relaciones sexuales contigo”. Otras, en forma de violencia sexual y fanatismo o bien, de manera más objetiva, se muestra por medio de proyectos de investigación, como el realizado en diversos países africanos (O.R.C. Maryland, 1999), que permitió conocer –con una alta correlación– que la prevalencia de mutilación de las niñas era inversamente proporcional al nivel de escolarización de sus madres, en casi todos los casos.

Todo lo anterior nos hace creer que, si bien en última instancia, es en el propio tejido humano donde se encuentran las bases de la injusticia, la desigualdad, el odio y la violencia de la sociedad, es en la intolerancia y el fanatismo donde se establecen los principios de la coacción que envilece tanto al que la impone como al que la acepta o justifica. Se hace necesario luchar para conseguir legislaciones integradas –educativas, de apoyo a la víctimas, de rechazo social– que penalicen dicha mutilación, en todos los Estados, así como realizar sensibilización y formación de los profesionales que pueden encontrarse directamente implicados en el problema, por constituir todo ello el medio esencial para su erradicación.

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Presidente de medicusmundi Andalucía

**mutilación
g e n i t a l
f e m e n i n a**



**desde el punto
de vista de los
d e r e c h o s
humanos y de
la violencia de
género**

Mutilación genital femenina desde el punto de vista de los derechos humanos y de la violencia de género

En 1997, un grupo de mujeres del pueblo senegalés Malicounda Bambara [...] declararon ante veinte periodistas su decisión de terminar con la práctica de la mutilación genital femenina, tradición que en su pueblo se remontaba a varios siglos atrás. El conocimiento que habían adquirido en derechos humanos y salud fue lo que las llevó a tomar esta decisión.

Abandoning Female Genital Cutting. Tostan

En este capítulo se enfoca la Mutilación Genital Femenina (MGF) bajo la perspectiva de los derechos humanos y de la violencia de género. Tras definir el concepto de “género”, se hace una breve exposición del trabajo que, durante muchos años, han realizado las asociaciones de mujeres para que se reconozca la existencia de la violencia de género, y lograr su aceptación universal como una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres. A continuación, se exponen algunos de los muchos tipos de violencia que experimentan las mujeres a lo largo de toda su vida. Por último, veremos como el hecho de situar la MGF dentro de la perspectiva de los derechos humanos nos ayuda no sólo a comprender los motivos por los cuales esta práctica –al igual que muchas otras prácticas nefastas– ha permanecido invisible e ignorada durante tanto tiempo, sino a encuadrarla dentro del contexto más amplio de desigualdad que han sufrido, y continúan sufriendo, las mujeres, en todos los países del mundo.

Qué es Género

Llamamos género al conjunto de características diferenciadas que se asignan a las personas por el hecho de ser hombres o mujeres, así como a las relaciones que se establecen entre ellas, las cuales

varían ampliamente a lo largo del tiempo y entre diferentes sociedades y culturas. La teoría del género afirma que no se nace mujer u hombre, entendiendo estos dos conceptos en toda su globalidad, sino que se aprende a ser mujer o se aprende a ser hombre. Se aprende a ser sensible y se aprende a ser agresivo, se aprende a ser intuitivo y se aprende a ser valiente. El género se asigna socialmente a cada ser humano desde su nacimiento y determina, en un contexto específico, lo que se espera, lo que se permite y lo que es valorado en una mujer o en un hombre. En la mayoría de las sociedades existen diferencias y desigualdades entre las mujeres y los hombres, tanto en los papeles como en las responsabilidades asignadas, en las actividades que emprenden, en el acceso y control de los recursos, y en el poder de decisión que poseen. Los roles de género varían dependiendo de la época, la edad, la clase social, la pertenencia étnica y religiosa, así como del entorno geográfico, económico y político.

El análisis de género demuestra que las desigualdades entre hombres y mujeres vienen determinadas por factores sociales, políticos y culturales, poniendo de manifiesto las dificultades que experimentan las mujeres para disfrutar de una vida digna y saludable.

El sexo se refiere sólo a lo biológico. El género se refiere a la construcción social, histórica y cultural de los seres humanos.

“En ninguna sociedad las mujeres disfrutan de las mismas oportunidades que los hombres”

Informe de desarrollo humano 1995. ONU

La violencia contra las mujeres como violación de sus Derechos Humanos

En la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, se especifica que ***“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”***; que ***“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”***; así como ***“el derecho inalienable de las personas a no ser sometidas a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”***.

Sin embargo, durante muchos años, el concepto de derechos humanos se aplicó exclusivamente a la esfera de lo público, con el fin de proteger a los ciudadanos de los abusos del estado y sus agentes. Tanto la mutilación genital femenina, como otros muchos actos de violencia perpetrados contra las mujeres dentro del ámbito de la familia o de la comunidad, permanecieron invisibles al ser considerados “asuntos privados” y, por lo tanto, ignorados como actuaciones de violencia y como actos que vulneran los derechos humanos.

Según la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer** (Naciones Unidas, 1993) se entiende por **violencia contra la mujer** “todo acto de violencia basada en el género que tenga, o pueda tener, como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Las organizaciones y movimientos de mujeres, en su esforzada y continua lucha para obtener la igualdad y el reconocimiento de sus derechos, lograron que se prestara atención a la existencia generalizada de violencia contra las mujeres, así como al hecho de que ésta no era el resultado de actos individuales, sino que estaba profundamente arraigada en relaciones estructurales de desigualdad entre las mujeres y los hombres. Gracias a estos movimientos, se consiguió que las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer salieran del ámbito privado para pasar a ser objeto de la atención pública y, sobre todo, responsabilidad de los Estados.

La actividad de las mujeres con respecto a la violencia de género aumentó notablemente a comienzos de los años ochenta. La cuestión destacó en la **Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Nairobi en 1985, en la cual se reconoció que la violencia contra la mujer se ejercía en la vida cotidiana de todas las sociedades, y que era precisa una toma de conciencia pública acerca de dicha violencia como un problema de la sociedad.

A comienzos de los años noventa estos movimientos cobraron importancia y, en la **Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena** (Naciones Unidas, 1993), reclamaron el reconocimiento de la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos de las mujeres. De forma paralela, el **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** afirmó que la violencia contra la mujer constituía, sin lugar a dudas, una forma de discriminación por motivos de

género. Además, ratificó que la discriminación es una de las causas principales de dicha violencia, situándola así dentro de la norma jurídica de no discriminación por motivos de sexo.

Gracias a estos esfuerzos, en la **Declaración y Programa de Acción de Viena**, se reconoció la universalidad de los derechos de la mujer como derechos humanos, y se hizo un llamamiento a la eliminación de la violencia por motivos de género. Poco después, en ese mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer**.

Las consecuencias del reconocimiento de la violencia contra la mujer como una cuestión de derechos humanos son muy importantes:

- En primer lugar, permite establecer las normas vinculantes que imponen a los Estados la obligación de prevenir, erradicar y castigar esos actos de violencia, haciéndolos responsables en el caso de que no se cumplan tales obligaciones.
- En segundo lugar, hace que el discurso y la práctica en materia de derechos humanos sean más apropiadas dado que, si las experiencias particulares de las mujeres permanecen invisibles, no contribuyen a la comprensión de las violaciones de los derechos humanos ni a las formas de corregirlas.
- Por último, esto no excluye otros enfoques para la prevención y la eliminación de la violencia, como son los esfuerzos en materia de educación, salud, desarrollo y justicia penal. Además, se fomenta una respuesta multisectorial e indivisible que añade una dimensión de derechos humanos al trabajo en todos los sectores.

“Con demasiada frecuencia escucho cómo las mujeres se quejan de que sus experiencias no forman parte de la discusión de políticas. Con independencia de que se hable del impacto desigual de la globalización, de los estragos de las guerras y conflictos armados o de la realidad de vivir con el VIH/SIDA, se sienten marginadas y excluidas de la toma de decisiones y de recursos que afectan a sus vidas. Y sin embargo, es bien sabido que las políticas más eficaces son el resultado de escuchar a quienes han experimentado tales problemas en carne propia, que pueden proporcionar las perspectivas necesarias, mejorar la comprensión y ofrecer soluciones creativas para utilizar los recursos de forma innovadora”.

Noeleen Heyzer, Directora Ejecutiva, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, 2004.

Universalidad de la violencia de género

“En todas las sociedades, en mayor o menor medida, las mujeres y las niñas están sujetas a malos tratos de índole física, sexual y psicológica, sin distinción en cuanto a su nivel de ingresos, clase y cultura. La baja condición social y económica de la mujer puede ser tanto una causa como una consecuencia de la violencia de que es víctima”.

Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, 1995.

La violencia de género ejercida contra la mujer es uno de los principales obstáculos para lograr la igualdad de género. Existe en todos los países del mundo y tiene lugar a lo largo de toda su vida, e incluso antes del nacimiento, produciéndose de diversas formas:

- En la fase prenatal: abortos selectivos según el sexo.
- Durante su infancia: infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico; menor acceso a la alimentación, a la atención sanitaria y a la educación; mayor carga de trabajo y realización de prácticas tradicionales nefastas para la salud como la mutilación genital.
- En la adolescencia y edad adulta: violencia durante el cortejo y el noviazgo; sexo forzado por razones económicas; acoso sexual, incesto y violación; embarazos y matrimonios precoces impuestos; tráfico de mujeres, prostitución y pornografía forzada; violencia, abuso y homicidio conyugales; mutilación genital femenina; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; levirato.
- En la vejez: “suicidio” forzado u homicidio de viudas por razones económicas; abuso físico, sexual y psicológico.

En los conflictos armados, las mujeres son víctimas de violencia por parte de los hombres de una manera particular: violaciones en masa, esclavas sexuales para los militares, mujeres obligadas a mantener relaciones sexuales para obtener comida o protección, matrimonios y embarazos impuestos por la fuerza, brutalidad y golpes; MGF en la comunidad atacada como medio de reforzar la identidad cultural...

Gran parte de la violencia ejercida contra la mujer se realiza en la esfera sexual y reproductiva, creándole graves perjuicios en su salud: acoso sexual, violencia durante el embarazo, relaciones sexuales precoces forzadas, violación dentro y fuera de la pareja, trata de mujeres, esterilización forzada, etc. Entre las

consecuencias de estas acciones podemos encontrar: embarazos no deseados, abortos realizados en condiciones de riesgo y aumento progresivo de la infección por VIH en mujeres de todo el mundo.

“Mientras siga existiendo la violencia contra la mujer, no podremos afirmar que estamos logrando progresos reales hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”

Secretario General de las Naciones Unidas, 2006.

Mutilación Genital Femenina y Derechos Humanos

Uno de los obstáculos más importantes para considerar a la mutilación genital femenina como una violación de los derechos humanos, ha sido el hecho de que se trata de una práctica muy arraigada en las tradiciones culturales de los pueblos que la realizan, por lo que se corría el riesgo, como ya había ocurrido en algunas ocasiones, de que la intervención externa en su contra fuera percibida como un acto de imperialismo cultural.

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

La perspectiva de derechos humanos, además de considerarla una de las muchas formas de violencia de género, la sitúa en el contexto de la desigualdad e impotencia social y económica de la mujer. Reconocer que los derechos civiles, políticos y culturales son indivisibles e interdependientes, constituye un punto de partida crucial para abordar toda la amplia gama de factores que subyacen en la persistencia de esta práctica.

Ha sido gracias a la lucha de muchas mujeres, y de algunos hombres, de todos los puntos del planeta, que este fenómeno, universalmente silenciado, ha sido puesto en evidencia como inaceptable e incluido dentro de la desigualdad y violencia de género que afecta a todas las mujeres del mundo, tanto en la esfera pública como en la esfera privada.

Es inaceptable que la comunidad internacional permanezca impasible en nombre de una visión distorsionada del concepto de pluralidad cultural. Los comportamientos humanos y valores culturales, independientemente de los sensibles o destructivos que puedan parecer desde el punto de vista personal y cultural de terceros, tienen un sentido y cumplen una función para quienes los practican. Sin embargo, la cultura no es estática, sino que fluye continuamente, se adapta y reforma. La población cambiará sus comportamientos cuando comprenda los riesgos y la indignidad de prácticas perniciosas, y cuando se dé cuenta de que es posible abandonarlas sin renunciar a aspectos significativos de su cultura.

Declaración conjunta OMS, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1996.

El surgimiento de la A/MGF como tema de derechos humanos

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

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

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

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

La A/MGF y los derechos humanos: CAMBIAR UNA CONVENCION SOCIAL PERJUDICIAL: LA ABLACION O MUTILACION GENITAL FEMENINA. Innocenti DIGEST. 2005 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)



**definición
y contexto**

Definición y contexto

Fui mutilada a la edad de once años. Recuerdo ese momento como si fuera ayer. Vuelvo a verme a mi misma tirada en el suelo, cuatro mujeres del pueblo sujetando mis muslos y mis brazos bien fijos en el suelo, las piernas separadas y frente a mí, una extraña de al menos sesenta años que no había visto jamás, preparada para cortar trozo a trozo mis órganos genitales.

P. Sebgo¹

Introducción histórica

La mutilación genital femenina (MGF)² o escisión, es una práctica muy antigua, de probable origen pagano, anterior a la aparición de las religiones monoteístas. Su origen, tanto en el tiempo como en la geografía, no se ha podido establecer. La escisión era ya practicada entre los egipcios desde 5000 o 6000 años a.C. y en la época de los faraones, de ahí el nombre de “circuncisión faraónica”. Según refiere Herodoto, en el siglo V a.C., la escisión se practicaba entre los fenicios, los hititas y los etíopes. El nombre “infibulación” parece que le fue dado por los romanos y procede de “fibula”, nombre del broche con el que se cerraban la toga. Se sabe, por otros investigadores, que dicho rito era practicado en las zonas tropicales de África y Filipinas, por ciertas etnias de la Alta Amazonía y, en Australia, por las mujeres arunta. En Europa y en Estados Unidos, la escisión del clítoris fue utilizada por algunos médicos, durante los siglos XVIII y XIX e incluso a comienzos del XX, como tratamiento para ciertas enfermedades de origen nervioso como la histeria, la epilepsia y la migraña. Todo esto demuestra que esta práctica se ha ejercido en diversos pueblos y sociedades de todos los continentes, en todas las épocas históricas.

1 P. Sebgo es una mujer de Burkina Faso, que lucha a favor de la promoción económica, sanitaria y social de las mujeres y las niñas y en contra de las prácticas tradicionales perjudiciales para las mujeres.

2 El Comité Interafricano (CIA), en la Declaración de Bamako (2005), escogió el término **mutilación genital femenina** como el más apropiado para referirse a esta práctica. Podemos encontrar en otros textos los términos: ablación, escisión, circuncisión femenina o corte genital femenino para referirse a la misma práctica, pero el CIA considera que crean confusión y no reflejan la extensión del daño causado.

Definición

Pero, ¿en qué consiste la mutilación genital femenina? Según la OMS, se considera mutilación genital femenina (MGF) a “una amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por motivos culturales u otras razones que no son de índole médica”.

CLASIFICACIÓN (OMS, 2007)

Según la última clasificación de la OMS, se identifican cuatro tipos de mutilaciones genitales femeninas:

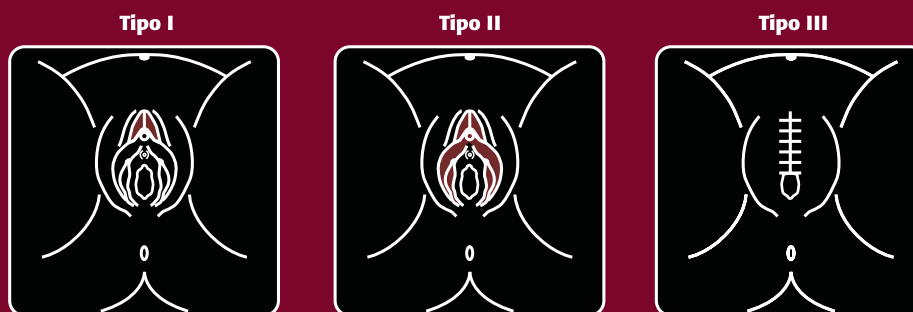
Tipo I: escisión del clítoris y/o del prepucio.

Tipo II: eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores.

Tipo III: se cortan y cosen los labios menores y/o mayores produciendo una estenosis del orificio vaginal, con o sin eliminación del clítoris. Este tipo se denomina también “infibulación”.

Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables, que incluyen el cosido del clítoris, o los labios, o ambos; la cauterización, quemando el clítoris y los tejidos que lo rodean; el raspado del orificio vaginal (cortes angurya) o hacer cortes en la vagina (cortes gishiri), y la introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina para provocar el sangrado de la misma o con la finalidad de reducirla o estrecharla.

WHO, 2008



El tipo de MGF realizado varía según la zona geográfica. Los tipos I y II son los más frecuentes, constituyendo el 80-85% de las mutilaciones que se practican. Aunque se estima que la infibulación le es practicada al 15-20% del total de mujeres que padecen una mutilación genital, este tipo predomina en algunos países del cuerno de África como Sudán, Yibuti y Somalia, donde la sufren el 80-90% de las mujeres. En menor escala, se realiza también infibulación en Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Kenia y Malí.

Cómo y quién realiza la MGF

Para realizar la MGF se utilizan cuchillos especiales, tijeras, cuchillas de afeitar o trozos de vidrio. También pueden usarse piedras afiladas, cortaúñas e incluso, la tapa de aluminio de una lata. Cuando la operación se efectúa a varias niñas a la vez, no es raro que se utilice el mismo instrumento para todas sin limpiarlo entre un procedimiento y otro.

La intervención, generalmente, es realizada por una mujer designada especialmente para esta tarea. Esta mujer, que en muchas ocasiones ejerce también de partera tradicional, suele ser muy respetada en la comunidad y, con frecuencia, de edad avanzada. La duración del procedimiento es de quince a veinte minutos, dependiendo de la habilidad de la persona que la realiza y de la resistencia que oponga la niña, la cual debe ser sujeta por varias mujeres durante el tiempo que dura la intervención.

Posteriormente, la herida se limpia utilizando alcohol, zumo de limón u otros materiales como ceniza, mezclas de hierbas, aceite de coco o excrementos de vaca. En los casos de infibulación, se unen los labios menores –en algunos lugares utilizando para ello espinas de acacia– y, tras esto, se atan las piernas de la niña hasta que la herida ha curado.

Como consecuencia de las múltiples campañas que subrayan los efectos perjudiciales que la MGF ejerce sobre la salud, cada vez con mayor frecuencia es practicada por profesionales sanitarios, con asepsia y anestesia, especialmente en Egipto, Sudán y Kenia.

Estos profesionales sanitarios justifican su actuación aduciendo que, como de todas formas se va a mutilar a la niña, es mejor hacerlo sin dolor y sin riesgos para ella. Añaden que si no lo hacen así, la niña correrá más riesgos al sufrirla por un(a) escisador(a) tradicional de modo antihigiénico, con

dolor y con riesgo de complicaciones graves. Pero estas intervenciones, pretenden “legitimar” lo que sigue siendo un acto de violencia contra la mujer y una violación de sus derechos humanos, al atentar contra su integridad física. Además, la disminución de sus riesgos no incide sobre los motivos que la perpetúan.

A quién se realiza la MGF

Hoy día la escisión se realiza incluso a los cuatro días de vida, no existe una edad específica... La edad se ha adelantado debido a cuestiones económicas. Antes eran las muchachas de catorce o quince años quienes se sometían a ella y se les daba educación sexual para que aprendieran a ser futuras madres y futuras nueras. Esta formación se prolongaba por espacio de un mes. Al estar recluidas 30 o 40 muchachas, se agotaban las reservas de alimento de la aldea. Tras la ceremonia de la MGF la aldea se hallaba tan empobrecida, que no quedaba casi cereal. Para evitar esta situación ahora cada familia se responsabiliza de que ésta se realice. Por eso se lleva a cabo tan pronto.

Mme Kadida Sidibe³

La edad a la que se realiza la MGF varía ampliamente dependiendo de los grupos étnicos y de la localización geográfica. En algunas etnias se practica a bebés de pocas semanas, pero lo más frecuente es que se realice a niñas entre los cinco y los catorce años, en general ligado a un rito ceremonial de paso a la edad adulta. En otras ocasiones, se practica antes del matrimonio, dado que puede ser exigida por el futuro marido o por la futura suegra para que la mujer sea aceptada como esposa, e incluso durante el embarazo o el parto.

Debido a que la MGF está prohibida y penada por la ley en muchos países, se ha observado que cada vez se realiza a edades más tempranas con el fin de eludir tanto su detección, como el recuerdo que deja en la niña. Tanto la disminución de la edad a la que se practica, como el aumento de su medicalización, han relegado la importancia de los aspectos ceremoniales ligados a la misma.

³ Mme Kadida Sidibe trabaja en AMSOPT (Asociación de Malí para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales) desde el comienzo de los años noventa para erradicar la MGF.

Causas de la MGF

“Si no has sido cortada, nadie quiere hablar contigo; las niñas y los niños en la escuela se reirán de ti porque todavía eres una niña. Ningún hombre querrá casarse ni tener relaciones sexuales contigo si no has sido cortada”.

IRIN: Razor’s Edge

La MGF es una manifestación de la violencia y desigualdad de género, basada en una serie de convicciones y percepciones muy arraigadas en las estructuras sociales, económicas, políticas y, en ocasiones, religiosas.

Las causas que se aducen para realizar la operación son muy variadas, pero podemos agruparlas en los siguientes apartados según la OMS:

Socio-culturales

Nashiro, circuncisadora jefe de la comunidad Maasai: “Cortar a las niñas es algo que nuestro pueblo ha hecho durante siglos. Nadie podrá convencernos de que está mal”.

IRIN: Razor’s Edge

En algunas comunidades, la MGF se realiza como parte de un rito ceremonial de paso a la edad adulta, que refuerza el sentimiento de las mujeres de pertenencia al grupo. Las sociedades en las que se practica suelen ser patriarcales y patrilineales, y el acceso de las mujeres a la tierra y a la seguridad se obtiene únicamente por medio del matrimonio. Por este motivo, la presión social para su práctica es tan intensa, que las mujeres se sienten amenazadas con el rechazo y el aislamiento si no siguen la tradición, pues una mujer no mutilada no sería aceptada como esposa.

Algunos grupos étnicos, como los bambara de Senegal, atribuyen al clítoris el poder de herir al hombre e, incluso, de matarlo; los peuls creen que el clítoris podría crecer tanto que llegaría a obstruir la entrada de la vagina y, por lo tanto, impedir la penetración masculina; otros piensan que al nacer el bebé tapanía su nariz y le impediría respirar, causando su muerte. Un buen número de etnias presumen que el bebé morirá si tiene contacto con el clítoris al nacer.

Higiénicas y estéticas

En algunas etnias se considera que los genitales externos femeninos son sucios y feos y que, por lo tanto, su eliminación hace a la mujer limpia y bella; otros piensan que si no se eliminan crecerían de forma indefinida; en otros casos, la MGF se asocia a la pureza espiritual.

Religiosas o espirituales

No hay nada que convierta la circuncisión femenina en una tradición obligatoria [...]. Por este motivo, numerosos Estados islámicos que respetan rigurosamente la ley islámica no circuncidan a las niñas (por ejemplo, Arabia Saudí, Irán, Iraq, Siria, Libia, Marruecos).

[...]Si la pequeña cuyos padres quieren circuncidar pudiera manifestarse exclamaría: "Por favor, dejadme en paz, no me torturéis". El Islam prohíbe la tortura.

[...]Quisiera pedir a todos los musulmanes de todo el mundo que desistan de la práctica malsana de la circuncisión femenina, y que no inflijan daño a sus hijas.

Jeque Dr. Andel Rahman Al Naggar

Ciertas comunidades creen que la MGF es requerida por la religión para que la mujer sea espiritualmente pura.

La MGF se asocia con frecuencia al Islam y, de hecho, algunas comunidades religiosas islámicas creen firmemente que su religión lo exige. El hecho de que la mutilación de tipo I sea conocida también como "sunna" (que significa "siguiendo la tradición del profeta"), es usado a menudo como evidencia de esta convicción. Sin embargo, la mutilación es practicada tanto por musulmanes como por cristianos y animistas, y no existe ningún pasaje en el Corán ni en la Biblia que la apoye.

Declaración de Rabat

Ministros, políticos y líderes religiosos de cerca de 50 estados musulmanes se reunieron en noviembre de 2005 en la Primera Conferencia Islámica para la Infancia en Rabat, Marruecos. De ella surgió la Declaración de Rabat, en la cual se condenaron, como contrarias al Islam, tanto la mutilación genital femenina como otras prácticas nefastas que discriminan a las niñas. En la Declaración de Rabat se hizo una llamada a todos los estados islámicos para que tomaran todas las medidas necesarias para eliminar todas las formas de discriminación de las niñas y las prácticas tradicionales nefastas como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz.

ALLAFRICA.COM (9 de noviembre de 2005)

Psico-sexuales

“Nuestra época necesita la circuncisión femenina debido a la mezcla de hombres y mujeres en las reuniones. Si la niña no ha sido circuncidada, se expone a gran cantidad de excitaciones que la empujarán al vicio y a la perdición en una sociedad sin frenos”.

Gad-al-Haq, Gad-al-Haq 'Ali

Muchos de los mitos que rodean la práctica de la MGF están relacionados con la vida sexual de la mujer: aumenta su fertilidad y protege la vida del recién nacido; evita las desviaciones sexuales, incluidos el adulterio y la prostitución; es imprescindible para el mantenimiento de la virginidad, etc. También se asocian a la vida sexual del hombre puesto que, según algunas creencias, activaría el vigor sexual del marido.

Aunque casi la mitad de los países en los que se realiza la MGF prohíben su práctica, la convención social que la rodea es tan fuerte que, aún cuando individualmente una mujer o una familia estén en contra de realizársela a sus hijas, es muy posible que continúen haciéndolo para protegerlas y salvaguardar su estatus en la comunidad. Al mismo tiempo, el trámite de la MGF en los casos en que se realiza como parte de una ceremonia comunitaria, confiere a las niñas un sentimiento de pertenencia a la comunidad, de paso a la edad adulta y de orgullo. El no realizarla, de forma individual, puede conducir a la mujer no mutilada a la marginación social y al aislamiento. Por ello, es muy importante conocer los motivos que conducen a la práctica de la MGF en cada comunidad para trabajar sobre ellos, y lograr así el abandono de la misma por un número significativo de familias, de forma que ninguna niña sea perjudicada. La misma presión social que conduce a su realización, puede ser la clave para su abandono.



consecuencias

Consecuencias

La MGF es un grave atentado contra los derechos humanos y muestra de la dominación que, en muchos lugares, ejercen los hombres sobre las mujeres. Además, entraña consecuencias físicas para ellas, en ocasiones tan graves, que pueden llevarlas a la muerte o a padecer secuelas permanentes. Las complicaciones que aparecen tras una mutilación genital pueden ocurrir inmediatamente, a medio o a largo plazo tras su realización. Además, conllevan problemas sexuales, sociales y psicológicos.

Complicaciones inmediatas y a medio plazo

Hemorragia

Es la complicación más frecuente de la mutilación. La ablación del clítoris y de los labios menores supone la sección de gran cantidad de vasos sanguíneos a través de los cuales fluye sangre a elevada presión. El hecho de que la mutilación sea realizada por mujeres de edad avanzada, en ocasiones con mala visión y peor pulso, puede causar una lesión de la arteria del clítoris, que da lugar a una hemorragia, a veces tan importante que puede causar la muerte de la niña. Además, también puede producirse un sangrado a medio plazo por desprendimiento del coágulo que cubre la herida.

Dolor muy intenso

Debido a la gran cantidad de terminales nerviosas que existen en los genitales externos, el corte de los mismos, por pequeño que sea, entraña siempre un intenso dolor. Incluso la inyección de un anestésico local, con el fin de reducir el trauma, puede resultar muy dolorosa; además, una vez pasado su efecto, el dolor reaparece.

Shock

Puede estar ocasionado por el dolor tan agudo que produce el corte, por un sangrado grave o por ambos. A veces el shock es tan importante, que causa la muerte.

Infecciones y sepsis

Es relativamente frecuente que el procedimiento se realice sin ningún tipo de medidas higiénicas: los materiales utilizados para el corte y los medios que se usan para cauterizar la herida están contaminados y, a menudo, se utiliza el mismo instrumento para todas las niñas cuando se hace en grupo.

Lesiones de los tejidos cercanos

El intenso dolor hace que sea difícil que la niña / mujer se mantenga quieta durante la operación. Esto, unido al hecho de que la mutiladora puede ser una persona anciana, con mal pulso y visión deteriorada, puede ocasionar lesiones de la uretra, vagina, perineo y/o recto.

Retención de orina

Puede aparecer a consecuencia del intenso dolor que se produce con la micción, a la inflamación secundaria o ser debido a una lesión de la uretra.

La gravedad de estas complicaciones, unida a la escasez de servicios sanitarios o a la tardanza en recurrir a ellos cuando se producen, puede conducir a la **muerte de la niña**.

Complicaciones a largo plazo

Pasado un tiempo tras la mutilación, se producen otro tipo de complicaciones. En unos casos, los problemas son consecuencia de complicaciones previas que no se han curado o que lo han hecho de manera inadecuada o incompleta. En otros, aparecen al iniciar la mujer su vida sexual y reproductiva. Aunque cualquier tipo de mutilación puede dar lugar a complicaciones que se manifiestan a largo plazo, su frecuencia y gravedad suele estar relacionada tanto con el tipo de mutilación, como con las complicaciones que surgieron durante su realización o poco después.

Tipos I y II

A largo plazo, las complicaciones que aparecen con mayor frecuencia, son: infecciones recurrentes del tracto urinario, infecciones pélvicas e infertilidad, abscesos, fistulas vésico-vaginales o recto-vaginales, quistes dermoides, queloides en la cicatriz, enfermedades de transmisión sanguínea como la hepatitis B y el VIH/SIDA, dolor durante la menstruación y con las relaciones sexuales.

Tipo III

En este tipo pueden producirse todas las complicaciones de los tipos I y II pero, al ser más extensa, se añaden otro tipo de problemas como resultado de la obstrucción mecánica creada por la cicatriz que cubre la uretra y la vagina. En estos casos, pueden producirse lesiones adicionales al ser preciso abrir a la mujer para que pueda tener relaciones sexuales, además de las lesiones derivadas de la “apertura” que se precisa en cada parto y el “cierre” que, en muchos casos, se realiza tras el mismo.

- La retención de flujo menstrual puede dar lugar a infecciones recurrentes y, estas, a enfermedad inflamatoria pélvica.
- Puede producirse esterilidad secundaria a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Las dificultades para orinar dan lugar a infecciones urinarias crónicas.
- Además, puede aparecer incontinencia secundaria a la formación de fístulas; las relaciones sexuales pueden ser muy dolorosas, e incluso imposibles por estenosis vaginal, etc.

Consecuencias psicológicas, sexuales y sociales



Se han realizado pocas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la MGF, pero los relatos de algunas mujeres refieren ansiedad antes del proceso y terror durante el mismo. La experiencia de la MGF se ha asociado a una serie de desórdenes mentales y psicosomáticos, como alteraciones del apetito y del sueño, pesadillas, ataques de pánico y dificultades para la concentración y el aprendizaje. Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas. La deformación de los genitales, producida por quistes dermoides o por cicatrices queloides, les causan ansiedad, vergüenza y miedo al pensar que sus genitales están creciendo de nuevo de forma monstruosa o al temer que se trate de un cáncer. Muchas mujeres padecen sus problemas en silencio, incapaces de expresar su dolor y su miedo, y la memoria del hecho las acompaña durante

País Dogon. Malí.

toda su vida. Además, las mujeres inmigrantes que han sido mutiladas, pueden presentar problemas añadidos relacionados con su identidad sexual, al enfrentarse a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición a la MGF en el país de acogida.

En su vida sexual, además de menstruaciones dolorosas, algunas mujeres sufren dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia) debido a las cicatrices, a la estenosis vaginal o a las infecciones. Estas complicaciones, a su vez, pueden provocarles frigidez y dar lugar a problemas maritales. En los casos de infibulación (tipo III) y de pseudoinfibulación (cierre producido por la cicatrización en la MGF tipo II), la penetración vaginal puede ser imposible sin reabrir la cicatriz.

Las lesiones en el área vulvar y los intentos repetidos de penetración pueden ocasionar vaginismo.

Por otra parte, las mujeres cuya MGF se ha complicado con una fístula vésico-vaginal o recto-vaginal, pueden ser marginadas socialmente por su incontinencia urinaria o fecal. Además, las niñas o mujeres que no han sido mutiladas pueden ser estigmatizadas y rechazadas por su comunidad y no poder contraer matrimonio.

Complicaciones obstétricas y en el recién nacido

En muchos de los estudios realizados sobre la MGF se había descrito la aparición de complicaciones durante y en el período inmediato al parto, tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en los casos de infibulación. Pero no ha sido hasta ahora que, en un extenso estudio prospectivo, realizado por la OMS y publicado en *The Lancet* en 2006, sobre más de 28.000 mujeres de diferentes países y etnias africanas, se ha podido constatar una mayor frecuencia de problemas durante el parto en las mujeres que han sufrido una MGF comparadas con las que no la han sufrido, especialmente en los tipos II y III. Entre estas complicaciones se encuentran:

- Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada.
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III.
- Mayor mortalidad materna.

- El número de niños que precisan de reanimación al nacimiento es significativamente más elevado cuando la madre ha sufrido una mutilación genital.
- La mortalidad perinatal es más alta en los hijos de madres con mutilaciones tipo II y III, pudiéndosele atribuir un 22‰ de las muertes perinatales de niños nacidos de mujeres con MGF.

Consecuencias para los hombres

Aunque las consecuencias de la MGF en los hombres están menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, etc.

Me llamo Aisa, mi familia vive en Etiopía, en una ciudad del este cuya población es de origen somalí. Cuando fui a la escuela, las niñas hablaban sobre los regalos que esperaban recibir después de no se qué misteriosa operación [...]. Unos meses después, mi madre llamó a la partera local e invitó a toda la familia y a los amigos para la ceremonia de iniciación de mi hermana pequeña y mía. Mi madre me dijo que fuera fuerte, que me dolería, pero que todas las niñas debían hacérselo para ser mujeres [...]. Me colocaron sobre una mesa [...]. La escisadora, una mujer anciana, tomó un cuchillo que llevaba en una bolsa especial y comenzó a cortar. Un dolor lacerante recorrió todo mi cuerpo. El insufrible dolor reaparecía con cada corte pero yo no podía moverme, pues me sujetaban unos brazos muy fuertes.

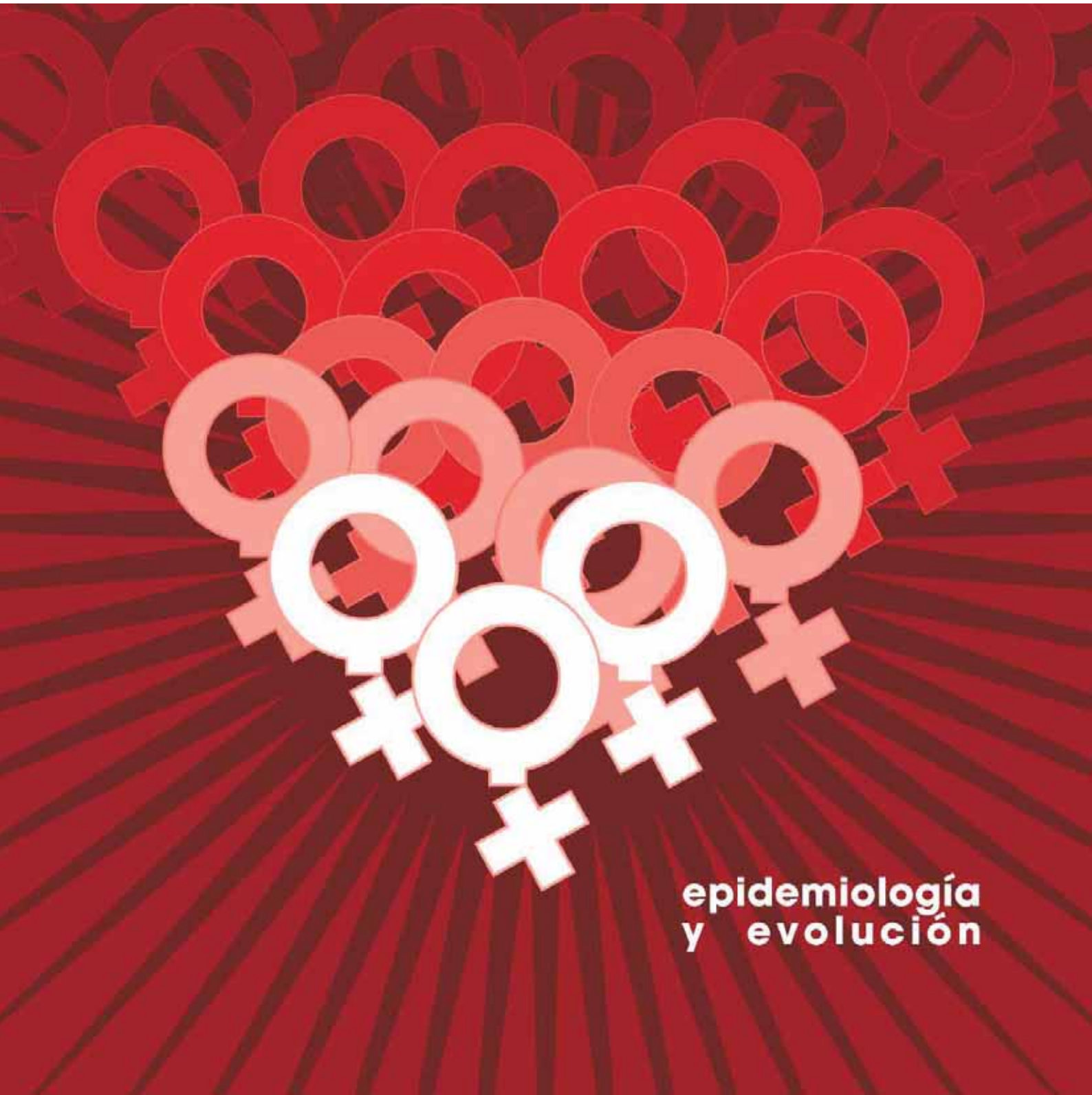
Cuando terminaron, me cerraron las piernas, y las ataron juntas con vendas después de insertarme un palito para que pudiera orinar tras la cicatrización. [...] Muchos días después me permitieron levantarme y caminar como si fuera un pájaro, con las piernas atadas, apoyándome en un bastón. Durante todo ese tiempo sólo comí arroz y bebí lo menos posible, pues orinar me causaba un dolor espantoso. Un día me caí y la herida se abrió. Mi madre, aunque yo estaba aterrorizada por el dolor, me obligó a que me la cosieran de nuevo.

Cuando aparece la menstruación, surgen nuevos problemas. Afortunadamente, yo no tuve demasiados, aunque tenía dolores intensos cada vez. Pero mi hermana sí los tuvo, pues la sangre no podía salir bien y formaba coágulos que se endurecían y le causaban un dolor persistente. Algunas niñas tienen tantos problemas que la partera tiene que abrirlas para poder sacar los coágulos.

El siguiente problema llega cuanto te casas. De acuerdo con la tradición, el marido debe abrir a la novia usando su pene como ariete. La novia es elegida por la familia del hombre e inspeccionada para comprobar que ha sido cerrada de forma conveniente. Afortunadamente, esto no me ocurrió a mí, pues me enviaron a estudiar fuera y acudí a un cirujano para que me abriese con anestesia antes de casarme. Pero lo habitual es que una mujer, elegida por la familia del marido, abra a la novia con un cuchillo o una hoja de afeitar y, entonces, el marido debe mantener relaciones sexuales con ella a menudo, a través de la herida sangrante, para evitar que se cierre de nuevo.

Cuando volví a casa, asistí a la boda de una buena amiga mía, una mujer muy hermosa. Nadie le pidió su opinión cuando la casaron con el extraño que su padre le había elegido. Le hicieron tener hijos que nadie le preguntó si deseaba; fue utilizada como un objeto, se volvió como un vegetal y nunca se rebeló. Estaba literalmente muerta –la mujer ideal desde el punto de vista masculino, predominante en nuestra sociedad. A mí me dejaron algún sentimiento, pero no disfruto del sexo. Cuando mis amigas de la universidad intentan hablarme de lo que yo ya he perdido para siempre, me pregunto como será sentir como ellas...

Hosken. 1995.



epidemiología
y evolución

Epidemiología y evolución

Epidemiología

Como se ha dicho en anteriores capítulos, la MGF es una práctica milenaria que, por diversos motivos enraizados en la tradición y la cultura de muchos pueblos africanos, -y en algunos países occidentales por razones “terapéuticas” no justificadas científicamente- se ha realizado a mujeres de todo el mundo. Actualmente, la mayoría de las niñas en situación de riesgo de ser sometidas a MGF viven en unos 28 países, la mayoría de ellos africanos. Además de en África, la MGF se practica también en algunas comunidades de la costa del Mar Rojo en Yemen, y se ha informado de su existencia en algunas poblaciones de la India, Indonesia y Malasia.

Según cálculos de la OMS, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a alguna forma de MGF, lo cual supone una violación de los derechos humanos a gran escala. Los análisis más recientes indican que unos tres millones de niñas y mujeres son sometidas anualmente a algún tipo de MGF en el continente africano.

El número de mujeres que han sido mutiladas varía mucho de un país a otro –desde un 99% en Guinea a un 5% en Níger– e, incluso, en áreas diferentes de un mismo país. Las marcadas variaciones de prevalencia¹ dentro de un país, se explican, en la mayoría de los casos, por la presencia de distintas comunidades étnicas que presentan actitudes y prácticas distintas en relación con la MGF. Algunos grupos la practican raramente o nunca, mientras que en otros, prácticamente todas las mujeres que pertenecen a una etnia han sido mutiladas. De hecho, se ha observado que la pertenencia étnica es el factor que influye de manera más significativa en las diferentes prevalencias de MGF, tanto entre países como en el interior de los mismos.

¹ Prevalencia: medición, en un momento cualquiera, del número de personas que han sufrido un proceso. Por ejemplo: número de niñas/ mujeres que había mutiladas, en un país cualquiera, en diciembre de 2007.

Otros factores que influyen en la prevalencia son:

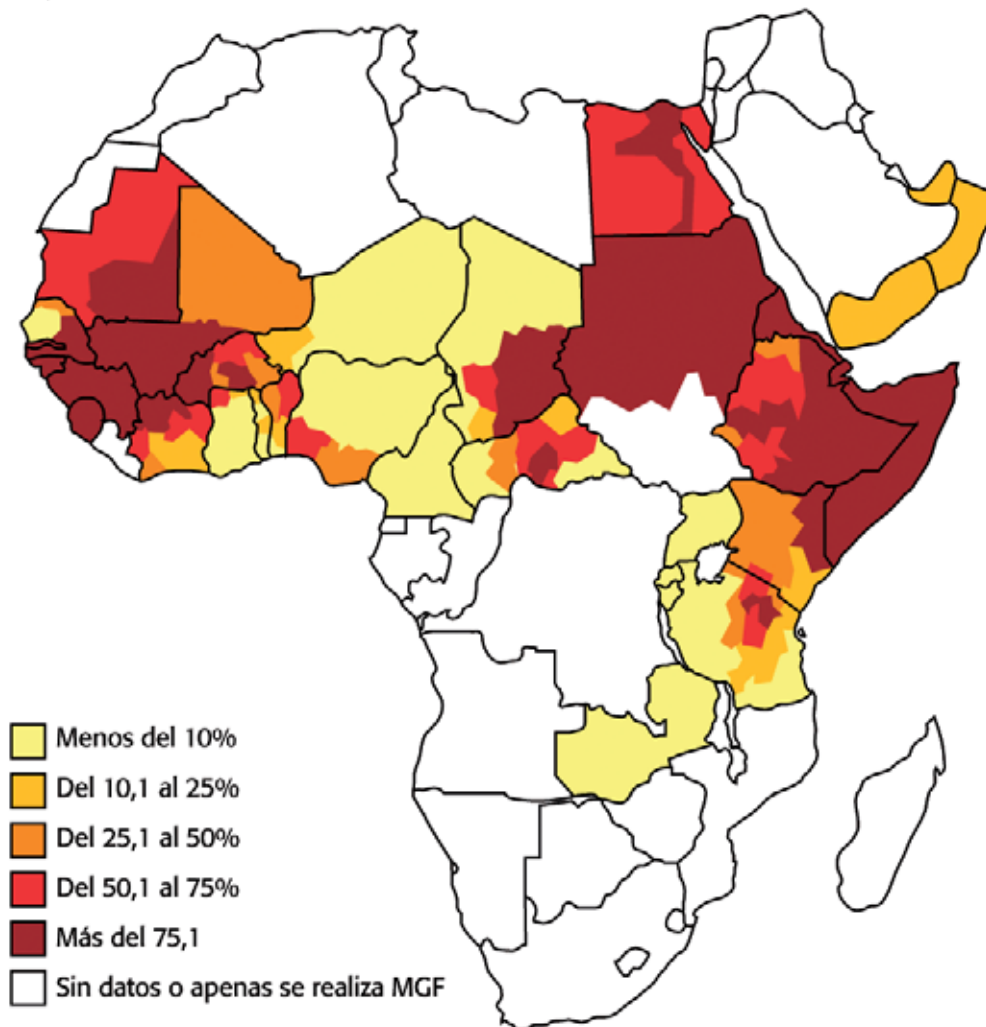
- La pertenencia a un medio rural o urbano. La prevalencia de MGF suele ser superior en las áreas rurales aunque esto no es siempre así: en algunos casos las tasas son casi idénticas (Etiopía, Guinea), y en otros casos (Burkina Faso, Nigeria, Sudán y Yemen) la prevalencia es mayor en las áreas urbanas debido, probablemente, a la pertenencia étnica.
- El nivel de educación de la mujer:
 - En las mujeres con mayor nivel educativo hay una prevalencia más baja de mutilación.
 - Cuanto mayor es el grado de educación de la madre, menor es la intención de realizar la MGF a sus hijas.

Porcentaje de hijas mayores mutiladas de mujeres encuestadas con al menos una hija viva. Clasificación según el nivel de educación de la madre

| | Prevalencia de MGF en niñas según la escolarización de la madre | | | | Número de madres encuestadas |
|-------------------------|---|----------|------------|-------------|------------------------------|
| | Ninguna | Primaria | Secundaria | Tasa global | |
| Eritrea 1995 | 73,7 | 64,7 | 59,9 | 71,4 | 2.005 |
| Sudán norte 1989-90 | 62,7 | 57,2 | 30,5 | 57,7 | 4.386 |
| Malí 1995-96 | 73,6 | 73,6 | 75,0 | 73,6 | 6.399 |
| Burkina Faso 1998-99 | 47,3 | 35,1 | 16,1 | 45,5 | 3.499 |
| Níger 1998 | 16,3 | 6,7 | 2,2 | 14,2 | 1.348 |
| Costa de Marfil 1998-99 | 36,0 | 9,3 | 3,9 | 25,8 | 1.595 |
| Nigeria 1999 | 14,6 | 29,2 | 23,3 | 20,2 | 4.503 |
| Kenia 1998 | 23,2 | 10,4 | 5,8 | 11,3 | 4.554 |
| Tanzania 1996 | 10,7 | 4,8 | 0,5 | 6,7 | 4.753 |

Encuesta demográfica y de salud (EDS) 1998-1999. ORC Macro, Calverton, Maryland

Prevalencia estimada de la práctica de la MGF en la población femenina de África y Yemen



Adaptado de UNICEF, 2007. Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement. WHO, 2008.

La práctica de la MGF no se limita actualmente a los países en los que se realiza de modo tradicional. Debido a la emigración, los países industrializados se han convertido en el hogar de muchas mujeres que han sido mutiladas y de otras que se encuentran en riesgo de serlo. Los datos de prevalencia y las características de la MGF en los países industrializados son difíciles de obtener, por lo que con frecuencia, se utiliza la extrapolación para comprender el posible alcance de la práctica, combinando los datos de las oficinas de migración con los datos de prevalencia de los países de origen.

Evolución de la práctica de la MGF

Los estudios más recientes sobre la evolución de la MGF, muestran que se están produciendo algunas variaciones en la práctica:

- La intervención se realiza a edades cada vez más tempranas. Las leyes contra la MGF que existen actualmente en muchos países africanos, hacen que la práctica se haga a edades en las cuales es más fácil de ocultar. Además, no hay oposición a la misma por parte de la niña ni le deja un recuerdo consciente.
- En algunas zonas –especialmente en Egipto, el norte de Sudán y Guinea-, como consecuencia de la difusión de los efectos adversos para la salud de la intervención, especialmente cuando es realizada en condiciones antihigiénicas, se ha incrementado la medicalización de la práctica.
- Como consecuencia de lo anterior, ha disminuido la importancia de los ritos ceremoniales asociados.
- En cuanto al número de mujeres que refieren apoyar su continuación, en muchos países se observa una tendencia a la baja, especialmente en los grupos de edad más jóvenes. Por desgracia, no ocurre así en los países con las tasas más altas de mujeres mutiladas (Egipto, norte de Sudán, Guinea, Malí), en los cuales no se observan diferencias entre los diferentes grupos de edad.

Situación en España

En España se detectaron los primeros casos en Cataluña en el año 1993 y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996. Aunque no existen pruebas fehacientes de que se hayan realizado más mutilaciones en nuestro país, sí se han detectado muchos casos de inmigrantes mutiladas, especialmente en Cataluña y Andalucía, cuyas hijas se encuentran en riesgo de serlo también.

La inmigración de mujeres procedentes de países en los cuales se sabe que se practica la MGF ha aumentado de manera importante en los últimos años, tanto en España (gráfico 1) como en Andalucía (gráfico 2), especialmente en los últimos tres años. Realizando una estimación a partir de los datos del observatorio permanente de la inmigración (INE), a 31 de diciembre de 2007 en España residían unas 31.000 mujeres procedentes de dichos países, de las cuales un 12,7% (cerca de 4.000) se encontraban en Andalucía.

Gráfico 1
Evolución del número de mujeres procedentes de países de riesgo residentes en España



En este contexto, siempre hay que tener en cuenta la prevalencia estimada de MGF en el país de origen de cada mujer, así como la de la etnia y/o zona geográfica de la que procede pues, como ya hemos dicho anteriormente y se puede ver en el anexo, esta varía ampliamente. En el gráfico siguiente (gráfico 3) puede observarse que, con la estimación realizada, es muy probable que encontremos un número importante de mujeres mutiladas entre las procedentes de países con una elevada prevalencia de MGF como Gambia, Guinea o Malí; sin embargo, la probabilidad de

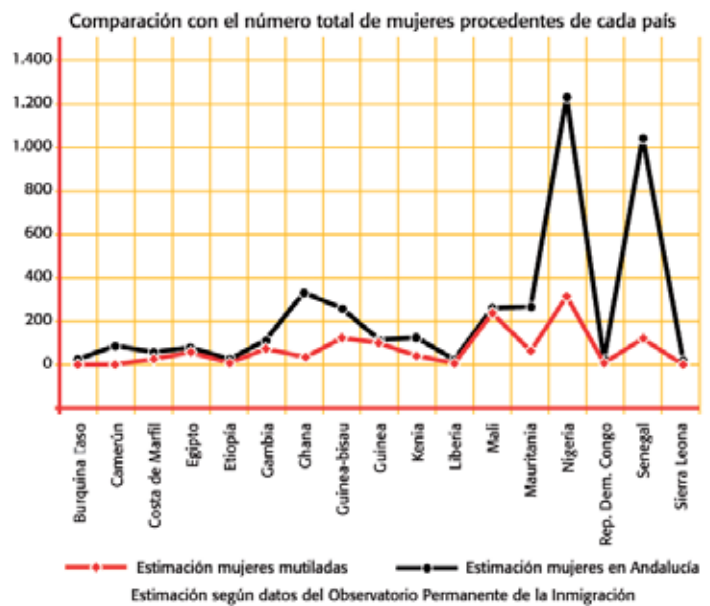
Gráfico 2
Evolución del número de mujeres procedentes de países de riesgo residentes en Andalucía



haber sido mutilada será mucho menor en una mujer originaria de países como Nigeria o Senegal, en los que la prevalencia de MGF es muy inferior.

El conocimiento de estos datos es de mucha utilidad, pues nos orienta hacia cuales pueden ser las niñas con mayor riesgo de sufrir una MGF, por proceder de un país o etnia de elevada prevalencia, para estar especialmente alerta en estos casos con el fin de prevenir posibles mutilaciones.

Gráfico 3
Estimación de mujeres residentes en Andalucía que pueden haber sufrido una MGF según la prevalencia en el país de origen





aspectos
jurídicos

Aspectos jurídicos

Ha costado muchos esfuerzos hacer oír las voces que, defendiendo a las mujeres, se han elevado contra la MGF y otras prácticas que lesionan los derechos humanos a la salud, a la vida, a la dignidad y a la integridad de las personas.

En 1948, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se prohíben todas las formas de discriminación basadas en el sexo, y se asegura el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas, así como el derecho a la protección ante cualquier violación de la Declaración. Sin embargo, durante mucho tiempo, ni los gobiernos ni los organismos internacionales se preocuparon de prácticas tradicionales nefastas como la MGF, las cuales fueron consideradas componentes de una cultura tradicional que concernía sólo a la esfera privada de la mujer y de la familia.

Desde la aprobación, hace ya más de sesenta años, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la ONU, se han creado comisiones, celebrado seminarios, realizado estudios y hecho recomendaciones, con la intención de acabar con esta terrible lacra que, cada año, padecen más de 2 millones de niñas y mujeres. Además, durante este tiempo, muchas mujeres han puesto de manifiesto continuamente la problemática de la MGF y gracias a ellas, aunque con dificultades y con frecuentes polémicas, se han logrado grandes hitos en algunas Conferencias Internacionales y se ha conseguido arrancar a los gobiernos más reticentes el compromiso de legislar y prevenir la mutilación en las mujeres y niñas de sus respectivos países. Sin embargo, las estadísticas, lejos de indicar que se están consiguiendo resultados positivos, continúan dando cifras escandalosas de muertes y secuelas relacionadas con la MGF.

Abordando más concretamente los aspectos jurídicos en el continente africano, cabe destacar el importante impulso dado a partir de la publicación de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos de 27 de julio de 1981 y, especialmente, del Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres de 11 de julio de 2003, en el que prioritariamente, se hace referencia a la necesidad de promover la dignidad, la igualdad y los derechos de la mujer. En el contexto del Protocolo, es importante resaltar

la referencia que hace a la necesidad de promulgar leyes que prohíban la mutilación y su posible “medicalización”; es decir, su práctica en centros hospitalarios y con la intervención de personal médico y sanitario. Pero aunque en el continente africano ya son muchos los países que cuentan con legislación, existen otros que ni siquiera disponen de normativas al respecto.

No obstante lo expuesto, el incumplimiento reiterado de las leyes o la inexistente persecución de quienes realizan la MGF en países que han ratificado la Carta, sigue a día de hoy planteando la necesidad de:

- Continuar trabajando en el reconocimiento de los derechos de la mujer y denunciar la continua vulneración de los mismos.
- Concienciar del problema a la sociedad por medio de la información, la educación formal e informal y otros programas.
- Proteger a las mujeres que se encuentran en riesgo de ser sometidas a prácticas nefastas.
- Procurar el soporte necesario a las víctimas: servicios de salud, asesoramiento y protección legal y judicial, ayuda emocional y psicológica, así como entrenamiento necesario para que puedan ser autosuficientes.

Países africanos con legislación contra la MGF

- | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------|
| 1. Benin (2003) | 11. Etiopía (en la Constitución 1994) | 21. Nigeria |
| 2. Burkina Faso (1996) | 12. Gambia | 22. Senegal (1999) |
| 3. Camerún | 13. Ghana (1994) | 23. Sierra Leona |
| 4. República Centroafricana | 14. Guinea (1965 and 2000) | 24. Somalia |
| 5. Chad | 15. Guinea Bissau | 25. Sudán (1946) |
| 6. Congo | 16. Kenia (2001) | 26. Tanzania (1998) |
| 7. Costa de Marfil (1998) | 17. Malí | 27. Togo (1998) |
| 8. Jibouti (1995) | 18. Mauritania (2001) | 29. Uganda |
| 9. Egipto – (1996) | 19. Liberia | |
| 10. Eritrea (2007) | 20. Níger (2003) | |

Los países en negrita poseen legislación específica contra la MGF (el año de aprobación de la ley va entre paréntesis). En el resto de países existe legislación que, aunque no es específica contra la MGF, puede aplicarse a la misma.

Comité Interafricano. Actualizado el 8 de Agosto de 2008

Europa

En el **Consejo de Europa**¹, se han llevado a cabo diversas iniciativas jurídicas contra la mutilación genital, dejando claro que es una violación gravísima de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra la mujer, no justificable ni por respeto a tradiciones culturales o religiosas del tipo que fueren, ni en el contexto de rituales de iniciación.

Han sido varios los documentos elaborados por el Consejo, donde se recomienda a los Estados miembros que elaboren legislación específica haciendo especial hincapié en que:

- Prohíban en sus respectivas legislaciones la mutilación genital femenina por constituir una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal de la mujer.
- Flexibilicen su legislación con el objeto de que se garantice el derecho de asilo a las mujeres y a las niñas que puedan ser víctimas de estas prácticas tradicionales.
- Persigan a los que lleven a cabo estas prácticas y a sus cómplices, incluidos los miembros de la familia de la víctima, si están implicados, y al personal médico o sanitario, si lo hubiera.
- Propicien el desarrollo de campañas de información que muestren cómo dichas prácticas atentan contra la dignidad, la integridad y los derechos de la mujer.
- Informen a los jóvenes de las consecuencias que conlleva la mutilación genital femenina en materia de salud y de sexualidad, a través de programas de educación.
- Ratifiquen todos los instrumentos jurídicos de relevancia internacional que, directa o indirectamente, condenen estas prácticas, desde la defensa de los derechos de la mujer y de la infancia.
- Igualmente se pronuncia en contra de la medicalización de la MGF.

Por todo lo referido el Consejo de Europa apuesta, no solo por legislar, prohibir y perseguir, sino por desarrollar programas educativos, informativos y formativos dirigidos a las comunidades y grupos que la realizan.

El ámbito de la **Unión Europea** se ha manifestado también en torno a la problemática de la mutilación, elaborando varias resoluciones en el Parlamento, en las que:

- Pide a los Estados que modifiquen su legislación con el fin de perseguir a quienes la realicen.

¹ Creado el 5 de mayo de 1949, el Consejo de Europa tiene por objetivo favorecer en Europa un espacio democrático y jurídico común, organizado alrededor del Convenio Europeo de los Derechos Humanos y de otros textos de referencia sobre la protección del individuo.

- Se opone a los argumentos a favor de posibilitar a los inmigrantes la realización de la mutilación bajo estricto control médico.
- Propone la elaboración de programas educativos y de concienciación que puedan ser comprendidos por las comunidades en las que todavía se realiza esta práctica.

Legislaciones Nacionales

La normativa internacional ha tenido una clara incidencia en las legislaciones nacionales. La variedad en las fórmulas jurídicas adoptadas va desde la redacción de leyes específicas para prohibir y penalizar la mutilación o la modificación de la legislación que ya tienen, a la aplicación de tipos penales ya existentes para condenar a quienes la realizan.

Los aspectos que abordan estas legislaciones son:

- La persecución a quienes la realizan, haciendo hincapié en la medicalización, con pérdida de la licencia para ejercer la profesión.
- La pérdida de la patria potestad.
- Privación de libertad hasta de veinte años si se realiza a una menor o si la práctica tiene el resultado de muerte.
- La extraterritorialidad, es decir, si el delito se comete fuera del país de acogida, igualmente será castigado.

No obstante la amplia cobertura legislativa en todos los países occidentales, la realidad es que las condenas por la comisión de este delito son prácticamente inexistentes, poniendo de manifiesto la insuficiencia de la norma penal en esta materia.



La lucha
contra la
mutilación
genital
femenina

Un ejemplo de lucha contra la mutilación genital femenina en África: Burkina Faso

En 1960, el gobierno de la Primera República de Burkina Faso inició acciones de sensibilización contra la MGF, las cuales no prosperaron por existir en aquel momento una fuerte presión social a favor de su continuación. Fue preciso esperar hasta 1975, año en el que, aprovechando la celebración del Año Internacional de la Mujer, las asociaciones de mujeres, las ONGs y los medios de comunicación, principalmente la radio, denunciaron la realización de dicha práctica, comenzando la lucha contra la mutilación en el país.

En 1985, durante la celebración de la Semana Nacional de la Mujer, muchas voces de mujeres se unieron para solicitar a las autoridades la elaboración de una ley que prohibiera la mutilación. Tres años después, se organizó un seminario nacional sobre el tema, al que asistieron 300 representantes de todas las capas sociales. Siguiendo las recomendaciones de este seminario, se constituyó el mismo año un comité provisional que, dos años más tarde, en 1990, daría lugar a la creación oficial del **Comité Nacional de Lucha contra la Práctica de la Escisión (CNLPE)**.

Finalmente, todas estas actividades dieron lugar a la inclusión en el Código Penal, en noviembre de 1996, de una ley específica contra la práctica de la mutilación genital femenina.



Código Penal de Burkina Faso. Artículos contra la MGF

Actividades del CNLPE

Debido a que la práctica de la MGF continúa estando muy arraigada en el país, la existencia de una ley que la prohíbe y penaliza, aunque necesaria, no es suficiente para su erradicación. Para lograrla, son indispensables las actuaciones de sensibilización realizadas sobre el terreno.

Una de las funciones principales del CNLPE es coordinar las acciones de lucha contra la práctica de la escisión en todo el territorio de Burkina Faso. El comité lleva a cabo actividades de información, educación y comunicación por medio de cine-forums, representaciones teatrales, charlas educativas, emisiones radiofónicas y televisivas, artículos de prensa y juegos-concurso que permiten llegar a todo tipo de personas. De forma paralela, el CNLPE ha puesto en marcha patrullas de sensibilización, así como seminarios y talleres sobre la escisión. Además, se ocupa de poner en contacto a las mujeres que padecen secuelas secundarias a la escisión con los hospitales y el personal sanitario que puede tratarlas. Más de 6 millones de burkinabés han tenido acceso a alguna de las actividades de sensibilización organizadas por el CNLPE, incluidas autoridades locales y tradicionales, fuerzas del orden, jóvenes estudiantes, delegados administrativos, agentes de salud, responsables de asociaciones, asociaciones islámicas, escisadoras y escisadores, periodistas, maestros y maestras, agentes sociales, etc. Además, el comité ha puesto en marcha una línea telefónica, «SOS excision », para mantener un contacto permanente con la población y una página web que le permite difundir los datos obtenidos.



Medicus Mundi Andalucía en Burkina Faso

MMA, dentro de su estrategia de actuación, considera prioritaria la lucha contra la escisión en Burkina Faso. Por este motivo, apoya al CNLPE desde hace diez años en la realización de las siguientes actividades:

- Formación de líderes como agentes locales de sensibilización.
- Realización conjunta de una campaña de información y sensibilización de la población a través del teatro.
- Difusiones radiofónicas de mensajes de sensibilización en lengua local.
- Elaboración de materiales de divulgación, inserción de publicidad en prensa, etc.
- Apoyo al tratamiento médico de las secuelas de la mutilación.

Formación de líderes

Una de las líneas de la lucha contra la MGF consiste en la formación, realizada en lengua local, de personas que por su profesión, cargo político o pertenencia a algún tipo de asociación, poseen capacidad de liderazgo en su zona.

El medio más utilizado para la formación, por su facilidad de manejo y de transporte, son unos maniqués de madera a los que se acoplan diversas piezas, con los cuales aprenden a distinguir los diferentes tipos de mutilación, cómo se realiza y las consecuencias que tiene para la mujer y para el recién nacido. Estos líderes, una vez formados, actuarán como sensibilizadores de la población en la que viven, apoyando y reforzando el resto de actuaciones organizadas por el CNLPE en su zona.



Maniquí de madera utilizado en la formación de líderes.

El teatro

En los países de África subsahariana, el teatro es un medio que goza de gran popularidad, por lo que es utilizado con frecuencia para la transmisión de mensajes y la sensibilización de la población en temas de interés general. Las representaciones se realizan en lengua local, en lugares abiertos que

permiten la asistencia de todo tipo de público y habitualmente utilizando muy pocos medios, ya que lo fundamental es el trabajo de los actores. El aspecto lúdico y festivo de las mismas hace que tengan mucho éxito entre la población, que asiste a ellas masivamente.

Las obras se diseñan específicamente para el tema del que se va a tratar, procurando incluir pequeñas notas cómicas para aumentar su aceptación. Además, durante la representación, se estimula la participación activa del público, solicitando su opinión sobre aspectos particulares del tema planteado. Una vez finalizada la actuación, los líderes ya formados inician un debate con los asistentes sobre el problema de la MGF, en el cual se discuten los motivos por los que se realiza la mutilación en la zona, sus consecuencias negativas y la necesidad de su erradicación.

La radio

La existencia de pequeñas emisoras locales diseminadas a lo largo del país, permite que la radio llegue a gran cantidad de poblaciones, constituyendo el medio de información y de entretenimiento más difundido entre la población. La emisión reiterada de mensajes radiofónicos de sensibilización en lengua local, intercalados entre los diferentes programas, permite acceder a un gran número de personas de manera rápida y efectiva.

Tratamiento de las secuelas médicas de la mutilación

Además de las actividades de sensibilización con vistas a la erradicación de la práctica, se precisa también tratar las secuelas que padecen muchas mujeres. Medicus mundi Andalucía colabora participando en la formación de profesionales sanitarios en el tratamiento de dichas secuelas, así como financiando parte del material médico-quirúrgico necesario para realizarlo.

Aunque, hoy por hoy, es imposible llegar a todas las mujeres afectadas, el trabajo que, de manera altruista, realizan algunos profesionales sanitarios locales, permite aliviar las graves secuelas de la mutilación en un número apreciable de mujeres.

La OMS considera que la erradicación de la MGF depende en buena medida de la implicación de las mujeres de las sociedades donde se realiza, las cuales precisan a su vez de mucha colaboración en su lucha. Lograr la erradicación de la MGF es, por lo tanto, también responsabilidad nuestra. Por ello, apoyándonos en los casos que van apareciendo en nuestra sociedad, debemos promover campañas de información y educación en las poblaciones susceptibles de realizar esta práctica, así como informar y formar a los profesionales sanitarios, trabajadores sociales y pedagogos de su importante papel en la detección y prevención de posibles mutilaciones y en el tratamiento de sus consecuencias.



**bibliografía
y otros
recursos**

Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. EDAI, Madrid, 1999.
- García Ruiz Y. *Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género*. Estudios de Progreso, Fundación Alternativas 29/2007.
- Heise L. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper*. Washington D.C., Banco Mundial, 1994. En: *Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio*. Estado de la Población Mundial, FNUAP, 2000.
- Herzberger-Fofana P. *Les Mutilations Genitales Féminines (MGF), 2000*. Disponible en URL :<http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF1.html>. (consultado el 7 de julio de 2008).
- Hosken FP. *An Ethiopian living in the USA*. En *STOP Female Genital Mutilation. Women Speak, WIN*, 1995, pág. 48 -49.
- Hosken FP. *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Women's International Network News, Lexington MA, 1993.
- IAC. *DECLARATION: on the Terminology FGM. 6th IAC General Assembly, Bamako. 4 – 7 April, 2005*. Disponible en URL: www.taskforcefgm.de/img/Bamako-DECLARATION.pdf. (Consultado el 29 de agosto de 2008)
- Jeque Dr. Andel Rahman Al Naggar. *El Islam y la Circuncisión femenina*. Ponencia presentada en el Seminario del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales. Foro de Nairobi, 12 de julio, 1985.
- Medicus Mundi Andalucía. *Memoria 2000*.
- Morrone A., Hercogova J., Lotti T. *Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community*. *Int J Dermatol*, 2002; 41: 253-263.
- Naciones Unidas. *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Resumen del Programa de Acción*. El Cairo, septiembre de 1994.

- Naciones Unidas. *Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena*. Viena. Austria. 12 de julio de 1993. (A/CONF. 157/23).
- Naciones Unidas. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Pekín, China, 17 de octubre de 1995 (A/CONF.177/20).
- Naciones Unidas. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva York, 20 de diciembre de 1993 (A/RES/48/104).
- Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 10 de diciembre de 1948.
- Naciones Unidas. *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Informe del Secretario General, 6 de julio de 2006 (A/61/122/Add.1). Disponible en: URL: www.un.org/womenwatch/daw/vaw/index.htm
- Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Emigración e Inmigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en URL: http://extranjeros.mtas.es/es/general/indice_diciembre_07.html. (consultado el 10 de mayo de 2008).
- Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues; Office of the Under Secretary for Global Affairs. Prevalence of the practice of Female Genital Mutilation (FGM); Laws prohibiting FGM and their enforcement: recommendations on how to best work to eliminate FGM. U.S. Department of State, February 1, 2000 (Updated June 27, 2001).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 34/180, 18 de diciembre de 1979.
- Razor's Edge. *The Controversy of Female Genital Mutilation*. Documentary. IRIN, 2005. Disponible en URL: www.irinnews.org/webspecials/FGM/default.asp (consultado el 7 de julio de 2008)
- Sebgo P. *La pérdida de la inocencia*. En: *Las mutilaciones genitales femeninas*. Marta O'Kelly y Maite Serrano (coord.) Salud y derechos sexuales y reproductivos. Federación de Planificación Familiar de España, 2002; cuaderno nº 4: 9-12.
- Sebgo P., Hamado N. Excisión (mutilación genital femenina). Una realidad en Burkina Faso. *Index Enferm.*, 2000, 31: 7-21 (Traducción de Velasco Juez, C.).

- Tostan. *Abandoning Female Genital Cutting*. www.tostan.org (consultado el 20 de mayo de 2008).
- Toubia N. *Female Circumcision as a Public Health Issue*. N Engl J Med, 1994, 331(11): 712-716.
- UNICEF. *Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration*. 2005.
- UNICEF. *La A/MGF y los derechos humanos: Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. Innocenti Digest, 2005. Disponible en: URL : www.unicef.es/contenidos/713/index.htm?idtemplate=22
- Velasco Juez C. *La mutilación genital femenina. En Las mujeres en el África subsahariana. Antropología, literatura, arte y medicina*. Martín A, Velasco C y García F (coords). Ediciones del Bronce, Barcelona, 2002.
- Velasco Juez C. *Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas*. Matronas profesión, 2000, 2:10-18.
- Velasco Juez C, Oliver Reche M. *Vulnerabilidad del hecho migratorio: Mutilaciones genitales femeninas. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud*. Sevilla. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2007. pág.: 365-373.
- WHO. *A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth*. Department of Women's Health, Family and Community Health. WHO, 2000.
- WHO. *Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement*. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008.
- WHO. *Female Genital Mutilation. An overview*. World Health Organization, Geneva, 1998.
- WHO. *Female genital mutilation: a joint*. WHO/UNICEF/UNFPA statement. 1997.
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet, 2006, 367: 1835-1841.
- Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhini A. *L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé: Une Analyse Comparative*. Rapports Comparatifs EDS Numéro 12. Calverton, Maryland: ORC Macro, 2005 (Traducción de l'anglais: Jill Mac Dougall).

Otros recursos

Legislación

Convenios y tratados internacionales

- Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Disponibles en URL: www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

Africa

- Carta africana sobre los derechos humanos y de los pueblos (Carta de Banjul)
Disponible en URL: www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf
- Protocolo a la Carta africana de derechos humanos y de los pueblos sobre los derechos de las mujeres en África. Adoptado por la Asamblea de la Unión en la 2ª Sesión Ordinaria. Maputo, 11 de julio de 2003. Disponible en URL: www.achpr.org/english/_info/women_en.html
- Legislaciones nacionales africanas disponibles en la página web del Comité Interafricano.
www.iac-ciaf.com

Parlamento Europeo

- Lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres (P6_TA(2006)0038) 2 de febrero de 2006. Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)) Parlamento Europeo.
Disponible en URL: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0038+0+DOC+XML+V0//ES (acceso el 28 de mayo de 2008)
- Proyecto de informe sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035 (INI)) 31 de mayo de 2001. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Parlamento Europeo.
Disponible en URL: www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/femm/20010711/441354ES.pdf (acceso el 28 de mayo de 2008)

Legislación española y andaluza

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 149.
- Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. (BOE nº 163, 9 de julio de 2005)
- Parlamento de Andalucía: Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor

Páginas web de interés

Organismos internacionales

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). www.un.org/spanish/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). www.who.int/es/
- UNICEF. www.unicef.es/
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. www.unfpa.org/spanish

Organismos africanos

- Comité interafricano contra las prácticas tradicionales que afectan a las mujeres y a los niños www.iac-ciaf.com
- Comité Nacional de Lucha contra la Escisión (CNLPE). Burkina Faso. www.sp-cnlpe.gov.bf/

Parlamento Europeo

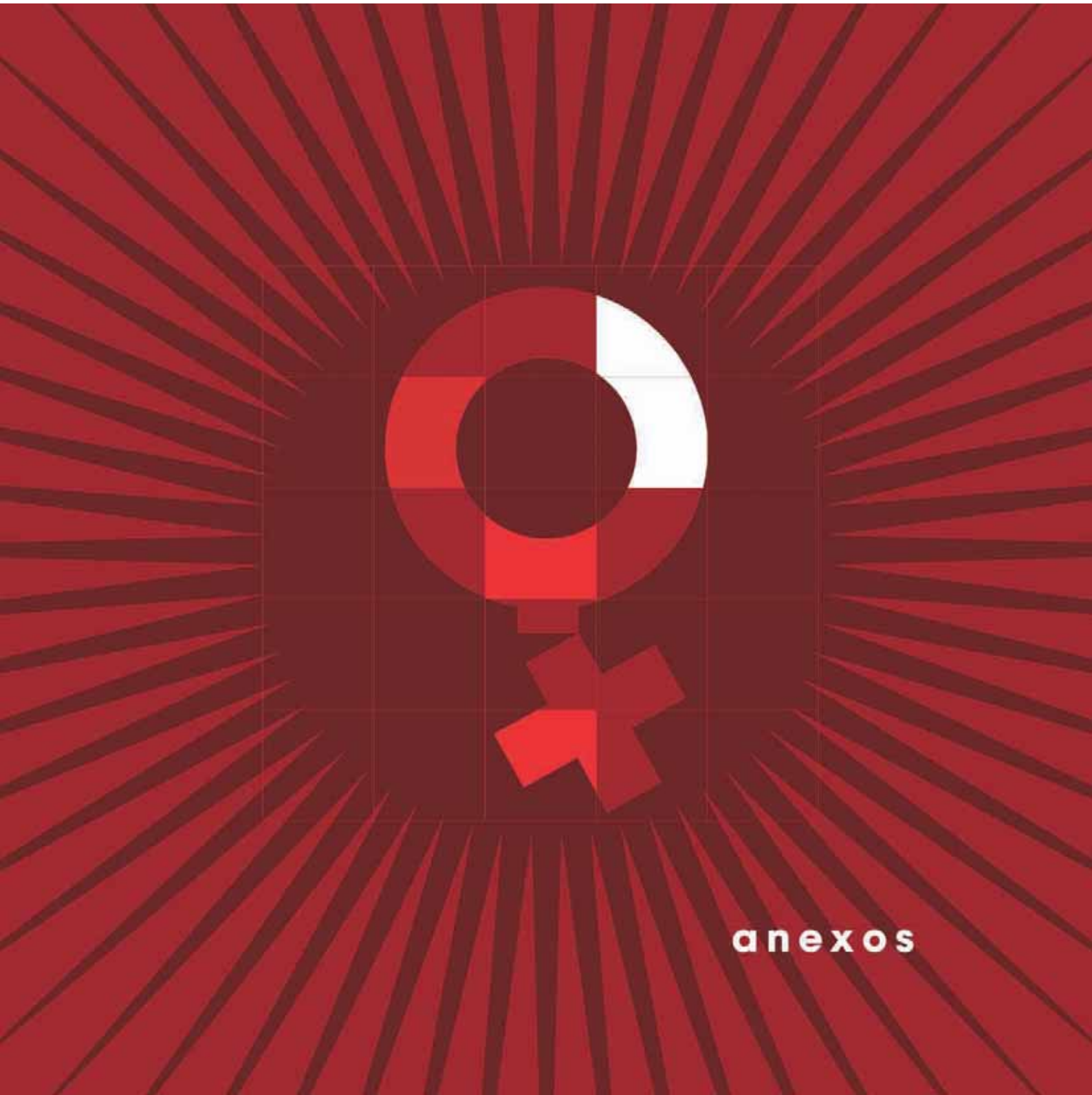
- www.europarl.europa.eu

Páginas de España

- Lucha contra la Mutilación Genital Femenina (medicus mundi Andalucía). www.luchamgf.org
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PT). <http://mgf.uab.es/>
- Día mundial de Tolerancia Cero a la Mutilación Genital femenina <http://mutilaciongenitalfemenina.saludmultimedia.com/>

Otras páginas de interés

- Documentos de la Organización Mundial de la Salud sobre mutilación genital femenina:
www.who.int/reproductive-health/fgm/
- Campaña internacional para la erradicación de la mutilación genital femenina. Asociación para el desarrollo de la mujer (AIDOS) en coordinación con UNICEF: www.stopfgmc.org/
- Artistas contra la mutilación genital femenina: www.art-against-fgm.com/start.htm
- PARLIAMENTARY CAMPAIGN "STOP VIOLENCE AGAINST WOMEN": FEMALE GENITAL MUTILATION (Enlaces a documentos internacionales sobre mutilación genital femenina):
<http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-ref.htm>
- Amnistía Internacional: www.es.amnesty.org/



Anexo 1

Prevalencia de MGF

Tasas conocidas según etnia y/o zona geográfica

| País | prevalencia estimada | zona geográfica /etnia/RELIGIÓN |
|----------------------------|---|---|
| Benín | 30 -50% (1992) 16,8% (2001) | Sobre todo en el norte. Grupos étnicos más afectados: Bariba, Peul (fulani), Boko, Baatonau, Wama, Nago. |
| Burkina Faso | 88% (1993) 72,5% (2005) | Todos los grupos religiosos y casi todos los étnicos. |
| Camerún | Menos del 5 -20% (1994) 1,4% (2004) | En áreas del norte, este y sudoeste. |
| Rep. Centroafricana | 43% (1995) 25,7% (2005) | En 8 -10 de los 48 grupos étnicos. Elevada prevalencia en los Banda y Mandjia. |
| Chad | 60% (1995) 44,9% (2004) | Sobre todo en el este y en el sur. Practicado por musulmanes, cristianos y animistas en la misma proporción. |
| Costa de Marfil | 44,5% (1999) 41,7% (2005) | Prevalece en grupos musulmanes y animistas: Mande del norte (Malinké, Foula, Bambara, Dioula,) y en algunos miembros de los Senuofo, Tagwana Djimini, Lobi, Birifor, Koulango; en los mande del oeste (Dan, Yacouba, Toura, Gouro), muchos de los cuales no son musulmanes. |
| Rep. Dem. del Congo | 5% (varias estimaciones) | Grupos étnicos del norte. |
| Djibouti | 90 -98% (varias estimaciones) 93,1% (2006) | Afars e Issa realizan el tipo III, mientras que los Yemeni el tipo II. |
| Egipto | 78 -97% (2000) 95,8% (2005) | Practicado tanto por musulmanes como por cristianos coptos de todos los grupos étnicos. |
| Eritrea | 90% (1997) 88,7% (2002) | Todos los grupos étnicos y religiosos. |

| País | prevalencia estimada | zona geográfica /etnia/RELIGIÓN |
|------------------------|---|---|
| Etiopía | 72,7% (1997) 74,3% (2005) | Tipo I: Amharas, Tigrayans y musulmanes Jeberti de Tigray. Tipo II: Gurages, algunos Tigrayans, Oromos y Shankilas. Tipo III: Afar, Somalíes y Harare. Tipo IV: En Gojam. No practican la MGF los Bengas de Wellga, los Azezo, los Dorze, los Bonke, los Shama y algunos grupos en Godole, Konso y Gojam. |
| Gambia | 60 -90% (1985) 78,3% (2005) | Tipo II: Mandingas, Hausas, Jolas y Sarahulis Tipo III: Fulas y Bambaras. No la practican: Wolofs, Akus, Serenes y Manjangos. |
| Ghana | 9-15% (1998) 3,8% (2005) | Sobre todo en zonas del norte. |
| Guinea | 98,6% (1999) 95,8% (2005) | Peul, Malinké, Soussou, Guerrees, Toma y Nalou practican los tipos I, II o III. |
| Guinea – Bissau | 50%; 70 -80% entre los Fula y Mandinga; 20 -30% en la zona urbana de Bissau. 44,5 (2005) | Fulas, Mandinkas y Peuls. |
| Kenia | 37,6% (1998) 32,2 (2003) | Practicada por 30 de los 40 grupos étnicos de Kenia. No realizan MGF los Luos del oeste ni los Luhyas. Entre los Kisii la prevalencia es del 97% y entre los Masai del 89% |
| Liberia | 50% previo a la guerra civil; 10% estimación durante la guerra (1990-95). 45% estimación actual | Mande, Gola y Kisii. No realizada por los Kru, Grebo o Krahn, por los Américo-liberianos ni por los musulmanes Mandingos. |
| Malí | 94% (1995-96) 91,6% (2001) | La mayoría de los grupos practican alguna forma de MGF. No es practicada por las poblaciones Songhai, Tuaregs, ni Moor. La prevalencia es muy baja en el norte: Tombuctú y Gao – 9,3% |
| Mauritania | 25% (1997) 71,3% (2001) | Pulaar 93%; Sonike 78%; Moors 69%; Wolof 12% |
| Níger | 20% (1992-93) 4,5% (1998) 2,2% (2006) | Más prevalente en las áreas de Tillaberi y Dorso, a lo largo del río Níger y entre las comunidades árabes de la región de Diffa. |
| Nigeria | 25,1% (1999) 19% (2003) | Practicada por casi todos los grupos étnicos y religiones. La práctica oscila entre un 90% en Benue y Ondo y un 0-1% en Yobe. No es realizada por los Fulanis. |
| Senegal | 5 – 20% (1988-90) 28,2% (2005) | No es realizada por los Wolofs ni los Serere, las etnia mayoritarias del país. |
| Sierra Leona | 80 -90% (1984) 94% (2005) | Todos los grupos étnicos y religiosos, excepto los Krios. |

| País | prevalencia estimada | zona geográfica /etnia/RELIGIÓN |
|----------------------|-------------------------------|--|
| Somalia | 90 -98% (1989) 97,9 (2005) | La mayoría de grupos étnicos. En el 80% casos se realiza el tipo III. |
| Sudán (Norte) | 89% (1991) 90% (2000) | 87% zonas urbanas. 91% zonas rurales. Sobre todo el tipo III. |
| Tanzania | 17,9% (1996) | Oscila entre 2,9% Mtwara - 81,4% Arusha |
| Togo | 12% (1996) 5,8% (2005) | Oscila entre un 12% entre los Gourma y un 85 – 98% entre los Cotocoli, Tchamba, Mossi, Yanga y Peul. Dos de los grupos mayoritarios (Adja-Exw y Akposso – Akepbou) no la practican. |
| Uganda | Inferior al 5% 0,6% (2006) | |
| Yemen | 23% (1997) | Sobre todo en la costa. |

Observación sobre la procedencia de los datos: Las cifras más antiguas, obtenidas de *, son estimaciones a partir de encuestas y estudios y, en algunos casos, están basadas en observaciones anecdóticas ya que, a consecuencia del contexto cultural de la MGF, era muy difícil hablar públicamente de ella. Los datos más recientes, excepto en Nigeria, proceden de encuestas nacionales **

Fuentes:

- *WHO. Female Genital Mutilation. An overview. World Health Organization, Geneva. 1998.
- *Office of the Senior Coordinator for International Women’s Issues; Office of the Under Secretary for Global Affairs. Prevalence of the practice of Female Genital Mutilation (FGM); Laws prohibiting FGM and their enforcement: recommendations on how to best work to eliminate FGM. U.S. Department of State, February 1, 2000. Updated June 27, 2001
- **WHO. Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008.

ANEXO 2

Legislación española y andaluza

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Artículo 149.

1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.
2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.

Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Artículo 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.

1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

Artículo 14. Atención inmediata.

Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal.

Parlamento de Andalucía: Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.

Artículo 10. Salud.

6. Los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del menor.

Artículo 11. Educación.

5. Los titulares de los centros educativos y el personal de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o riesgo o indicio de maltrato de menores, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del menor.

LEY ORGÁNICA 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. (BOE nº 163, 9 de julio de 2005)

Los Estados miembros de la Unión Europea, cuyas Constituciones reconocen el derecho a la integridad personal, tanto física como mental, como un derecho fundamental, se han visto enfrentados a un fenómeno de exportación de la práctica de mutilaciones genitales femeninas debido a la inmigración de personas procedentes de países donde estas prácticas constituyen una costumbre tradicional aún en vigor.

El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La OMS estima que en el mundo hay 130 millones de mujeres víctimas de mutilaciones genitales practicadas en nombre de culturas y tradiciones religiosas.

[...]

En esta línea se inscribe la presente Ley Orgánica al **posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero**, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.

ANEXO 3

Direcciones de organizaciones africanas contra la Mutilación Genital Femenina

(Puesto al día el 12 de junio de 2008)

Comité interafricano.

www.iac-ciaf.com

Angola

Comite Angolais sur les Pratiques Traditionnelles (CAPT-CI-AF)

Dirección: BP 5247. Luanda . Angola

Teléfonos: +244 91 20 22 62 (móvil); +244 239 58 76. Fax:+244 239 60 38

E-mail: teteantonio@hotmail.com ; captciaf@yahoo.fr; captciaf1@yahoo.fr

Benín

CI-AF Benin

Dirección: 01BP 538 Porto-Novo. Republique du Benin

Teléfonos: + 229 20 22 32 04; + 229 97 98 07 93. Fax: + 229 20 21 25 25

E-mail: ciafbenin@yahoo.fr

Burkina Faso

Comite National de lutte contre la Pratique de l'excision (CNLPE)

Dirección: 01 BP 515. Ouagadougou 01. Burkina Faso

Teléfonos: SOS Excision +226 50 31 15 71; +226 76 65 12 55 (movil). Fax: +226 50 30 79 15

E-mail: cnlpe@fasonet.bf Página web: www.sp-cnlpe.gov.bf

Voix de Femmes

Dirección: 09 BP 383. Ouagadougou 09. Burkina Faso. Presidenta: Marianne Lamizana
Teléfonos: + 225 2031 8968; + 225 4504 4637 (movil)
E-mail: mlamizana@hotmail.com; vofemme@yahoo.fr

Camerún

IAC Cameroon

Dirección: BP 3215 . Messa Zaounde. Cameroon
Teléfono: +237 99 56 97 90. Fax: +237 22 22 18 73. E-mail: ceffiom@yahoo.fr

República Centroafricana

CI-AF Rep. Centrafricain

Dirección: BP 1850 Bangui, République Centrafricaine
Teléfono: + 236 04 37 08. E-mail: marguerite_ramadan@yahoo.fr

Chad

CONA/CI-AF

Dirección: C/o CIRAD-CA/TCHAD. BP 4583. N'Djamena . Chad
Teléfonos: +235 52 32 78, +235 52 42 56, +235 53 33 98 (Oficina), +235 51 42 56 (Res.),
+235 28 26 32 (móvil). Fax: +235 51 86 48
E-mail: mdjimounta@yahoo.fr; cona_ciaf@yahoo.fr ; mdjimounta@yahoo.fr

Djibouti

Union Nationale des Femmes de Djibouti

Dirección: B.P : 127. Djibouti. Teléfono: + 253 35 04 21. Fax: + 253 35 20 85. E-mail: unfd@intnet.dj

Egipto

Care for Girls Committee (Cgc), Coptic Organization for Services and Training (Cost)

Direcciones: Care for Girls Committee (CGC). 2 El-Max Street. Salah El-Din. Heliopolis. Cairo 11351. Egypt
Daughters of St. Mary. Box 30 . Beni Souef. Egypt
Teléfonos: + 2 02 274578; + 2 082 2323324. Fax: + 2 082 2 32 34 20
E-mail: agapie_asaad@yahoo.com

Etiopía

National Committee on Traditional Practices of Ethiopia (NCTPE)

Dirección: P.O. Box 12629, Addis Ababa, Ethiopia

Persona de contacto: Mr. Abebe Kebede (Executive Director of NCTPE)

Teléfonos: +251 118 26 07; +251 118 11 63; +251 62 45 02; +251 092 28516 (móvil)

Fax: +251 162 12 43. E-mail: nctpe@telecom.net.et

Gambia

Gambia Committee on Traditional Practices (GAMCOTRAP)

Dirección: P.O Box 2990. 49 Garba Jahumpa Road. New Town, Bakau. The Gambia

Telephone numbers: Móvil: + 220 981 33 25; Oficina: + 220 449 74 16; + 220 439 34 72

Fax: + 220 449 77 81. E-mail : info@gamcotrap.gm; isatou2000@hotmail.com

Página Web: www.gamcotrap.gm

Ghana

Ghanaian Association for Women's Welfare (Gaww)

Dirección: 5th Avenue No 11. Ridge Accra. C/O Ghana National Commission on Children (GNCC)

P.O. Box M 273. Accra. Ghana

Teléfonos: +233 21 255 259; +233 21 500 680; +233 02 081 717 16

E-mail: gaww255@yahoo.co.uk

Guinea

Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CPTAFE)

Dirección: Cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants (CPTAFE). BP 585 Conakry. Guinea

Teléfonos: +224 30 42 28 30; +224 60 21 34 44 (móvil)

E-mail: dsr@sotelgui.net.gn morissanda@yahoo.fr kouyatem@un.org

Guinea Bissau

Comité National de Lutte Contre les Pratiques Néfastes

Dirección: Comité National de Lutte Contre les Pratiques Néfastes. CP560 . Guinea Bissau

Teléfono: +245 21 30 15. Fax: +245 20 11 97

Costa de Marfil

CNLP / CI-AF Côte d'Ivoire

Persona de contacto: El Hadj Cissé Djiguiba. Dirección: BP 174 Cidex 03. Abidjan 08. Côte d'Ivoire

Teléfono: +225 22 40 59 95; +225 05 95 43 75. Fax: +225 20 32 26 22; +225 22 40 59 97

E-mail: fondjigui@yahoo.fr

Kenia

Setat Women's Organisation

Kenya National Council on Traditional Practices North Rift Chapter Kenctrap (Setat)

Dirección: P.O. Box 334. Kapenguria. Kenya

Teléfonos: +254 324 20 87; +254 462 087; +254 733 63 9965 (móvil); +254 722 67 8545 (móvil)

Fax: +254 324 24 58 c/o District Commissioner West Pokot District

E-mail : setatwo@multitechweb.com setatwo@africaonline.com.ke setatiac@yahoo.co.uk

Liberia

National Association on Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children (NATPAH)

Dirección: P. O. Box 10-1061. Monrovia. Liberia. West Africa

Teléfono: + 231 6 554302 (móvil). E-mail: phylliskimba@yahoo.com gussesay@yahoo.com

Malí

Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation Des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT)

Dirección: BP E1543. ACI 2000 Hamdallaye. Bamako. Mali

Teléfonos: +223 229 58 (oficina), +223 222 19 79 (residencia). Fax: +223 229 58

E-mail: amsopt@datatech.toolnet.org

Association pour le Progres et la Defense Des Droits des Femmes Maliennes (APDF)

Dirección: BP 1740. Bamako. Mali. Teléfono/Fax: + 223 229 10 28. E-mail: apdf@datatech.toolnet.org

Mauritania

CI-AF Mauritanie (AMPTSFE)

Dirección: BP 3772. Nouakchott. Mauritania. Teléfonos: + 222 525 48 25, + 222 644 28 07

E-mail: mariem.sy@mauritel.mr

Níger

Comite Nigerien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Sante des Femmes et des Enfants (CONIPRAT)

Dirección: 2, Rue des Dallols. Niamey. Niger. Dirección postal: BP: 11 613. Niamey. Niger

Teléfono: + 227 20 72 42 07. Fax: + 227 20 72 42 07. E-mail: coniprat@intnet.

Nigeria

Inter African Committee IAC – Nigeria

Dirección: 12 Berkeley Street. 4th Floor Onikan. Lagos, Nigeria

Dirección postal: P.O.Box 71607. Victoria Island. Lagos. Nigeria

Teléfonos: +234 1 272 44 03 Office; +234 1 803 306 18 63 GSM

Fax: + 234 1 264 00 60; +234 1 293 12 31

E-mail: iacnigeria@yahoo.com; funnuga55@yahoo.com

República del Congo (congo-Brazzaville)

Comite national des droits des femmes

Dirección: 686 Brazzaville. Republique of Congo

Teléfono: + 242 666 37 04. Fax: + 242 81 11 0 7. E-mail: onangawomensrights@yahoo.fr

Senegal

Comité Sénégalais de lutte sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé de la Mère et de l'Enfant (COSEPRAT)

Dirección: HLM VI. Villa 2851. Dakar. Senegal

Teléfonos: +221 823 70 69 (Residence), +221 821 50 25, +221 864 848 87 (mobile)

Fax: +221 8 22 30 78 c/o. E-mail: coseprat.ciaf@yahoo.fr

Sierra Leona

Center for Safe Mother Hood Youth and Child Organization (CESMYCO)

Dirección: 5 Dundas street. Freetown. Sierra Leone

Teléfonos: +232 302 788 97. E-mail: laurelday2000@yahoo.com; ncsi_iac@yahoo.ca

Somalia

Save Somali Women and Children (SSWC)

Dirección: IAC Somalia. P.O. Box 38887. Nairobi. Kenya

Teléfono: +254 72 285 53 86 (mobile). Fax: +254 2 375 21 99. E-mail: sswc@iconnect.co.ke

Sudán

Sudan National Committee on Traditional Practices

Dirección: Sudan, Kartoum, Gabra square (21) . P.O. Box 10418 . Khartoum . Sudan

Teléfono: +249 122 505 130 (Dr. Amna Hassan) .+249 155 134 391 (Office)

Fax: +249 155 139 219. E-mail: snctpiac5@hotmail.com. Página Web: www.snctp.org

Tanzania

IAC Dodoma

Dirección: CCT Church House. P.O. Box 759. Dodoma . Tanzania

Teléfonos: +255 026 22 11 25; +255 0744 59 98 76 (mobile)

Fax: +255 026 232 4352/026 232 30 42

E-mail: diac_dodoma@hotmail.com; mkochoa@do.ucc.co.tz; stanleymkochoa@hotmail.com

Togo

CI-AF Togo

Dirección: BP 31250. Lome . Togo. Teléfono/fax: +228 221 56 61. Tel/fax +228 226 91 55 (residencia)
+228 221 28 41 (oficina) +228 924 28 94/924 65 33 (móvil)

E-mail: ciaf_togo@yahoo.fr; assibi.napoe@ei-ei.org

Uganda

National Committee on Traditional Practices Uganda (NCTPU)

Dirección: P.O. Box 30454; Kampala. Uganda

Teléfono/fax: +256 412 732 35 tel/fax; +256 7737 46 39 (móvil)

E-mail: ways@afsat.com



medicusmundi
andalucía

Granada:

C/ José Tamayo (antigua Ctra. de Huétor Vega), 12, Edif. Puerto Lápice, local. 18008 Granada.

Tif.: 958 13 50 70 Fax: 958 13 83 38.

e-mail: andalucia@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es

Málaga:

Colegio Oficial de Médicos. C/ Curtidores, nº1. 29006 Málaga.

Tif.: 951 01 94 03.

e-mail: andalucia.malaga@medicusmundi.es



Asociación
Andaluza
de
Matronas

