

Avance de la mutilación genital femenina y cómo lo frenamos

Susanna Oliver

World Vision

Introducción

Este artículo trata sobre la mutilación genital femenina. Explica brevemente qué es, dónde se practica, su alcance (se calcula que actualmente en el mundo hay entre 100.000.000 y 40.000.000 de niñas y mujeres a las que se les ha practicado la ablación [OMS, 2010] y que, por lo tanto, sufren secuelas de esta práctica) y sus consecuencias, para ilustrar la importancia de erradicarla. Seguidamente resume las razones por las que se practica y se mantiene, para que se comprenda la complejidad del problema. Finalmente, detalla los avances hasta la fecha en el trabajo para su erradicación y apunta el camino a seguir para lograrlo en base a la experiencia de trabajo de la ONG World Vision.

1. Qué es la ablación o mutilación genital femenina (MGF)

1.1. Definición de ablación

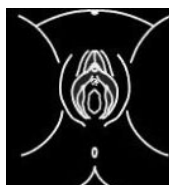
Según la Organización Mundial de la Salud, la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. En la mayor parte de los casos es realizada por circuncidoras tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, tales como la asistencia al parto. No obstante, cada vez es más frecuente que la practiquen profesionales de la salud.

1.2. Tipos de ablación

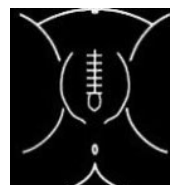
La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, UAB, 1995):



Tipo I



Tipo II



Tipo III

Tipo I. La circuncisión, también llamada **clitoridotomía**, implica la remoción del prepucio clitorideo, generalmente conservando el clítoris. En la cultura islámica, se conoce como *sunna* (tradicón) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

Tipo II. La escisión, también conocida como **clitoridectomía**, implica la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores.

Tipo III. La infibulación, estrechamiento o sellado de la abertura vaginal, conocida también como **circuncisión faraónica**, implica el corte y la recolocación de los labios menores, y a veces también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de la orina y el flujo menstrual.

Tipo IV. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado, cauterización o introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

El tipo de MGF, la edad a la cual se realiza o la manera cómo se practica varía mucho de un país a otro, de una etnia a otra, e incluso dentro de una misma etnia, de una familia a otra. Hasta hace algunos años el rango de edad en la que se producía la ablación oscilaba entre los 8 y los 14 años, coincidiendo con la edad en que las niñas tenían su primera menstruación. Sin embargo, según estudios de UNICEF y de World Vision, cada vez se tiende a practicarla a edades más tempranas, incluso en lactantes; el motivo es que así se eluden las posibles investigaciones y se esquivan tanto las leyes que prohíben su práctica como la posible reticencia de las niñas a seguir esta tradición.

En la mayor parte de los casos es realizada por circuncidadoras tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, tales como la asistencia al parto. No obstante, hay lugares donde la practican también los profesionales de la salud. Por lo general, la MGF se realiza en condiciones higiénicas deficientes (Torroella, S., 2008) y los medios que se utilizan pueden ser desde una navaja, una cuchilla, una lata, un vidrio roto o cualquier otro objeto que permita cortar. Posteriormente, a la herida se le colocan ungüentos, leche, ceniza, hierbas u otros elementos supuestamente cicatrizantes.

En los casos en que se practica la infibulación, para coser la herida se suelen utilizar espinas de acacia y se colocan palos a lo largo de las piernas, para que al moverse, la niña no se las clave y así puedan cicatrizar antes sus heridas.

1.3. Consecuencias de la mutilación genital femenina

La ablación comporta graves consecuencias para las niñas y mujeres que la sufren, tanto en el momento de la práctica como en el futuro. Las hay de tres tipos:

Consecuencias inmediatas	Consecuencias a largo plazo
Médicas: dolores, hemorragias, infecciones que pueden resultar mortales, transmisión de hepatitis o sida, infecciones de orina, dislocación de huesos (por la fuerte presión que ejerce el adulto que sujeta a la niña durante la operación), entre otras.	Médicas: dolor y lesiones durante las relaciones sexuales, esterilidad, dificultad para dar a luz, fístula (con la consecuente incontinencia urinaria e incluso fecal), dolor menstrual, problemas de riñón, entre otras.
Económicas: pago de la comadrona encargada de practicar la ablación, más otras personas (líderes religiosos y curanderos) vinculadas a la ceremonia y la comida de los invitados a la celebración.	Económicas: coste de los cuidados médicos y pérdida de productividad de las niñas/mujeres que han sufrido la ablación.
Sociales y psicosociales: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, inhibición de la libido, insensibilidad, trastornos de personalidad.	

1.4. Consideración de la mutilación genital femenina a escala internacional

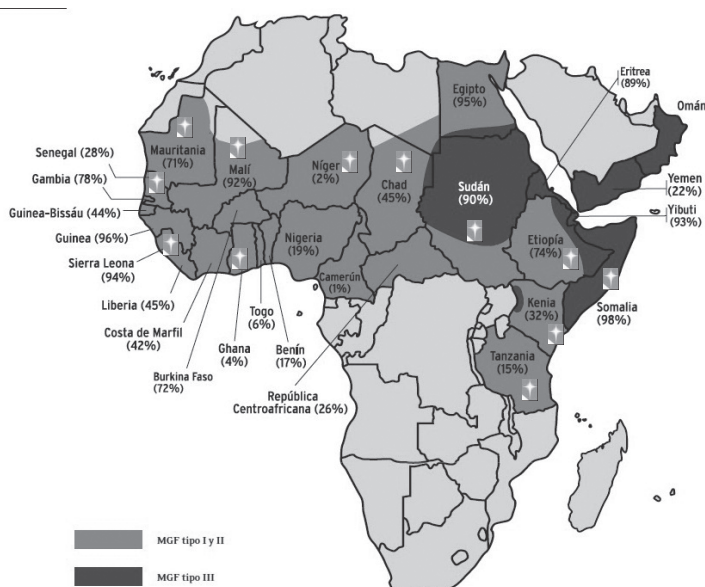
La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Es practicada casi siempre en menores, constituyendo así también una violación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

2. Alcance de la ablación o mutilación genital femenina (MGF)


La ablación en cifras. Se calcula que entre 100.000.000 y 140.000.000 de mujeres (OMS, 2010) de 28 países sufren actualmente las consecuencias de la mutilación genital femenina.

Además, cada año se calcula que 3.000.000 de niñas del África Subsahariana, Egipto y Sudán corren el riesgo de ser sometidas a la ablación (UNICEF, 2005): un promedio de 8.219 niñas al día.

Países en los que se practica la ablación



Fuente y elaboración: Kaplan A. y López A. (2010).

World Vision trabaja en 12 de ellos (marcados con este símbolo  en el mapa anterior): Mauritania (desde 1984), Senegal (1983), Sierra Leona (1996), Ghana (1979), Mali (1975), Níger (1973), Chad (1984), Sudán (1983 en el norte y 1989 en el sur), Etiopía (1971), Somalia (1992), Kenia (1974) y Tanzania (1981).

3. Motivos para la práctica de la ablación

Los motivos por los que se practica la ablación se basan en una mezcla de factores culturales, religiosos y sociales que reflejan formas de discriminación de la mujer muy arraigadas y provenientes de creencias y costumbres ancestrales. Las razones por las que se practica la ablación son muchas y en algunos casos el porqué se practica en una comunidad puede ser no solo distinto, sino incluso contradictorio con los motivos por los que se practica en otra. A continuación se resumen algunos de los principales motivos para su práctica:

- La **perpetuación de una tradición** heredada de los ancestros y el **respeto de una identidad cultural** que diferencia a su etnia de otras etnias; es el argumento más común.

- El *control del comportamiento sexual de las mujeres*, principalmente para asegurar la virginidad de la mujer antes del matrimonio y garantizar la fidelidad de la mujer a su marido.
- Una *prueba necesaria de que la niña está preparada para la vida adulta y el matrimonio*.
- El *cumplimiento de una obligación religiosa*: aunque ningún texto de la religión cristiana, judía o musulmana recomienda (y mucho menos obliga) a la mutilación genital femenina, quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso. Incluso algunos líderes religiosos la defienden, mientras que otros se posicionan claramente en contra de ella e incluso trabajan para su erradicación.
- La *purificación de la mujer*, en la creencia de que la ablación significa limpiarla de un órgano precario. A este motivo contribuyen el gran desconocimiento de la anatomía humana que impera en las comunidades que practican este rito (a excepción del personal de salud) y creencias ancestrales erróneas, como la de que el clítoris de la mujer puede crecer si no se extirpa y llegar a tapan la vagina impidiendo las relaciones sexuales y la procreación o, como mínimo, restando placer sexual al hombre.
- La *presión social y de las estructuras de poder*: los líderes comunitarios y religiosos, las circuncidadoras e incluso el personal médico, contribuyen en algunos casos al mantenimiento de la práctica. Aunque las niñas y su familia estén convencidas de los efectos perjudiciales de la ablación, el miedo a ser rechazadas y acusadas en sus comunidades (un miedo fundamentado, pues en algunas comunidades las mujeres no mutiladas son obligadas por ejemplo a dar a luz fuera de la comunidad, en los bosques) las empuja a seguir la tradición.
- En algunas sociedades, la adopción reciente de esta práctica está relacionada con la *imitación de las tradiciones* de grupos vecinos o a la adopción de prácticas locales en las zonas a las que las poblaciones han huido (por el motivo que sea) y en las que se encuentran desplazadas.

4. Avance de la mutilación genital femenina

4.1. Estado de la legislación respecto a la MGF

La ablación viola el artículo 5 de la Declaración Universal de **Derechos Humanos** de **1948**: *Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*.

Además, hay varios **tratados internacionales y documentos de consenso** que protegen los derechos de las mujeres y las niñas e incluso específicamente condenan la MGF:

- La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (1979)
- La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)

- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea General de Naciones (1993)
- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)
- La Resolución A/RES/54/133 de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña (2000)
- La Solemne Declaración sobre Equidad de Género en África (2004)
- La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA61.16 sobre Mutilación Genital Femenina (2008)
- La Resolución de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, de Naciones Unidas, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina (2008)
- La Declaración Interinstitucional para la Eliminación del la Mutilación Genital Femenina (2008)

Y el año pasado se publicó el suplemento del *Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer: «prácticas perjudiciales» contra la mujer* de la División para el Adelanto de la Mujer del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (2010).

A nivel nacional, diversos países han desarrollado legislación propia sobre el tema:

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Legislación reg. 2010
Camerún	MGF Tipos I y II	1 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica
Uganda	MGF Tipos I y II	1 %	No hay legislación específica	Desde 2010 la MGF prohibida
Níger	MGF Tipos I y II	2 %	No hay legislación específica	Desde 2003 la MGF prohibida
Ghana	MGF Tipos I y II	4 %	Ley desde 1994	Desde 1994 es ilegal Desde 2007 las circuncidoras pueden ser condenadas a prisión
Togo	MGF Tipos I y II	6 %	No hay legislación específica	Desde 1998 la MGF prohibida
Benin	MGF Tipos I y II	13 %	No hay legislación específica	Desde 2003 todos los tipos de MGF están prohibidos

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Legislación reg. 2010
Rep. Unida Tanzania	MGF Tipos I y II	15 %	No hay legislación específica	Desde 1998 la MGF es ilegal si se practica a menores de 18 años
Rep. Centrafricana	MGF Tipos I y II	26 %	Ley desde 1996	Desde 1996 la MGF es ilegal
Kenia	MGF Tipos I, II y III	27 %	No hay legislación específica	Desde 2001 la MGF es ilegal si se practica a menores de 18 años
Senegal	MGF Tipos I y II	28 %	No hay legislación específica	Desde 1999 la MGF es ilegal
Nigeria	MGF Tipos I y II	30 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica a nivel nacional, pero desde 1999 está prohibida en algunos estados
Costa de Marfil	MGF Tipos I y II	36 %	Proyecto de Ley	Desde 1998 la MGF es ilegal
Chad	MGF Tipos I, II y III	45 %	No hay legislación específica	Desde 2002 la MGF prohibida
Guinea-Bissau	MGF Tipos I y II	45 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica
Liberia	MGF Tipos I y II	58 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica
Mauritania	MGF Tipos I y II	72 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica, pero ha habido un descenso de su práctica entre profesionales de la salud
Burkina Faso	MGF Tipos I y II	73 %	Ley reciente	Desde 1996 la MGF está prohibida
Etiopía	MGF Tipos I y II	74 %	No hay una ley específica contra la MGF pero sí una general contra prácticas perniciosas	Desde 2005 la MGF es ilegal
Gambia	MGF Tipos I y II	78 %	No hay legislación específica	No hay legislación específica
Mali	MGF Tipos I y II	85 %	No hay legislación específica	La única legislación específica prohíbe su práctica en los centros de salud ¹
Eritrea	MGF Tipo III	89 %	No hay legislación específica	Desde 2007 la MGF es ilegal

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Legislación reg. 2010
Sudán	MGF Tipos I y II	89 %	Desde 1946 se prohíbe la infibulación por ley. El Código Penal de 1993 no menciona la MGF.	Algunas formas de MGF se prohíben en 1946. En 2003 nueva ley contra la MGF. En 2009 se excluyó la <i>Sunna</i> de la prohibición.
Egipto	MGF Tipos I, II y III	91 %	1958: Decreto presidencial contra la MGF. 1996: Prohibición a profesionales de practicar la MGF. 1996: el Ministerio de Salud prohíbe la MGF, pero hay apelación.	Prohibida desde 1998. Desde 2007 hay una ley más estricta.
Sierra Leona	MGF Tipos I y II	91 %	No hay legislación específica.	No hay legislación específica.
Djibouti	MGF Tipo III	93 %	Desde 1994 se prohíbe.	Desde 1995 la MGF es ilegal.
Guinea	MGF Tipos I y II	96 %	No hay legislación específica.	Desde 2000 la MGF es ilegal.
Somalia	MGF Tipo III	98 %	No hay legislación específica.	No hay legislación específica.
Rep. Dem. del Congo	MGF Tipos I y II	-	No hay legislación específica.	No hay legislación específica.
Fuente	Kaplan A. y López A. 2010	UNICEF 2011	Amnistía Internacional 2004	Waris Dirie Foundation / Ras Work, B. - UN 2009 & World Vision 2009

1. Circular n° 0019 de 7 de enero de 1999 del Ministerio de Salud, Ancianos y Solidaridad de Mali. Fuente: World Vision (2009).

Elaboración: Torroella, Shaila (2008). Actualización y traducción: Oliver, Susanna — World Vision.

Cabe puntualizar que, aunque en Mali no se ha penalizado la ablación por ley, se han creado dos importantes estructuras: en 1996 el Comité National pour l'Abandon des Pratiques Néfastes (CNAPN) y en 2002 el Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE), y que en otros países se han adoptado medidas similares.

4.2. Aplicación de la legislación

Los gobiernos de muchos de los países en los que se practica la ablación firman este tipo de acuerdos internacionales e incluso promulgan las leyes necesarias en sus países,

pero luego no las ponen en práctica por falta de recursos o por miedo a perder votantes. El estado de la aplicación de la legislación vigente puede resumirse con el siguiente cuadro:

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Aplicación
Camerún	MGF Tipos I y II	1 %	No hay legislación específica	-
Uganda	MGF Tipos I y II	1 %	Desde 2010 la MGF prohibida	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Níger	MGF Tipos I y II	2 %	Desde 2003 la MGF está prohibida	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Ghana	MGF Tipos I y II	4 %	Desde 1994 es ilegal Desde 2007 las circuncidadoras pueden ser condenadas a prisión	Algunas circuncidadoras han sido condenadas y encarceladas
Togo	MGF Tipos I y II	6 %	Desde 1998 la MGF está prohibida	-
Benin	MGF Tipos I y II	13 %	Desde 2003 todos los tipos de MGF están prohibidos	1 circuncidadora condenada a 6 meses de prisión (2003)
Rep. Unida de Tanzania	MGF Tipos I y II	15 %	Desde 1998 la MGF es ilegal si se practica a menores de 18 años	Se han llevado a juicio 52 casos de los cuales 10 han acabado en condenas
Rep. Centroafricana	MGF Tipos I y II	26 %	Desde 1996 la MGF es ilegal	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Kenia	MGF Tipos I, II y III	27 %	Desde 2001 la MGF es ilegal si se practica a menores de 18 años	Algunas circuncidadoras han sido condenadas y encarceladas
Senegal	MGF Tipos I y II	28 %	Desde 1999 la MGF es ilegal	-
Nigeria	MGF Tipos I y II	30 %	No hay legislación específica a nivel nacional pero desde 1999 está prohibida en algunos estados	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Costa de Marfil	MGF Tipos I y II	36 %	Desde 1998 la MGF es ilegal	4 circuncidadoras han sido encarceladas (2000)

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Aplicación
Chad	MGF Tipos I, II y III	45 %	Desde 2002 la MGF prohibida	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Guinea-Bissau	MGF Tipos I y II	45 %	No hay legislación específica	-
Liberia	MGF Tipos I y II	58 %	No hay legislación específica	-
Mauritania	MGF Tipos I y II	72 %	No hay legislación específica pero ha habido un descenso de su práctica entre profesionales de la salud	-
Burkina Faso	MGF Tipos I y II	73 %	Desde 1996 la MGF está prohibida	Más de 60 condenas a circuncidadoras y cómplices
Etiopía	MGF Tipos I y II	74 %	Desde 2005 la MGF es ilegal	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena
Gambia	MGF Tipos I y II	78 %	No hay legislación específica	-
Mali	MGF Tipos I y II	85 %	La única legislación específica prohíbe su práctica en los centros de salud ¹	Se ha notado un descenso en su práctica por parte de profesionales de la salud
Eritrea	MGF Tipo III	89 %	Desde 2007 la MGF es ilegal	-
Sudán	MGF Tipos I y II	89 %	Algunas formas de MGF se prohíben desde 1946 En 2003, nueva ley contra la MGF En 2009 se excluyó la <i>Sunna</i> de la prohibición	-
Egipto	MGF Tipos I, II y III	91 %	Prohibida desde 1998 Desde 2007 hay una ley más estricta	2 médicos encarcelados (2007)
Sierra Leona	MGF Tipos I y II	91 %	No hay legislación específica	-
Djibouti	MGF Tipo III	93 %	Desde 1995 la MGF es ilegal	Hasta la fecha no ha habido ninguna condena

País	Tipo de MGF	Incidencia mujeres 15-49 a.	Legislación reg. 2004	Aplicación
Guinea	MGF Tipos I y II	96 %	Desde 2000 la MGF es ilegal	-
Somalia	MGF Tipo III	98 %	No hay legislación específica	-
Rep. Dem. del Congo	MGF Tipos I y II	-	No hay legislación específica	-
Fuente	Kaplan A. y López A. 2010	UNICEF 2011	Waris Dirie Foundation / Ras Work, B. - UN 2009 & World Vision 2009	Ras Work, B. - UN 2009

1. Circular Nº 0019 De 7 De Enero De 1999 Del Ministerio De Salud, Ancianos Y Solidaridad De Mali. Fuente: World Vision (2009)

Elaboración: Oliver, Susanna — World Vision (2011), en base al estudio de Ras Work, B. — NU 2009.

4.3. Avance en cuanto a la erradicación de la ablación en los últimos años

El avance ha sido desigual por países e incluso, dentro de cada país, ha habido avances distintos en distintas regiones y entre los integrantes de las diversas etnias. En general ha habido un incremento en la oposición a la práctica de la ablación aunque todavía el porcentaje de reducción en la práctica es minúsculo. Es difícil hacer comparativas porque hasta 2005 no se hizo una recopilación de datos estandarizada que pueda servir como base (UNICEF, 2005) e incluso esta dispone de datos de distintos años. Pero para dar una idea aproximada, el porcentaje promedio de reducción de la práctica de la ablación en mujeres de 15 a 49 años, tomando datos de UNICEF de 2005 y 2011, es del 1 %, con una diferencia máxima en el caso de Costa de Marfil de 8,5 % (reducción entre 1999 y 2011) y, en el extremo opuesto, un incremento del 13 % en la práctica en Liberia.

En cualquier caso, salvar un promedio de 60 niñas al día de sufrir la ablación vale la pena. La otra parte positiva del avance es que ahora se conoce la situación, se mide su práctica y se han documentado las acciones que realmente tienen efecto para reducir su incidencia. En los países en que se ha acompañado la adopción de una legislación contra la mutilación genital femenina con acciones de formación de profesionales de la salud, líderes religiosos, maestros y otras personas con influencia en las comunidades, se ha producido una disminución de la práctica. Es el caso de Tanzania, donde la incidencia general se ha reducido en un 2,7 % (según datos de UNICEF en 2005 era del 17,7 % y en 2011, del 15 %).

En las comunidades en que todo este proceso se ha reforzado con un empoderamiento de las mujeres y un mayor acceso a la educación de las mujeres los resultados han sido aún mejores, como en el distrito de Gabiley en Somalia (donde 17 de las 27 circuncidadoras han dejado su trabajo) o en el distrito de Tot en Kenia (donde se ha

pasado del 80 al 57 % según datos de World Vision). Factores clave son también el trabajo a largo plazo y con un enfoque holístico, que permiten incidir en comunidades donde la práctica está más extendida y es más difícil abordar la cuestión con la población adulta. Para World Vision esta ha sido la clave del éxito en Kandia (Senegal). Pero no hay solución rápida ni fácil; incluso en comunidades donde ya se había abandonado la práctica puede volverse a adoptar.

El ejemplo de Mali

En Mali, en promedio, el 91,6 % de la población femenina ha sufrido la ablación. En la zona en que trabaja World Vision España la incidencia de la ablación es del 92,2 %. Por edades, no se ve un cambio importante: el 91 % de las mujeres entre 15 y 19 años ha sufrido la ablación y entre las de más edad (35-49) el porcentaje es del 92 %, lo que hace pensar que la práctica sigue pasando de generación en generación aunque con un leve descenso. En cuanto a las etnias, sí se observan diferencias importantes. Por ejemplo, la ablación solo se da en un 16,5 % de las mujeres Tamasheq mientras que entre las de etnia Bambara (mayoritaria en la zona que apoya World Vision España) es del 98,4 %. Muy destacable es que en Mali, el 76 % de las mujeres y el 69,5 % de los hombres creen que la ablación debería mantenerse, básicamente por ser una práctica tradicional y para prevenir la infidelidad de las mujeres (World Vision Mali, 2009). En la evaluación encargada por World Vision Mali se detectó que:

- La población informada sobre las nefastas consecuencias de la ablación conoce los datos, pero una gran parte de ella no se los cree, por lo que la sensibilización llevada a cabo por World Vision y otras ONG y OG no siempre se traduce en un cambio de prácticas.
- A pesar de los veinte años de trabajo sensibilizando a comunidades sobre las graves consecuencias de la mutilación genital femenina todavía hay un amplio número de comunidades que no han recibido información al respecto, principalmente por el considerable número y la gran dispersión de las comunidades rurales y por la falta de recursos humanos y financieros suficientes para llegar a todas ellas.
- El *Haut Conseil Islamique* (HCI) de Mali ha bloqueado varias veces (las últimas en 2009 y mayo de 2010) la aprobación del borrador del nuevo Código de la Familia, que amplía los derechos de las mujeres por contener (dicen) diversos artículos contrarios a lo que prescribe el Corán.
- La persistencia de muchos problemas de desarrollo cruciales en el país (falta de agua potable, acceso a salud y educación, inseguridad alimentaria, etc.) hace que algunas instituciones no consideren la erradicación de la ablación como una prioridad.

5. Cómo lo frenamos

No hay recetas mágicas ni rápidas, pero sí lecciones aprendidas de todos estos años de lucha contra la ablación que apuntan el camino a seguir.

A nivel estratégico:

- Definir una estrategia a largo plazo (mínimo cinco años) coherente y consensuada a todos los niveles (nacional, regional y local).
- Trabajar conjuntamente entre los distintos estamentos gubernamentales, ONG y organismos multilaterales de la zona.
- Implicar a los líderes locales.
- Trabajar no desde la imposición sino desde la iniciativa local y el consenso.
- Complementar con educación y empoderamiento de las mujeres.
- Acompañar todo lo anterior con acciones de presión a los gobiernos para promulgar y hacer cumplir leyes contra la ablación.
- Involucrar también a los medios de comunicación en la lucha contra la ablación.

A nivel práctico, trabajo en el ámbito comunitario:

- **Informar** a padres, profesores y niños para que conozcan las consecuencias físicas y psicológicas de la ablación.
- **Apoyar** a los grupos locales de mujeres que se han organizado para luchar contra la ablación y las iniciativas de particulares empeñadas en erradicar la práctica.
- **Ofrecer alternativas** a los **rituales** de iniciación a la edad adulta. Proponer rituales que respeten las tradiciones, pero en los que la ablación se cambie por otro acto simbólico.
- **Ofrecer alternativas a las circuncidadoras:** con formación y microcréditos, darles la opción de ganarse la vida de una forma que no sea practicando la mutilación genital.
- Ofrecer **refugio y escolarización** a las niñas y adolescentes que huyen de sus casas por miedo a la ablación.
- Facilitar **asistencia médica** a las mujeres que sufren las consecuencias de la ablación.
- Organizar **grupos** locales de **seguimiento**, no solo de la práctica de la ablación, sino del cumplimiento de otras legislaciones y normas para la **protección de los derechos de la infancia**.

Metodológicamente:

- Es importante integrar la lucha contra la ablación en una **propuesta completa de garantía del bienestar de la infancia**, pues facilita la apertura de las comunidades a hablar y trabajar en ello.
- Es importante trabajar con **personal** local, maduro y experto.

- Es imprescindible **discutir** sobre la MGF con **mujeres y hombres, pero por separado**.
- Cuando se consiga que la comunidad adopte la decisión de abandonar la práctica, es importante que sea una **decisión colectiva y que se haga pública**.
- Es necesario seguir apoyando una vez tomada la decisión para que no vuelvan a practicar la ablación.
- Respecto a las **comadronas**, es importante no cargarlas con la culpa de que se practique la mutilación genital femenina y tener en cuenta que para ellas la práctica de la ablación no es solo un oficio, sino un indicativo de **estatus social**, por lo que hay que trabajar también este aspecto.

Ejemplos de historias de éxito

Ambaro Hersi Got, una circuncidadora somalí (de Ceelbaxay), dice haber practicado la ablación hasta a 700 niñas en un solo día, cobrando entre 5 y 10 dólares por intervención. «Mi madre me enseñó a circuncidar a niñas e incluso me dio su cuchillo», cuenta de cuando empezó, en 1985. Esta fue su ocupación hasta que en 2007, el programa educativo y de formación en negocios de World Vision la animó a cambiar su oficio por la cría de cabras. «Asistí a una serie de reuniones organizadas por World Vision y aprendí los efectos perjudiciales de la ablación. Entonces me di cuenta de que estaba haciendo más mal que bien». Daisy Kiplagat, 16 años, es para muchos un ejemplo a seguir por su decisión y coraje. «Dije que no a que me practicaran la ablación porque sabía los peligros que corría. Muchas de mis amigas dejaron el instituto y, antes de casarse, les practicaron la ablación. Ellas me contaron la crudeza de esa práctica. Por eso, creo que la alternativa que plantea World Vision de los rituales alternativos de iniciación es una forma decente de permitir a las niñas pasar a la vida adulta sin exponerse a sufrir problemas de salud».

World Vision promueve rituales alternativos de iniciación en los que las familias pueden conservar sus tradiciones, pero en las que no se practica la ablación. En los últimos años, 600 familias han optado por esta alternativa.

Bibliografía

- GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN Y EL ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES PERJUDICIALES, Universitat Autònoma de Barcelona (1995). «¿Qué es la mutilación genital femenina?». En Mutilación genital femenina (MGF) en español prensa [en línea]. 1995 [citado el 14 de marzo de 2011]. Disponible en Internet: http://mgf.uab.es/cast_mgf/define.html
- KAPLAN, ADRIANA y LÓPEZ, ANTONIO (2010). Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

- NACIONES UNIDAS (2010). Suplemento del Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer: prácticas perjudiciales contra la mujer. División para el Adelanto de la Mujer del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas. Nueva York, 2010. 10-57137 (S). Disponible en Internet: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-Spanish.pdf>
- OMS (2008). Declaración Interinstitucional —de ACNUDH (OHCHR), ONUSIDA (UNAIDS), PNUD (UNDP), CEA (UNECA), UNESCO, UNFPA, ACNUR (UNHCR), UNICEF, ONU Mujeres (UNIFEM) y la OMS (WHO)— para la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina. OMS, Suiza 2008. ISBN 978 92 4 159644 2. Disponible en Internet: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2010). Mutilación genital femenina. Nota descriptiva n° 241. En Centro de prensa [en línea]. Febrero de 2010 [citado el 14 de marzo de 2011]. Página 1. Disponible en Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
- RAS-WORK, BERHANE (2009). «Legislation to Address the Issue of Female Genital Mutilation (FGM)». United Nations Division for the Advancement of Women. United Nations Economic Commission for Africa. Expert Group Meeting on good practices in legislation to address harmful practices against women. EGM/GPLHP/2009/EP.01. Naciones Unidas, 21 de mayo de 2009. Disponible en Internet: www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Expert%20Paper%20EGMGPLHP%20_Berhane%20Ras-Work%20revised_.pdf
- TORROELLA, SHAILA (2008). «Una aproximació a la pràctica de la mutilació genital femenina». Setem, 42ª edición postgrado ADI, Barcelona. Pág. 30.
- UNICEF (2005). Female Genital Mutilation/Cutting a Statistical Exploration 2005. The United Nations Children's Fund (UNICEF), noviembre 2005. New York, United Nations Children's Fund (UNICEF). Disponible en Internet: http://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf
- UNICEF (2011). Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), febrero de 2011. New York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- WARIS DIRIE FOUNDATION (2010). «Prevalence of FGM and Legal Situation». En Desert Flower Foundation [en línea]. [citado el 14 de marzo de 2011]. Disponible en Internet: <http://warisdirie.files.wordpress.com/2010/11/prevalence-of-fgm-and-laws1.pdf>
- WORLD VISION MALI (2009). Improving the well-being of children and their communities through fighting against harmful practices, such as FGM and others.