



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GRADO EN RELACIONES INTERNACIONALES

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y SU VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS: ¿CÓMO DE EFECTIVA ESTÁ SIENDO SU CRIMINALIZACIÓN?

Autor: Marina Lourdes Losilla Jiménez
5º E5, Derecho y Relaciones Internacionales
Área de Derecho Internacional Público, Derechos Humanos y Derecho
Penal Internacional
Tutor: Irene Claro Quintans

Madrid
Abril, 2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: EL PROCEDIMIENTO.....	5
2.1. Consecuencias de la práctica.....	6
2.2. Razones que fundamentan su práctica.....	10
2.3. Área geográfica afectada.....	12
3. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y LOS DERECHOS HUMANOS	13
3.1. Como violación de derechos humanos: instrumentos jurídicos internacionales contra la práctica.....	13
3.2. Instrumentos internacionales especialmente relevantes.....	14
3.3. Explicación de los derechos violados.....	18
4. CASO SOMALÍ.....	21
4.1. Esfuerzos para erradicar la práctica.....	24
5. MEDIDAS QUE SE ESTÁN TOMANDO PARA ERRADICARLA.....	26
5.1. Por parte de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.....	26
5.2. Por parte de los Estados.....	28
5.3. Logros de las medidas implementadas.....	32
6. MÁS ALLÁ DE LA CRIMINALIZACIÓN: ¿ES HORA DE REFORMULAR NUESTRA ESTRATEGIA DE ERRADICACIÓN?.....	32
7. CONCLUSIONES.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA.....	37
9. ANEXOS.....	44

Resumen:

La mutilación genital femenina es el término utilizado para referirse al procedimiento realizado en una mujer o niña para alterar o lesionar sus genitales por razones no médicas. Frecuentemente conlleva la extirpación total o parcial de los mismos. Se estima que 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo han sufrido los efectos de esta forma de violencia. Es una violación de derechos humanos recogidos en numerosos instrumentos internacionales y regionales, como lo son la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Convenio sobre la eliminación de todas las causas de discriminación contra la mujer; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre los Derechos del Niño; y la Convención contra la Tortura. Su práctica se remonta a más de dos mil años y se practica en muchas culturas y regiones, principalmente en África y en Oriente Medio. Con mayor prevalencia en países como Somalia o Guinea. Ha habido un progreso significativo en la eliminación de la práctica en los últimos 30 años, y las niñas tienen menor riesgo de sufrirla del que tenían sus madres y abuelas en el pasado. Sin embargo, este progreso no está siendo suficiente. Los estados están tomando medidas para revertir la situación, esto ha hecho que en algunos sitios la práctica se haya llevado a la clandestinidad en lugar de erradicarse.

Palabras clave:

Mutilación genital femenina, derechos humanos, tortura, salud, cultura, progreso, África, medidas, estrategia, clandestinidad

Abstract:

Women's genital mutilation is the term used to refer to the procedure carried out in a woman to alter or injure their genitals for non-medical reasons. Frequently entails the total or partial removal of them. It is estimated that 200 million women and girls worldwide have suffered the effects of this form of violence. It is a violation of human rights collected in numerous international and regional instruments, such as the Universal Declaration of Human Rights; the Agreement on the elimination of all causes of discrimination against women; the International Pact of Economic, Social and Cultural Rights; the International Pact of Civil and Political Rights; the Convention on the Rights of the Child; and the Convention Against Torture. This practice dates back more than two thousand years and is practiced in many cultures and regions, mainly in Africa and the

Middle East. With greater prevalence in countries such as Somalia or Guinea. There has been significant progress in eliminating the practice in the last 30 years, and girls are less likely to suffer it than their mothers and grandmothers in the past. However, this progress is not enough. The states are taking measures to reverse the situation, but this has led to the clandestinity of the practice in some places instead of eradicating it.

Keywords:

Female genital mutilation, human rights, torture, health, culture, progress, Africa, measures, strategy, clandestinity

1. INTRODUCCIÓN

En muchas sociedades, especialmente las africanas, las mujeres son concebidas únicamente como miembros transicionales de las familias porque se espera que contraigan matrimonio pronto y así puedan contribuir a la riqueza de su nueva familia. Esta perspectiva de futuro da lugar a grandes violaciones de derechos de las mujeres. No es sorpresa para nadie que nacer niña disminuye altamente las oportunidades de la persona en su acceso a la salud, la educación, el trabajo y la protección. Baste como muestra, la práctica que aquí nos compete: la mutilación genital femenina. Aunque se desconoce con exactitud su origen se dice que se remonta a hace unos 4000 años. Asimismo, debe destacarse que la mutilación genital femenina se sitúa, en un primer momento, en Egipto debido al descubrimiento de momias con signos de haber sufrido este tipo de intervención (Adam Muñoz, 2003). Actualmente, millones de mujeres y niñas sufren esta práctica cada año por todo el mundo, a pesar de que durante los últimos cien años y especialmente tras la publicación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 se ha apostado por una mayor garantía y respeto de los derechos más básicos del individuo. En definitiva, de acuerdo con los datos que se manejan hoy, parece que los instrumentos internacionales en vigor no han sido capaces de poner fin a la citada y cruel práctica.

Conviene indicar que hasta hace sesenta años se seguía pensando que estas prácticas solo se llevaban a cabo en países en vías de desarrollo, y por motivos religiosos. Sin embargo, el incremento de la migración trajo consigo la dispersión de aquellas y, por lo tanto, un aumento en la implementación de las mismas (Lucas, s.f.). Fue aquí cuando se le empezó a dar un mayor tratamiento al asunto y se apostó por frenarlas por completo por constituir una violación de los derechos fundamentales de las mujeres.

El **objetivo** de este trabajo es conocer en qué consiste la mutilación genital femenina, a través de varias **preguntas**: ¿qué consecuencias trae para las mujeres que la sufren? y ¿qué razones fundamentan su práctica? Otras cuestiones que surgen a raíz de lo anteriormente planteado son las siguientes: ¿qué derechos viola? Y, además, ¿qué medidas se están tomando para erradicarla? Junto a todo ello, analizaremos la efectividad de las mismas. Con la **hipótesis** de que pese a los esfuerzos que tanto organismos internacionales como Estados están tomando para erradicar la práctica, todavía queda mucho camino por recorrer para que desaparezca por completo.

2. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: EL PROCEDIMIENTO

El término “Mutilación Genital Femenina” fue adoptado en 1991 en la Conferencia Regional del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niños celebrada en Burkina-Faso (Ontario Human Rights Commission, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud, se trata del conjunto de *“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”* (OMS, 2020).

En la mayoría de los casos se realiza en contra de la voluntad de las víctimas a través de distintos métodos que se clasificarán atendiendo a los tejidos y órganos genitales a los que afecten. La clasificación utilizada por la OMS divide la práctica en cuatro tipos. Primero, la clitoridectomía; ésta es: la *“resección parcial o total del glande del clítoris (la parte externa y visible del clítoris, que es la parte sensible de los genitales femeninos) y/o del prepucio/capuchón del clítoris (pliegue de piel que rodea el glande del clítoris)”*. Segundo, la escisión, es decir, la *“resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva)”*. Tercero, la infibulación, que se refiere al *“estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris y el glande del clítoris”*. Por último, una categoría general en el que se engloban el resto de procedimientos, *“como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital”* (OMS, 2020). Alrededor del 90% de los casos son clitoridectomía, mientras que el 10% restante se debe a infibulación (Organización Panamericana de la Salud, 2013). La prevalencia de un tipo de mutilación genital y otra dependerá del país en el que se practique (ANEXO I).

La población de riesgo incluye mujeres y niñas, aunque la mayor parte de los casos se dan durante la infancia, entre la lactancia y la adolescencia (OMS, 2020). La edad que tienen quienes sufren la cruel práctica tiende a depender de la zona geográfica en la que se practica; el rango va desde el nacimiento hasta días antes del matrimonio o inmediatamente después del primer embarazo, a excepción de algunos casos en la edad adulta. Atendiendo a la OMS (2020), más de doscientos millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sufrido la mutilación genital femenina y, según Natalia Kanem, la

directora ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), este número podría incrementar en 4,6 millones para 2030 (OHCHR, 2021).

La pueden bien sufrir individualmente bien en grupo (las niñas de toda una comunidad) cuando se concibe como una ceremonia de iniciación. Las personas que lo practican pueden ser muy distintas: una anciana de la comunidad, una curandera tradicional, un barbero, una comadrona o un médico cualificados (Amnistía Internacional, s.f.). Así, el lugar en el que se lleva a cabo también podrá variar: en el domicilio de la niña, en un centro de salud o en algún lugar específico designado para ello como, por ejemplo, un río; ello sucede cuando se asocia con un acto de iniciación (Amnistía Internacional, s.f.). Por regla general solo se permite la presencia de mujeres. Solamente aquellas niñas con un nivel socioeconómico elevado puede que tengan la posibilidad de que se les realice por un médico cualificado, empleando anestesia y material médico. El resto tendrán que conformarse, en el mejor de los casos, con agua fría para entumecer la zona y evitar el desangramiento. De todos modos, lo más frecuente es que no se tome medida alguna para aliviar el dolor. La niña es inmovilizada con las piernas abiertas mientras que la mutilación se realiza con un cristal roto, la tapa de una lata, unas tijeras, la hoja de una navaja o algún instrumento similar (Amnistía Internacional, s.f.). En las infibulaciones, los labios mayores se unen utilizando espinas o puntos y sus piernas pueden llegar a estar cuarenta días atadas. Por regla general, se aplican ungüentos hechos de huevos, ceniza, hierbas, estiércol, etc., que “ayudan” a cicatrizar la herida (Amnistía Internacional, s.f.).

2.1. Consecuencias de la práctica

Conociendo el procedimiento tan duro y cruel que conlleva la práctica, cabe preguntarnos ¿qué consecuencias tiene la realización de la mutilación genital femenina? Visto lo anterior no nos sorprende que las consecuencias también varíen según las circunstancias en las que se llevó a cabo la práctica: el tipo de mutilación realizada, quien la lleva a cabo, las condiciones higiénicas en las que se practica y la cicatrización. Es crucial mencionar que la mutilación genital femenina no tiene ningún beneficio para la salud, y que todos los tipos conllevan el riesgo de consecuencias adversas para la salud de quienes la padecen (Williams-Breault, B. D., 2018). Así pues, las implicaciones pueden clasificarse en distintos tipos.

Por un lado, tenemos las consecuencias **físicas**. Estas pueden ser de dos clases: las inmediatas, las de medio plazo, y las permanentes o a largo plazo. Dentro de la primera

categoría encontramos, *inter alia*, fuertes hemorragias. Esto es por la sección de un número elevado de vasos sanguíneos al realizar los cortes, sumado a la mala visión y pulso de las ancianas que suelen realizar la mutilación (Medicusmundi Andalucía, 2008). En ocasiones, la lesión de la arteria del clítoris puede dar lugar a una hemorragia significativa que puede causar la muerte de la intervenida (Medicusmundi Andalucía, 2008). También es posible que se produzca un sangrado en el plazo medio debido al desprendimiento del coágulo que cubre la herida (Medicusmundi Andalucía, 2008). Además, se presentan infecciones y sepsis por la falta de medidas higiénicas; shock ante el dolor tan agudo que produce el corte y/o sangrado grave; y fracturas (Medicusmundi Andalucía, 2008). Lo cierto es que las complicaciones a corto plazo normalmente solo se documentan cuando la intervenida recibe tratamiento médico u hospitalario, por lo que la verdadera extensión de las complicaciones inmediatas es desconocida (Obermeyer, 2005). Las consecuencias permanentes o a largo plazo incluyen dificultades a la hora de orinar a consecuencia del intenso dolor, a la inflamación secundaria o a una lesión de la uretra; asimismo, hay que indicar que la necesidad de realizar intervenciones quirúrgicas posteriores; así sucede cuando hay que practicar la desinfibulación para hacer posible el coito y el parto; también deben mencionarse las infecciones crónicas; problemas menstruales, anemia, infertilidad, fuertes dolores durante el embarazo y el parto (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008). Como colofón a lo anteriormente expuesto, debe indicarse que el uso de instrumental médico no esterilizado puede provocar la propagación de enfermedades como el VIH, el tétanos, las Hepatitis B y C, y el virus de la inmunodeficiencia humana (Lucas, s.f.).

También tiene efectos sobre la **sexualidad**, particularmente ante la primera relación sexual, que coincidirá muy seguramente con la noche de bodas. Todo ello constituirá una experiencia extremadamente dolorosa, especialmente si se debe practicar una incisión (Amnistía Internacional, s.f.). El principal problema que surge en torno a esta cuestión es la falta de información. Las mujeres o niñas nunca han recibido información sobre las relaciones sexuales, y no sé les ha explicado que habrá que practicar una desinfibulación, lo que significa una incisión en el cosido que le realizaron cuando se le llevó a cabo la mutilación. En numerosos casos, tras la relación sexual, se volverá a practicar la infibulación, es decir, el cosido de los labios menores o mayores (De Arriba González, 2010). Además, la satisfacción sexual se ve afectada negativamente por la amputación

parcial o total del clítoris. Se puede traducir en relaciones sexuales muy dolorosas por una condición denominada “dispareunia” (De Arriba González, 2010), la cual surge a raíz de infecciones o de malformaciones o cicatrices.

De igual manera, tiene efectos **obstétricos que alcanzan o afectan al recién nacido**. Los resultados de un estudio del año 2006 de la OMS con datos de varios países en el que participaron más de 28.000 mujeres confirmaron que las mujeres que habían sufrido mutilación tenían un aumento significativo del riesgo de eventos adversos durante el embarazo, parto y post-parto (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008). Se llegó a varias conclusiones: estas mujeres eran más propensas a necesitar una cesárea y a sufrir un mayor índice de hemorragias en el post-parto. También se observó que éstas tenían mayor probabilidad de someterse a una hospitalización prolongada y, por supuesto, corrían el riesgo de morir, especialmente por infecciones. (Medicuumundi Andalucía, 2008). Estos efectos negativos también se trasladan a los recién nacidos. La cantidad de bebés recién nacidos que requerían reanimación inmediatamente después del parto era significativamente mayor cuando la madre había sufrido mutilación genital femenina (Medicuumundi Andalucía, 2008). Al igual que las tasas de mortalidad entre los bebés durante e inmediatamente después del nacimiento fueron más altas para los nacidos de madres que se habían sometido a la mutilación genital en comparación con los que no lo habían hecho: 15 % más alto para aquellos cuyas madres tenían la clitoridectomía, 32 % más alto para las que tenían la escisión y 55 % mayor para aquellos con infibulación (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008). Para permitir la salida del bebé, en los casos de infibulación, debe practicarse la conocida como “desinfibulación”. Hay ocasiones en las que no se puede asistir a la mujer que va a dar a luz para practicársela, y esto podrá producir desgarros y obstrucciones en el parto, pudiendo provocar la muerte de la madre y del hijo. Una vez que dan a luz se le vuelve a practicar la infibulación (De Arriba González, 2010).

Por otro lado, tenemos las consecuencias **psicológicas**. A diferencia de las físicas, las consecuencias psicológicas son mucho más complicadas de detectar, especialmente porque la falta de pruebas científicas provoca pocos informes, complicando así su investigación (Amnistía Internacional, s.f.). De esta forma, la información que nos llega es únicamente a través del relato de experiencias personales que revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición (De Arriba González, 2010). No obstante, la

mayoría son invitadas a guardar silencio sobre su experiencia; junto a lo anterior, hay que tener en cuenta que no en todas las culturas disponen de medios para expresar sus sentimientos (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Todo ello trae como resultado: depresión, terrores nocturnos, ansiedad crónica, baja autoestima o fobias (Fundación Recover, 2018). Hay expertos que sugieren que los traumas causados por esta práctica unido a los sentimientos ya expuestos contribuyen a la perfilación de un comportamiento tranquilo y dócil; una cuestión considerada como positiva en este tipo de comunidades, pues está asociado a evitar la infidelidad y el abandono (Amnistía Internacional, s.f.). Además, los problemas psicológicos que se pueden sufrir a causa del rechazo social que conllevaría no someterse a esa práctica podrían ser mucho peores.

Otras manifestaciones de este problema pueden venir de la confusión. Muchas niñas inmigrantes de primera, segunda o tercera generación viven en países donde la práctica está penalizada y mucho más perseguida y tienen que viajar al país de origen de sus progenitores para realizarla. De esta forma, puede tener lugar una comparación entre la cultura del país del que proceden sus padres o abuelos y el suyo, advirtiéndose valores totalmente diferentes. Estas mujeres y niñas se enfrentan a una carga psicológica extra al vivir una situación no entendida por su país de acogida (Johnsdotter Carlbon & Essén, 2004). También puede dar lugar a enfermedades psicosomáticas que pueden incluir depresión, taquicardias, palpitaciones al recordar lo sucedido, dolor u opresión en el pecho, dolores musculares, vómitos, diarrea, etc. (Kaplan, et al., 2006)

Las consecuencias también pueden ser **sociales**. En algunos estudios se ha observado que la no realización de esta práctica puede traer consigo consecuencias negativas para las mujeres y niñas, y sus familias (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Esto se da, especialmente, en las culturas en las que está más arraigada, provocando el rechazo, la exclusión y el acoso por parte de su comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Por lo tanto, acaban valorando que los riesgos sociales de no someterlas a la práctica son mucho peores que los riesgos sobre la salud de las niñas al someterlas, así, eligiendo la segunda opción.

Por último, otra consecuencia que puede traerse a colación (aunque no afecte directamente a las intervenidas) es el elevado **costo económico** que supone para los Estados, ya que supone una carga financiera para los sistemas de salud. En primer lugar, se generan gastos para el gobierno. En este sentido, debe indicarse que se usaron los datos

de seis países africanos en un estudio para descubrir el coste por tratamiento médico como consecuencia de la mutilación genital femenina, concluyendo que constituía entre el 0,1% y 1% del total del gasto del gobierno para las mujeres en edad fértil (Peterman and Johnson, 2009). En segundo lugar, se ocasionan gastos para las familias. Se calculó un costo de 120 dólares estadounidenses por niña en tratar las complicaciones posteriores a la práctica, en un estudio en Nigeria (Ekenze, Ezegwui, Adiri, 2007). Otro estudio, llevado a cabo en Gambia descubrió que la mutilación genital femenina era causa directa de una de cada tres complicaciones de ginecología en las que se buscaban asistencia. Complicaciones que en muchas ocasiones necesitaban intervenciones quirúrgicas, traducándose así en un alto gasto para los servicios ginecológicos (Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., et al, 2011). En un estudio llevado a cabo por la OMS se descubrió un coste de 1400 millones de dólares estadounidenses en el año 2018 a raíz de esta práctica, y calcula que este ascenderá un 68% en 30 años (OMS, 2020). Mientras que si se abandonara la práctica se reduciría un 60% el gasto en el mismo periodo de tiempo (OMS, 2020).

2.2.Razones que fundamentan su práctica

Los motivos por los que se practica la mutilación genital femenina difieren de una región a otra y de una época a otra (Fundación Recover, 2018) y, además, estas abarcan temas de distinta categoría.

Por un lado, tenemos los condicionantes **socio-culturales**. La costumbre y la tradición son, con diferencia, las razones más alegadas para justificar la práctica (Amnistía Internacional, s.f.). La mutilación genital femenina forma parte de un rito ceremonial que da paso a la vida adulta; dicha práctica suele estar acompañada de una ceremonia en la que se reciben regalos y reconocimiento público (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). A través de ella se convierten en verdaderos miembros del grupo y es un paso necesario para que la niña sea considerada una mujer. A esto, claramente, le acompaña la presión social para que la persona se ajuste a lo que hace el resto de los miembros de su comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Las mujeres se sienten amenazadas ante un posible rechazo y aislamiento en el caso en el que no se sometan a ella. Así las cosas, una mujer no mutilada no sería aceptada como esposa (Medicumundi Andalucía, 2008). Se cree que con ella se reduce la libido femenina, asegurando la virginidad antes del matrimonio y la fidelidad después de él. Todo lo cual aumenta las

probabilidades de encontrar marido. Muchos piensan que tener a su hija sin “circuncir” es una vergüenza (Lucas, s.f.). Se trata de una práctica tan extendida que los miembros de estas comunidades no pueden ni hacerse a la idea de que una mujer no haya sido sometida a la mutilación genital femenina. Es más, las no sometidas son calificadas de “marginadas”, “extranjeras” e, incluso, “prostitutas” (Amnistía Internacional, s.f.). El ex presidente de Kenia, Jomo Kenyatta, defendía que era inherente a la iniciación y que era parte tan fundamental de los kikuyus, el grupo étnico más número de Kenia, y, por tanto, su “*abolición... destruiría el sistema tribal*” (Kenyatta, 1938). Algunos grupos étnicos, como los bambara de Senegal, tienen creencias tradicionales que atribuyen al clítoris de la mujer un poder potencialmente peligroso para el hombre. Según estas creencias, el clítoris es visto como una parte del cuerpo femenino que puede causar dolor o incluso la muerte a un hombre durante el coito (Medicumundi Andalucía, 2008). Además, al concebirse como tradición cultural, trae consigo la idea de que no debe ser cuestionada y eliminada, y mucho menos por personas externas a la comunidad.

Por otro lado, encontramos las razones **psicosexuales y reproductivas**. La mutilación genital femenina, como ya se ha explicado, busca controlar la sexualidad de la mujer. Pero es que, además de la creencia de mitigar el deseo sexual, también se cree que eleva el placer sexual del hombre. Adicionalmente, se tiene la creencia de que hace del parto una experiencia más grata pues, debido al trauma generado tras la mutilación sufrida, la capacidad para soportar el dolor del parto aumenta (Organización Panamericana de la Salud, 2013). También se tiene la convicción de que aumenta la fertilidad de la mujer, lo que no puede estar más lejos de la realidad, pudiendo generar infecciones o complicaciones que podrían producir esterilidad (Adam Muñoz, 2003).

En tercer lugar, encontramos razones de tipo **higiénicas y estéticas**. La mutilación genital femenina está asociada a la idea de limpieza no sólo higiénica y estética, sino también moral. De ahí que este rito suponga, para quienes lo practican, un acto de purificación. El rito hace más digno a la mujer y en él encuentra su honorabilidad o respetabilidad y la de su familia. Las mujeres que no se someten a él se consideran sucias e impuras, no permitiéndoles manipular agua o alimentos por miedo a que los intoxiquen o envenenen (De Arriba González, 2010). Se debe agregar que, en algunas etnias, los genitales externos femeninos se consideran sucios y feos e incluso se asocian a la masculinidad de tal manera que al extirparlos se devuelve a las mujeres la femineidad y la belleza (Fundación Recover, 2018).

Por último, deben traerse a colación razones **religiosas**. En algunas comunidades se concibe como necesaria para alcanzar la pureza espiritual. Aunque generalmente se asocia con el islam, la realidad es que la mayoría de los fieles de esta religión no la practican, además de ser anterior a la misma. Eso hace que pueda ser considerada una tradición ancestral de origen africano sin vinculación con la religión en sí misma. No obstante, las comunidades musulmanas que la practican sí alegan la religión como razón justificante (Amnistía Internacional, s.f.). Lo cierto es que también es practicado por miembros de comunidades no musulmanas, como cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, o la comunidad judía falasha de Etiopía (Adam Muñoz, 2003). Por otra parte, ni en el Corán ni en la Biblia aparece ningún pasaje que la apoye (Medicusmundi Andalucía, 2008). Además, es importante resaltar que el analfabetismo está bastante extendido en las áreas geográficas en las que se suele practicar. Consecuentemente, la población que la práctica lo basa, fundamentalmente, en las interpretaciones transmitidas de generación en generación dando lugar a la posible distorsión de textos originales (Zubiaga Moreno, 2022).

2.3. Área geográfica afectada

La zona geográfica en la que hay mayor incidencia de la mutilación genital femenina es África. Concretamente, abarca unos 27 países que van desde Senegal en el oeste hasta Somalia en el este (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005) (ANEXO II). Los estados en el que más mujeres y niñas de entre 15 y 49 años se han visto sometidas a la práctica, son Somalia con el 98% de la población femenina, Guinea con un 97%, y Yibuti con un 93% (UNPF, s.f.). En cuanto a las niñas menores de 14 años, Gambia cuenta con un 56% del total de su población que lo ha sufrido, y Mauritania un 54% (World Health Organization, 2016). No obstante, también está presente en otras áreas, aunque en menor medida. En Oriente Medio, tiene presencia en Egipto, Omán, Yemen y los Emiratos Árabes Unidos (Amnistía Internacional, s.f.). Además de en ciertos grupos indígenas de América Latina, como Colombia, Ecuador o Perú (Garrido Ruiz, 2019), y de regiones asiáticas, como comunidades de la India, Indonesia, Malasia, o Sri Lanka (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005).

Sin embargo, la mutilación genital femenina se ha extendido más allá de los países donde se había practicado hasta hace unos años. Ello se debe a la inmigración (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). La guerra, el malestar social y las sequías, en los años

70, de diversos países africanos dieron lugar a refugiados ubicados en numerosos en países europeos como, por ejemplo: España, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Noruega y Suecia (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Otras zonas geográficas como Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda también se han visto afectadas. Frecuentemente, médicos tradicionales de su país de origen viajan al país de residencia de las mujeres y niñas que van a ser sometidas a la mutilación para practicársela, aunque también es frecuente mandar a las niñas a su país de origen (Amnistía Internacional, s.f.). En menor medida, médicos de sus propias comunidades que residen en estos países industrializados lo practican de forma clandestina (Amnistía Internacional, s.f.). En definitiva, la mutilación genital femenina es una problemática de índole internacional presente en todo el mundo ya sea en mayor o menor medida (ANEXO III).

3. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y LOS DERECHOS HUMANOS

3.1. Como violación de derechos humanos: instrumentos jurídicos internacionales contra la práctica

Solamente conociendo en qué consiste la intervención y los innumerables efectos perjudiciales que genera la mutilación genital femenina es suficiente para entender que supone una extrema violación de los derechos de mujeres y niñas. Atenta contra derechos como a la salud, a la integridad física, a la igualdad, a la no discriminación por razón de sexo, a no ser sometido a tortura o trato degradante, a la vida, a la libertad, y la infancia, entre otros. Y, aunque, hoy en día se vea claro y todos los tipos de mutilación genital femenina se reconozcan internacionalmente como tal, no siempre ha sido así. Esto se debe a que, durante mucho tiempo, antes de la Segunda Guerra Mundial y la adopción de la Carta de Naciones Unidas, los derechos humanos se aplicaban únicamente a la esfera de lo privado, buscando proteger a los ciudadanos del Estado (Medicuumundi Andalucía, 2008). En el caso de la mutilación genital femenina, al no ser promovida por agentes del Estado sino por los miembros de la familia y de la comunidad, se consideraba un asunto privado, y así se impidió que se considerara “preocupación de derechos humanos” (Amnistía Internacional, s.f.). Además, al formar una parte tan clave de la tradición cultural de muchas comunidades, la intervención de extranjeros invocando la protección de los derechos humanos, podía dar lugar a una fuerte controversia internacional al ser entendida como un acto de imperialismo cultural (Amnistía Internacional, s.f.).

La primera vez que la ONU se involucró en este asunto fue en los años 50, en el contexto de la Declaración Universal de Derechos Humanos (USAID, 2004). Desde entonces, cuando la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas planteó la cuestión la Organización Mundial de la Salud ha estado encargada de estudiar este fenómeno. Especialmente, a partir del año 1958, cuando esta fue invitada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas a emprender un estudio sobre la existencia de tradiciones que obligan a las niñas a participar en rituales de este tipo. Independientemente de los esfuerzos llevados a cabo, el impacto siguió siendo muy limitado (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005).

La sensibilización fue creciendo en los años 60 y 70, y se lideraron campañas para concienciar sobre los efectos dañinos de la mutilación genital femenina (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). En 1976, se aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dio lugar a la protección internacional de derechos como la salud, el trabajo, y la igualdad entre hombres y mujeres. Las décadas de los 80 y 90 han sido claves para la concepción de la mutilación genital femenina como violación de derechos humanos (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Cobra especial relevancia con la aprobación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1979, y la Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 que reclamaba la identificación de la violencia contra la mujer como vulneración de los derechos humanos. También cabe mención de la Conferencia Internacional de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995, así como sus reuniones de seguimiento (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005).

Consecuentemente, en los apartados siguientes se verán con detalle dos convenciones con particular significación en la cuestión que se trata, además de los derechos humanos que son violentados ante la realización de la referida práctica.

3.2. Instrumentos internacionales especialmente relevantes

Por la población víctima de este rito, parece conveniente hacer especial hincapié en la Convención de la ONU de Derechos del Niño y en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

a) Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño

La mutilación genital femenina la sufren niñas desde sus pocos días de vida, por eso esta Convención es especialmente relevante, y por eso decimos que la mutilación vulnera los derechos de la infancia.

Primero, es oportuno delimitar la etapa de la infancia. Según la Convención sobre Derechos del Niño la infancia finaliza a los 18 años de edad y es independiente de la edad adulta. Se trata de una etapa que debe ser especialmente protegida. La Convención fue adoptada y abierta a la firma por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, entrando en vigor en 1990, pero esta no proclama “*derechos nuevos para los niños*” (Cardona Llorens, 2012). Los niños tienen los mismos derechos que el resto de personas, pero dada su vulnerabilidad necesitan una mayor protección, existe el conocido como “*interés superior de los niños*” (Cardona Llorens, 2012). En su art. 1 define a los niños como “*todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad*”. Podemos concluir entonces que atendiendo a esta Convención la mutilación genital femenina podría castigarse, puesto que las víctimas en un alto porcentaje de las ocasiones están entre el periodo de lactancia y los 15 años y así, siguen siendo niñas (OMS, 2020).

Como se ve a lo largo de todo el texto legal, el enfoque de la Convención es al Estado para que sea este el que garantice los derechos a los niños, buscando su respeto por él mismo y por las demás personas. Esto se ve reflejado en diversos preceptos.

El art. 19.1 dice que “*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo*”. Al igual que el art. 24.3 que dicta que “*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños*”. De tal forma, será el Estado el que se asegure de que las políticas que promulga tratan de prevenir los perjuicios y abusos que se puedan dar a los niños. Sin embargo, no en todos los estados se adoptan las medidas necesarias para ponerle freno a esta práctica.

Por su parte, el art. 37 expresa que *“Los Estados Partes velarán por que: a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”*. Este artículo se encuentra muy ligado a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, de 1984. La cual constata en su art. 1 que *“se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos (...) o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación”*. Con esta definición se puede afirmar que la mutilación genital femenina encaja en el concepto de tortura.

Encuadrada en este término, tiene trascendencia el art. 39: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño”*. Es decir, los Estados parte no sólo tendrán la obligación de velar por el no sometimiento a los niños de tortura, sino que debe abogar por que los niños que ya hayan sido sometidos se puedan recuperar física y psicológicamente.

Además, la Convención designa el Comité de los Derechos del Niño en su art. 43:

1. *“Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.*
2. *El Comité de los Derechos del Niño es el órgano de 18 expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por parte de sus Estados miembros. También supervisa la aplicación de los Protocolos Facultativos de la Convención, sobre la participación de niños en conflictos armados y sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil.”*

Así, este Comité deberá animar a los Estados a tomar las medidas oportunas para bien abolir la mutilación genital femenina, bien reducirla. Incluso se ha reunido con representantes de Estados en los que la práctica es muy frecuente para valorar las medidas

que están tomando para concienciar a los ciudadanos sobre la importancia de su erradicación.

La Convención también hace referencia a la capacidad evolutiva de los niños de tomar decisiones que les afectan. Sin embargo, para la mutilación genital femenina, incluso en los casos en los que hay acuerdo aparente o deseo de las niñas de someterse al procedimiento, en realidad es el resultado de presión social y expectativas de la comunidad y surge de la aspiración de las niñas a ser aceptadas como miembros de pleno derecho de la comunidad. Por eso, la decisión de una niña de someterse a la mutilación genital femenina no puede llamarse libre, informada y libre de coacción (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008).

b) Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Este texto también es especialmente relevante al tratarse la mutilación genital femenina, de una forma de discriminación contra la mujer. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1979 y se considera la carta internacional de los derechos de las mujeres.

Su art. 1 establece que *“A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*. De esta forma, teniendo esta definición de “discriminación contra la mujer” como referencia, podemos encuadrar la mutilación genital femenina como una forma de discriminación. Dado que, las víctimas lo son por el hecho de ser mujeres, por la creencia de inferioridad de este género, y por la convicción de que deben abstenerse de determinadas conductas, especialmente sexuales.

Atendiendo al artículo 2 *“Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a: e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la*

discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas”. Lo cual indica que los Estados están obligados a abogar por el abandono de estos procedimientos.

En su art. 17 se designa el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), con el objetivo de *“examinar los progresos realizados en la aplicación de la presente Convención”*. El cual se encarga de asegurar la aplicación efectiva de la Convención y de recibir informes de los Estados parte de las medidas que hayan ido tomado y haciéndolas efectivas con un año de plazo. *“El Comité también formula recomendaciones generales y sugerencias. Las recomendaciones generales están dirigidas a los Estados y afectan a los artículos o temas recogidos en los Convenios”* (CEDAW, 2007).

En esta línea, el Comité redacta la Recomendación general nº14 sobre la circuncisión femenina. Aunque las recomendaciones aquí hechas no tengan ninguna consecuencia legal, es decir, no sean vinculantes, con ellas el Comité puede poner al descubierto su visión al respecto sugiriendo una línea de actuación sin imposiciones legales. De este modo, la protección que ofrece es reducida (CEDAW, 2007).

Incluye la recomendación a los Estados parte de *“que adopten medidas apropiadas y eficaces encaminadas a erradicar la práctica de la circuncisión femenina”* (CEDAW, 1990). Además, recomienda hacerlo a través de *“la prestación de apoyo, a nivel nacional y local, a las organizaciones de mujeres que trabajan en favor de la eliminación de la circuncisión femenina y otras prácticas perjudiciales para la mujer”* o de talleres sobre las consecuencias que produce la práctica (CEDAW, 1990).

La CEDAW puede considerarse uno de los tratados internacionales de derechos humanos más extensamente ratificados, con 189 Estados parte en la actualidad.

3.3. Explicación de los derechos violados

Como ya se ha mencionado en el primer apartado de este capítulo, la práctica en cuestión vulnera muchos derechos de mujeres y niñas recogidos en textos internacionales. A pesar de no tener referencia explícita en la mayoría de ellos, por sus circunstancias y consecuencias hace que se violen referencia a muchos otros derechos sí plasmados.

a) Derecho a la salud

Nos encontramos ante una práctica que pone en riesgo la salud y el bienestar de las mujeres y niñas. Al tratarse de un procedimiento sin fundamento médico, sobre un tejido sano, se considera una vulneración del derecho a la salud, el cual está recogido en diversos textos internacionales. Por un lado, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todo ser humano al disfrute del “*más alto nivel posible de salud física y mental*”. Por otro lado, el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, dice así: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*” Otras manifestaciones se encuentran en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, que en su párrafo 7.2 habla de la “*salud sexual*”. Además, la OMS habla de la salud no solo como “*ausencia de afecciones o enfermedades*”, sino que incluye todo bienestar físico, mental y social. Hasta hace poco, la información sobre las complicaciones físicas asociadas a la mutilación genital femenina se ha basado en informes de historias de casos de los hospitales. Además, se han realizado pocas comparaciones con mujeres no sometidas a la mutilación para establecer la frecuencia relativa de estas complicaciones (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Estas complicaciones pueden ser tanto inmediatas como efectos físicos a largo plazo, las que ya se expusieron en el apartado correspondiente a las consecuencias de la práctica.

b) Derecho a la vida y a la integridad física (incluyendo el derecho a no sufrir violencia)

El derecho a la integridad física incluye una vida con dignidad, libertad, seguridad, privacidad y libre de tortura. A pesar de que a través de este rito no se busque la tortura o el castigo como tal, con el objetivo primero de causar dolor, supone dejar en tan grave posición de vulnerabilidad a las personas que la sufren, siendo los efectos tan negativos, que se podría comparar a una situación de tortura propiamente dicha, y causando daño físico y psicológico a las mujeres y niñas afectadas. De la misma manera, se trata de una práctica que se impone sin el consentimiento de las intervenidas y anula su toma de decisiones sobre sus cuerpos y su vida, con amenaza de ser rechazadas y excluidas de la

comunidad. Asimismo, en ocasiones, podría haber violación del derecho a la vida, cuando haya muertes por esta causa, que suelen ser por desangramiento o infección. Sin embargo, la tasa de mortalidad es desconocida, tanto por la insuficiencia de registros como por el no registro de muertes por mutilación genital femenina como tales.

Estos derechos encuentran protección en los arts. 1 y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, entre otros.

c) Derecho a la no discriminación

La mutilación genital femenina es discriminatoria porque se realiza únicamente a mujeres y niñas, y por razón de su género. Los hombres no se ven sometidos a semejante práctica. Es una forma de opresión que les niega el derecho a tomar decisiones informadas sobre sus propios cuerpos. Puede también argumentarse su vinculación a la concepción de inferioridad de las mujeres en relación con los hombres, y que por eso deben ser controladas y limitadas en su disfrute de una vida plena y autodeterminada. Este derecho puede encontrarse en diversos instrumentos internacionales como: el art. 1 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el art. 2 Declaración Universal de Derechos Humanos que afirma que “*Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo [...]*”.

La problemática reside en que no sólo las mujeres que son sometidas a la práctica reciben un trato discriminatorio con respecto a los hombres, sino que las mujeres que no se someten también lo reciben con respecto al resto de miembros de su comunidad. De este modo, existen presiones considerables para someterse a ella.

d) Derechos de los niños

Si se tiene en cuenta que la mutilación genital femenina predomina en niñas menores de 18 años, se puede concluir que se trata de una violación de los derechos de las niñas. Este tema tiene un tratamiento especial en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989, que ya se analizó en el apartado anterior.

Los padres que toman la decisión de someter a sus hijas a la mutilación perciben que los beneficios que se ganan de este procedimiento tienen mayor peso que los riesgos implicados. No obstante, esto no puede justificar una práctica permanente y

potencialmente transformadora de la vida que constituye la violación de los derechos fundamentales de las niñas (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008).

e) Otros derechos humanos

Entre los muchos derechos que se vulneran con esta práctica también encontramos la vulneración del derecho a la educación y a la información. El primero porque puede dar lugar a absentismo escolar, tanto por la recuperación de la cirugía como por las complicaciones a largo plazo, que podrían incluso provocar el abandono completo de los estudios. Este derecho encuentra protección en el art. 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, entre otros. El segundo porque en muchas ocasiones, sobre todo las niñas, no son conscientes de lo que les va a pasar ni cuáles son las consecuencias de ello. Además, esta desinformación podría llevar a las niñas y mujeres a pensar que es necesaria para su salud o bienestar. Se encuentra recogido en el art. 19 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Otro derecho que se vulnera es el derecho a la intimidad y la privacidad. Por un lado, por la violación que sufren de su cuerpo, la violación de su integridad física por esa alteración del mismo. Por otro lado, por la exposición forzada que supone la práctica, ya que frecuentemente se lleva a cabo con muchas personas presentes y la mujer o niña se ve obligada a exponer su cuerpo sin su consentimiento. Este derecho se encuentra recogido en textos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en sus artículos 12 y 17, respectivamente.

4. CASO SOMALÍ

“Me hallaba en Los Ángeles para dar una charla sobre la mutilación genital femenina. Accedí a hablar, aun cuando me resultaba difícil. En 1995 violé un fuerte tabú tradicional y hablé públicamente de mi propia circuncisión. Me había convertido en portavoz de Naciones Unidas para este asunto, pero cada vez que hablaba de ello despertaba en mí dolorosos recuerdos emocionales y físicos. Lo cierto es que cuando era pequeña le suplicaba a mi madre que me lo hicieran, pues había oído que me haría limpia y pura. Cuando no era más alta que una cabra, mi madre me sujetó mientras una anciana me seccionaba el clítoris y la parte interna de la vagina y cosía la herida. No dejó más que una minúscula abertura, del tamaño de la cabeza de una cerilla, para orinar y menstruar. En su momento yo no tenía idea de lo que estaba ocurriendo, ya que nosotros jamás hablábamos de ello. Era un tema tabú. Mi hermosa hermana Halimo murió a consecuencia de aquello. Aunque nadie de mi familia me lo dijo, estoy segura de que se

desangró o murió de una infección. Las mujeres midgaan que practican la circuncisión utilizan una cuchilla o un cuchillo afilado en una piedra para hacer el corte. En la sociedad somalí se las considera intocables, ya que proceden de una tribu que no es descendiente del profeta Mahoma. Usan una pasta de mirra para detener la hemorragia, pero cuando las cosas van mal no tenemos penicilina. Más adelante, cuando una chica se casa, en la noche de bodas, el novio intenta abrir a la fuerza la infibulación de la novia. Si la abertura es demasiado pequeña, se abre con un cuchillo. Después de años de lucha, me di cuenta de que en realidad es una mutilación, pero así y todo me sentía angustiada cuando hablaba del tema: temía que algo malo pudiera pasarme por violar el código de silencio”.

- Waris Dirie, Amanecer en el desierto. 2002

Este fragmento del testimonio de la modelo somalí Waris Dirie manifiesta lo que ya veníamos expresando: el peso de la tradición, la falta de conocimiento, la seriedad de sus consecuencias en la salud, el dolor intenso, el temor y la sumisión de las mujeres que la padecen. Podría decirse que Somalia es el país con mayor prevalencia de esta práctica, con un 98% de mujeres de entre 15 y 49 años que la han sufrido, según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.f) (ANEXO IV), siendo el estado con mayor incidencia de Mutilación Genital Femenina en este rango de edad. Por eso, parecía conveniente hacer cierto inciso en un país en el que estuviera tan desarrollada.

Somalia es uno de los países más pobres del mundo. Tras el derrocamiento de Siyaad Barre, en 1991, las luchas civiles y las batallas entre clanes estuvieron a la orden del día. El fracaso del Estado ha tenido un impacto devastador y profundo en el desarrollo humano del país con instituciones políticas colapsadas y una infraestructura social y económica deteriorada (World Bank Group, 2004). El tipo de mutilación más practicada en Somalia es el tipo III o infibulación y, por regla general, como se expuso anteriormente, tras las relaciones sexuales o los partos tiene lugar la reinfibulación. No obstante, hay muy poca información disponible sobre cuán generalizada es entre las mujeres somalíes (Landinfo, 2008). Algunas fuentes afirman que, en general, las mujeres son reinfibuladas después de dar a luz (US State Department, 2001). Sin embargo, un estudio (Johansen, 2002) realizado entre mujeres somalíes en Noruega mostró que, de hecho, no había una base tan firme para respaldar la suposición de que la reinfibulación es común después de dar a luz o divorciarse. Esta opinión también está respaldada por otras fuentes somalíes (Landinfo, 2008).

La práctica tradicionalmente se llevaba a cabo en la adolescencia como rito para dar inicio a la vida adulta. Sin embargo, a diferencia de otras partes de África, la circuncisión en

Somalia ya no se considera un rito de iniciación (World Bank Group, 2004). Las niñas ahora son circuncidadas entre las edades de cinco y ocho años, a menudo en la privacidad de sus hogares, lo cual ha sido confirmado por un estudio de referencia realizado por *Health Unlimited* en Awdal, Somalia y el distrito de Mandera en Kenia (World Bank Group, 2004). Hawa Aden del Centro de Educación para la Paz y el Desarrollo de Galckayo (GECPD) señaló que el 100 por ciento de los niños de seis a ocho años que se inscribieron en el sistema escolar habían sido infibuladas (World Bank Group, 2004). Aunque en la mayor parte de Somalia, los circuncisores tradicionales, realizan la mayoría de las operaciones (World Bank Group, 2018), el número de profesionales de la salud que circuncidan a las niñas también está aumentando. Esta medicalización de la mutilación genital femenina comenzó en los albores de la independencia de Somalia, cuando un médico libanés comenzó a circuncidar a niñas en el Hospital Martini de Mogadishu bajo condiciones esterilizadas y anestésicas (World Bank Group, 2018). Afirmó minimizar los daños y peligros asociados con la mutilación genital femenina. Realizó clitoridectomías parciales o totales sin infibulaciones para quienes exigían la circuncisión "*Sunna*" (World Bank Group, 2004). Otros proveedores de salud lo emularon, extendiendo los servicios a la élite de Mogadishu (World Bank Group, 2004). La OMS, UNFPA y UNICEF condenan a los proveedores de salud que la realizan.

Somalia es un país mayoritariamente musulmán en el que el 80% de las mujeres musulmanas son mutiladas frente al 18% de mujeres cristianas (Karhu, 2010). Esto reafirma la teoría de que, a pesar de no ser una práctica que se le pueda atribuir a una religión específica, sí es en la comunidad musulmana en la que encuentra más practicantes. Según la *Somali Health and Demographic Survey* de 2020, el 99 % de las mujeres de 15 a 49 años en Somalia han sido sometidas a la mutilación genital femenina, la mayoría entre los cinco y los nueve años (UNFPA, 2019). La encuesta también informa que el 72 por ciento de las mujeres cree que es un requisito del islam, aunque algunos líderes religiosos han dicho que el islam lo condena (UNFPA, 2019).

En una encuesta llevada a cabo en la región de Awdal más de la mitad de la población rural y nómada los encuestados creían que la mutilación genital era un requisito en el islam (World Bank Group, 2004), el porcentaje fue menor entre los encuestados urbanos. Las cifras muestran que, aunque muchas mujeres entienden que la mutilación genital es dañina, todavía creen que la costumbre debe preservarse. Esto ilustra la complejidad de los problemas relacionados con la práctica. Hay una presión masiva sobre las madres en

sociedades donde la religión, la tradición, los ideales de pureza, el miedo a la estigmatización y la ausencia de redes más allá de la familia o el clan, juegan un papel tan fuerte (World Bank Group, 2004). Además, la conciencia de los problemas asociados con la mutilación genital y de la necesidad de oponerse a la tradición es mayor en las poblaciones urbanas que en las rurales (World Bank Group, 2004).

4.1.Esfuerzos para erradicar la práctica

Hoy en día no hay legislación nacional que prohíba de manera específica la mutilación genital femenina en Somalia (UNFPA, 2019), aunque existe legislación no específica que puede aplicarse a ella. Sin embargo, el 10 de junio de 2021, en Puntlandia, uno de los cinco estados que componen Somalia, se aprobó una Ley de Tolerancia Cero contra la mutilación genital femenina (UNFPA Somalia, 2021). El representante de UNFPA, Anders Thomsen habló de este hecho como *“gran hito”*, diciendo que *“se espera que este proyecto de ley, una vez aprobado, tenga un efecto dominó en la campaña para poner fin a la mutilación genital femenina en Puntlandia. Esto significa que las niñas estarán a salvo del corte brutal que socava la salud de mujeres y niñas”* (UNFPA Somalia, 2021).

Las campañas de sensibilización contra la mutilación genital se iniciaron a finales de los 70, especialmente a raíz de la fundación de la Organización Democrática de Mujeres Somalíes, creada para erradicarla (Amnistía Internacional, s.f.). Después de esta iniciativa, ocurrieron otras más, especialmente las de la Academia Somalí de Artes y Ciencias y el Instituto para la Educación de la Mujer (Amnistía Internacional, s.f.). Además, organizaciones no gubernamentales como Save the Children están apoyando a organizaciones locales en la modificación de las percepciones culturales del corte como parte central de los ritos de iniciación de las niñas y en la búsqueda de formas alternativas de elevar el estatus y el valor de las mujeres en la familia y la comunidad (Kafatos, 2018). Estos enfoques basados en los derechos preservan el patrimonio cultural y los valores sociales de las comunidades al mismo tiempo que alejan las creencias culturales de la mutilación genital femenina (Kafatos, 2018).

El otoño pasado, y en colaboración con la *Fundación Ifrah*, la agencia de la ONU lanzó la campaña *“Dear Daughter”* como parte del esfuerzo por acabar con la mutilación genital femenina de una vez por todas (United Nations, 2022). La idea es lograr que los padres individualmente no corten a sus hijas (United Nations, 2022). Se dirigen a personas y comunidades rurales y urbanas que están asumiendo un compromiso extraordinario,

para cambiar la narrativa (United Nations, 2022). Para Nkiru I. Igbokwe, especialista en violencia de género del UNFPA en Somalia, se trata de “*acelerar las voces de mujeres y hombres por igual para poner fin a la mutilación genital femenina en el país*” (United Nations, 2022). A través de cartas los padres y madres, se comprometen a proteger a sus hijas y apoyar su derecho a gobernar sus propios cuerpos (United Nations, 2022). Hasta el 4 de febrero de 2022, 100 madres somalíes habían firmado el compromiso (United Nations, 2022).

La Fundación Ifrah, junto con la Campaña Global de Medios para Terminar con la mutilación genital femenina, distribuyó transmisores de radio proporcionados por UNFPA a cien hogares para que los residentes pudieran escuchar campañas de concientización e información (United Nations, 2022), y así poco a poco poder ir cambiando el futuro de las niñas somalíes.

El 10 de mayo de 2022, el Comité de los Derechos del Niño concluyó su consideración del informe inicial de Somalia, y los expertos del Comité elogiaron al Gobierno por sus esfuerzos para mejorar la gobernanza política para consolidar la paz y plantearon preguntas sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina y el castigo corporal (Committee on the Rights of the Child, 2022). Una de las preguntas clave vino de la mano de uno de los expertos del Comité: ¿qué progresos se han logrado en la prevención de la mutilación genital femenina? (Committee on the Rights of the Child, 2022). La Sra. Ayoubi Idrissi, experto del Comité y Jefe del Grupo de Trabajo de País para Somalia, agregó que el Gobierno había experimentado dificultades, incluida la resistencia de los líderes religiosos y de clanes, para aprobar el proyecto de ley relacionado con la mutilación genital (Committee on the Rights of the Child, 2022). La delegación añadió que la mutilación se trata de un problema grave, pero había una fuerte voluntad dentro del Gobierno para abordar el mismo (Committee on the Rights of the Child, 2022). Cuentan que se ha preparado un proyecto de ley sobre la mutilación genital femenina y se espera que sea examinado por el Consejo Nacional Somalí con alta prioridad (Committee on the Rights of the Child, 2022). Además, junto con el proyecto de ley, el Gobierno ha trabajado en campañas de concienciación y asegurado recursos financieros para reducir tangiblemente el número de niñas afectadas (Committee on the Rights of the Child, 2022). Se han establecido oficinas de violencia sexual dentro de la policía para atender los casos de mutilación genital femenina (Committee on the Rights of the Child, 2022). Con todos estos esfuerzos parece que el gran cambio está por llegar.

5. MEDIDAS QUE SE ESTÁN TOMANDO PARA ERRADICARLA

Desde finales del siglo XX los esfuerzos para erradicar la mutilación genital femenina han crecido exponencialmente. Estos vienen por parte tanto de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales como de los propios estados.

5.1. Por parte de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales

Como ya se vio en el apartado 3, la mutilación genital femenina viola numerosos textos internacionales de derechos humanos y, al ratificarlos, los Estados parte contraen la obligación legal de prevenir la práctica entre las personas bajo su jurisdicción sean ciudadanos de su estado o no. (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Sin embargo, en estos textos internacionales no se le da tratamiento específico a la mutilación genital femenina esta práctica, sino que la misma se puede subsumir como violación de otros derechos. Es en estos últimos años que se empiezan a hacer pronunciamientos explícitos sobre la mutilación genital. Organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), o el Fondo de Población de las Naciones Unidas llevan ya años trabajando con el objetivo de erradicarla.

La Recomendación General número 14 sobre la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer publicada en 1990, instaba a los Estados miembro a *“tomar medidas apropiadas y efectivas con miras a erradicar la circuncisión femenina”*. Por su parte, la Recomendación número 19, publicada en 1992 incorpora en su artículo 12 el término *“mutilación genital”* como parte de un conjunto de *“prácticas perpetuadas por la cultura y la tradición que son perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas”*. Además, la Asamblea General de Naciones Unidas en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, publicada en 1993, incluye en el artículo 2 la mutilación genital femenina y otras prácticas perjudiciales, diciendo así:

“Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general,

inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

En 2007, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF lanzaron el Programa Conjunto sobre Mutilación Genital Femenina con el objetivo de acelerar el abandono de esta práctica en todo el mundo. Está presente en, principalmente, diecisiete países de África y Oriente Medio, donde la mutilación genital femenina es más común. El programa apoyó iniciativas regionales y globales para erradicar la práctica, y trabajó en colaboración con gobiernos, organizaciones no gubernamentales, líderes religiosos y comunitarios, medios de comunicación y otros actores clave para promover el abandono de la mutilación genital femenina.

Por su parte, el Consejo de Europa en su Convenio referente a la mutilación genital femenina aprobado el 11 de mayo de 2011, establece en su artículo 38:

“Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado: a. la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer; b. el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin; c. el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”

Esta Convención no sólo proporciona protección a las mujeres y niñas en peligro de ser sometidas a la mutilación, sino también a aquellas que ya han sido víctimas de ella. Además, establece que ningún acto de violencia contra la mujer puede quedar justificado por razones relativas a cultura, costumbre, religión, tradición u “*honor*”.

El 20 de diciembre de 2012, la Asamblea General aprobó la Resolución 67/146 en la que hace referencia a la intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Dicho instrumento reconoce que es una violación grave de los derechos humanos de mujeres y niñas y hace un llamamiento a Estados miembros y a la comunidad internacional para que adopten medidas efectivas y coordinadas a fin de eliminar la práctica. Entre las medidas propuestas se encuentran la promoción de la educación y sensibilización sobre la materia, la aplicación de leyes y políticas para criminalizar la práctica, la provisión de servicios de atención médica y apoyo a víctimas, y el fortalecimiento de la cooperación internacional. También hace hincapié en la importancia de hacer a los líderes religiosos y tradicionales partícipes de la lucha, y de

abordar las causas subyacentes de la mutilación como la discriminación y la desigualdad entre hombres y mujeres. En definitiva, llama a adoptar un enfoque integral y multisectorial, una acción a nivel nacional e internacional para promover la igualdad de género y la eliminación de la mutilación genital femenina. Ese mismo año, la Organización de Naciones Unidas creó el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, que se celebra el día 6 de febrero para cumplir con la promesa mundial de acabar con la mutilación genital femenina en 2030 (Naciones Unidas, s.f.).

En esta línea, la comunidad internacional, en 2015, establece los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los diecisiete objetivos que lo conforman son globales e interconectados, y hacen llamamiento a la acción para poder alcanzar un futuro mejor para todos. Estos deben estar cumplimentados para 2030. La principal novedad en comparación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio es que todos los países tienen la responsabilidad de implementar la agenda, tanto ante sus ciudadanos como ante la comunidad internacional. La lucha contra la mutilación genital femenina encuentra mención explícita en el ODS 5, que habla sobre la igualdad de género. En su meta 5.3. aboga por: *“eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina”*.

5.2. Por parte de los Estados

La normativa internacional ha tenido una clara incidencia en las legislaciones nacionales. La diversidad en las formulaciones legales adoptadas abarca desde la creación de leyes particulares para prohibir y sancionar la mutilación, hasta la modificación de la legislación existente, y también la utilización de leyes penales ya existentes para castigar a los responsables de realizar dicha práctica. Estas leyes abordan diversos aspectos relacionados con la práctica de la mutilación. Tratan la persecución de aquellos que la llevan a cabo, enfatizando en la medicalización y la revocación de licencias profesionales; la retirada de la custodia legal de los niños afectados; la imposición de penas de prisión que pueden llegar a los veinte años si la mutilación se realiza en menores de edad o si resulta en la muerte de la víctima; y a aplicabilidad extraterritorial, lo que quiere decir que se perseguirá y castigará a quienes cometan este delito fuera del país de origen (Medicmundi Andalucía, 2008).

Por un lado, tenemos la acción de los países con la prevalencia más alta de mutilación genital femenina. Desde 1965, veinticuatro de los veintinueve países con mayor

prevalencia han utilizado un enfoque basado en los derechos humanos en su legislación para prohibir la misma (Williams-Breault, 2018). En esta criminalización las penas pueden ir desde tres meses de prisión hasta cadena perpetua, además de multas pecuniarias (Williams-Breault, 2018).

Con la aprobación de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los pueblos (Carta de Banjul) y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos (Protocolo de Maputo), casi todos los Estados africanos han ido bien elaborando legislación propia contra la mutilación genital femenina, bien integrándola en el Código Penal.

Burkina Faso fue el primer Estado en crear, en 1996, una ley específica destinada a su prohibición. Ese mismo año, Egipto aprobó una orden ministerial con el mismo objetivo. Al igual que República Centroafricana que lo hacía a través de una ordenanza municipal equivalente a una ley nacional. En 1998, Costa de Marfil y Togo aprobaron una ley específica, mientras que Tanzania adhería un artículo específico en su Código Penal. En 1999, fue Senegal, quién incluyó un artículo en su Código Penal. En el año 2001, Kenia agregó un artículo específico en su Ley de protección infantil para prohibir explícitamente la mutilación genital femenina en niñas menores de edad. En el año 2002, Chad creó una ley específica contra la mutilación genital femenina, y, en el año 2003, Benin implementó una ley específica para prohibirla. Así, poco a poco, casi todos los Estados han ido pronunciándose al respecto. De los últimos Sudán, que en 2020 anunció su penalización con tres años de prisión y retiró las licencias para su práctica a todas las clínicas del país (UNICEF, 2020). No obstante, si tomamos en consideración el número de mujeres y niñas que siguen siendo víctimas de la práctica, se puede afirmar que esta legislación es papel mojado, y que la mutilación genital femenina se continúa practicando de forma clandestina.

Por otro lado, tenemos estados en los que tradicionalmente no se había practicado la mutilación genital femenina. Como ya se expuso en otro apartado, los flujos migratorios de las últimas décadas provocaron la exposición de estos estados a la práctica. En Europa, por ejemplo, los distintos estados han ido introduciendo la prohibición a través de disposiciones penales específicas o del Código Penal. En el Consejo de Europa, se han llevado a cabo diversas iniciativas jurídicas contra la mutilación genital. Al igual que en el ámbito de la Unión Europea. El Parlamento Europeo ha elaborado resoluciones para erradicarla, baste como muestra la Resolución del Parlamento Europeo de 14 de junio de

2012, en la que se expresa que la erradicación de la mutilación genital femenina es un objetivo alcanzable.

Centrándonos en el caso de España, la mutilación genital femenina ya podía encontrar prohibición en artículos incluidos en la Constitución o en el Código Penal. Sin embargo, no fue hasta 2003 cuando se hizo una reforma en el Código Penal y así tipificar la mutilación genital femenina como el delito que es. La mutilación genital femenina está tipificada en el Código Penal como delito agravado de lesiones. Esta reforma del Código Penal llegó con la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre que modificaba el art. 149. Su texto dice así:

“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 doce 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 doce 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 diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”

De esta forma se añadió de forma explícita a nuestro ordenamiento jurídico la mutilación genital como delito autónomo y específico (Escribano Gámir, 2017).

En 2005, tuvo lugar otra reforma de la mano de la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, esta modificaba de la Ley Orgánica del Poder Judicial. Su objetivo era perseguir extraterritorialmente la práctica. Así, añade el apartado g) al art. 23.4 que dice así: *“los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España”*. De modo que, los hechos no quedasen impunes cuando residentes en España viajasen a sus países de origen para llevar a cabo la mutilación. Estos principios se han seguido desarrollado en la legislación española y, además, se pueden observar desde la perspectiva jurisprudencial en sentencias del Tribunal Supremo y de la Audiencia Nacional, baste como muestra la STS 835/2012 de 31 de octubre. En él, a una niña nacida en Gambia le fue extirpado el clítoris de la menor motivados por sus creencias religiosas y culturales, entre el 20 de noviembre de 2009 y 25 de mayo de 2010. Todo esto ocurrió en territorio español, dado que ni ella ni sus progenitores habían viajado a territorio extranjero en esas fechas. El TS se pronuncia diciendo que la mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, y constituye una forma

de violencia de género, mencionando que debe considerarse un trato *“inhumano y degradante”*. Además, es contraria a los principios fundamentales del ordenamiento jurídico español y del derecho internacional. Mencionando que se trata de un delito penalizado en el Código Penal español y que consecuentemente cualquier persona que participe en la realización puede ser sancionada.

Se debe agregar que, además, existe un derecho fundamental que busca proteger a los ciudadanos de otros países de persecuciones en sus países de origen. Se trata del **derecho de asilo**. Esta es la herramienta de la que disponen las víctimas de mutilación genital femenina para huir de sus países por razones diversas. Por tanto, el asilo es la salvaguarda que un Estado proporciona a ciudadanos de otro que hayan sido reconocidos como refugiados, brindándoles una protección en forma de acogida para que puedan huir de sus países de origen y así evitar la persecución a la que estén sometidos. La Convención de la ONU sobre el Estatuto de los Refugiados, también conocido como la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951, define en su art. 1 (A) (2) el concepto de refugiado: será aquella persona que *“debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país”*. Atendiendo a esta definición, pueden considerarse un “determinado grupo social” las mujeres y niñas que estén en riesgo de sufrir la mutilación genital femenina (Amnistía Internacional, s.f.). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) se ha pronunciado al respecto en la *“Guía sobre las Solicitudes de Asilo Relativas a la Mutilación Genital Femenina”* (2009). No obstante, el hecho de que la definición de refugiado de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados no incluya una categoría de *“por razón de género”*, ha causado problemática en algunas ocasiones (García Ruiz, 2022).

Aun estando regulado en tratados internacionales, los propios Estados serán responsables de legislar para la concesión de asilo. En España, por ejemplo, es el art. 13.4 de la Constitución remite a la Ley determinará las condiciones en que los ciudadanos extranjeros puedan solicitar el derecho de asilo. La ley en cuestión, como en derecho internacional, lo liga a la condición de refugiado. Además, la jurisprudencia española ha matizado la concesión del derecho previsto en la ley, considerando que la presencia de indicios suficientes de peligro debe ser claramente demostrada y comprobada antes de otorgar el derecho de asilo a un solicitante (García Ruiz, 2022).

5.3. Logros de las medidas implementadas

Atendiendo a un estudio publicado por la revista médica PLOS MEDICINE, en 2022, la mutilación genital femenina se ha reducido en 26 de los 30 países en los que mayor prevalencia tiene la práctica. Sin embargo, los investigadores advierten que la falta de datos dificulta hacer un verdadero seguimiento de la situación (Nagovitch, 2022). Además, UNICEF asegura que la probabilidad de que, en la actualidad, una mujer o niñas sea sometida a la práctica ha sufrido una reducción de un tercio en relación con la cifra de hace 30 años (UNICEF, 2022).

Son numerosas las iniciativas a nivel global que están empujando la erradicación de la práctica, como por ejemplo el ya mencionado Programa Conjunto sobre Mutilación Genital Femenina lanzado en 2007 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF, que ha dado lugar a importantes logros. Las Naciones Unidas (s.f.) expresan que *“a través del programa conjunto más de 5,5 millones de niñas y mujeres recibieron servicios de prevención, protección o cuidados relacionados con la MGF. Además, en torno a 42,5 millones de personas se manifestaron públicamente para abandonar esta práctica perjudicial, y el número de comunidades que establecieron estructuras de vigilancia para rastrear a las niñas consiguieron proteger a 361.808 niñas”*.

No obstante, los casos de mutilación genital femenina son extremadamente altos, especialmente en algunos países, lo que pone de manifiesto todo lo que aún queda por recorrer.

6. MÁS ALLÁ DE LA CRIMINALIZACIÓN: ¿ES HORA DE REFORMULAR NUESTRA ESTRATEGIA DE ERRADICACIÓN?

La legislación con el objetivo de prohibir la mutilación genital femenina es un avance importante en la protección de los derechos fundamentales por parte de los gobiernos, ya que establece un marco legal sobre el que se puede trabajar. Sin embargo, a pesar de esto, el impacto real en la reducción del número de mujeres que han sufrido la práctica sigue siendo muy limitado. Una acción llevada a cabo únicamente a través de la legislación lleva a la clandestinidad de la práctica. Esto se debe a que la amenaza que supone la persecución penal, ha hecho que las familias africanas se alejen del sistema de salud, provocando daños a mujeres y niñas que evitan revisiones pediátricas y ginecológicas (La Barbera, 2019). La falta de supervisión médica por la clandestinidad, hace que el riesgo para la salud que provoquen los efectos secundarios ocasionados sean todavía más graves (La Barbera, 2019). Igualmente, hay que tener en cuenta los problemas adicionales

derivados de la detención y encarcelamiento de los padres de las niñas (La Barbera, 2019). A esto se le suma que en el África subsahariana las repercusiones sociales que supone el no sometimiento a la práctica son mucho más temidas que la amenaza de una sanción penal, por tratarse de normas consuetudinarias milenarias (La Barbera, 2019). Además, incluso la existencia de cláusulas legales, en países donde tradicionalmente no se practica la mutilación genital femenina, para perseguir esos hechos cuando se realizan fuera del territorio nacional, no alcanza a salvar las dificultades materiales de la investigación del hecho imprescindible para acreditar su comisión y determinar la responsabilidad correspondiente. En definitiva, a pesar de la existencia de una amplia gama de leyes sobre este tema en los países occidentales, la realidad es que las condenas por cometer este delito son casi inexistentes, lo puede reflejar la escasez de casos o la falta de efectividad de la ley penal en este ámbito.

Todo esto anterior demuestra que la ley que busca proteger a mujeres y niñas no es tan exitosa, y, por ello, son necesarias otras medidas que complementen esta legislación.

UNICEF habla de acciones con base en la comunidad. Aboga por programas de naturaleza participativa, que orientan a las comunidades para que por sí mismas definan los problemas y encuentren las soluciones, esto será lo que verdaderamente provoque ese cambio social (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005). Para lograr este cambio habrá que hacer especial hincapié en la educación y en la labor de concienciación. Las iniciativas educativas basadas en la comunidad son fundamentales y se han convertido en un componente clave de las campañas en todo el mundo (Williams-Breault, 2018). La acción del gobierno es necesaria para crear un entorno político y legal que disuada a las personas de practicar la mutilación genital femenina, pero en última instancia son las mujeres, sus familias y sus comunidades quienes deben ser convencidas de abandonar la práctica (Williams-Breault, 2018). De hecho, la mayor disminución de la práctica se ha visto en países como Kenia y Burkina Faso, donde no sólo ha habido una respuesta legal muy fuerte, sino también esfuerzos educativos basados en la comunidad (Williams-Breault, 2018).

Las estrategias por las que apuesta UNICEF son las siguientes. Por un lado, facilitar el diálogo y un debate no juzgado de antemano. Con esto se pretende crear espacios donde los individuos se sientan seguros de compartir sus opiniones y experiencias en comunidades donde es tabú hablar del tema, esta es la forma de poner las consecuencias de la mutilación genital femenina en el punto de mira. Aquí juegan un papel principal los

líderes de la comunidad, su implicación es clave para la eliminación de la mutilación genital femenina. Por otro lado, hablan de ritos de pasaje alternativos. Al estar la práctica, en muchos casos, asociada a ritos de iniciación que dan lugar a la vida adulta, se podrían buscar otros ritos que también produzcan esta transición, pero eliminando el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos. Sin embargo, UNICEF es consciente de que esta iniciativa puede ser cada vez más complicada, debido a que en muchas comunidades cada vez se somete a niñas con menor edad a la mutilación, lo que hace que pierda su concepción de ritual. Además, también se hace referencia a la búsqueda de oportunidades de trabajo alternativas para los que se encargan de llevar a cabo la mutilación. Esto podría llevarse a cabo mediante la combinación de educación sobre las consecuencias de la misma con la formación y préstamos para que puedan encontrar otra ocupación. Otra estrategia clave es la de trabajar con comunidades migrantes en los países industrializados.

Sin esta otra parte del plan, la legislación no podrá ser verdaderamente eficaz. Sin embargo, y aun estando estas iniciativas ya implantadas a través de proyectos de diversas organizaciones, estos no son suficientes puesto que la clandestinidad sigue a la orden del día. Entonces, ¿cuál es el mejor método para erradicar la mutilación genital femenina? Lo cierto es que, según dice la Organización Panamericana de la Salud (2013), la mayor parte de los programas que tienen como objetivo acabar con la práctica no se han sometido a un examen sistemático de alta calidad. Esto pone de manifiesto la gran necesidad de evaluaciones más rigurosas.

Desde aquí la propuesta que se plantea es la siguiente. Primero, la coordinación de acciones. Los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, trabajadores de la salud, comunidades afectadas y otros actores clave deben trabajar juntos para erradicar la práctica, ya que se trata de una cuestión complicada que abarca distintos factores culturales, sociales y de salud. Esto también puede contribuir en la optimización de recursos y en la evitación de duplicación de esfuerzos. Segundo, aunque la legislación no sea lo único imprescindible en este plan de acción, parece importante que las leyes que persigan su práctica sean leyes específicas. Esto quiere decir que se dé un tratamiento exclusivo a la mutilación genital femenina y se señala individualmente como delito. Esto es porque si la misma está tan arraigada y se concibe como positiva puede no entenderse como crimen y acto de tortura a no ser que se concrete como tal.

Estas estrategias de enfoque más social a la vez de una legislación nacional e internacional que proteja los derechos de las mujeres y niñas es lo que podrá crear un entorno que posibilite el cambio.

7. CONCLUSIONES

La mutilación genital femenina es un asunto delicado y complejo, que afecta a millones de mujeres y niñas en todo el mundo, principalmente en países de África y Oriente Medio. Supone una forma de violencia contra mujeres y niñas que viola muchos de sus derechos fundamentales, como el derecho a la salud, a la no discriminación, a la integridad física, y en algunos casos incluso el derecho a la vida. Las consecuencias de verse sometidas a la práctica son muy perjudiciales para las afectadas y van desde las físicas, a las psicológicas; pero además las que se niegan a ella también sufrirán consecuencias, en este caso de tipo social. Es por ello que el papel que ejerce la comunidad sobre los individuos es muy importante. El considerarse la mutilación como una obligación social, hace que el rechazo y expulsión de la comunidad de las que no quieran someterse a ella esté a la orden del día.

Los motivos por los que se lleva a cabo son socio-culturales, psicosexuales y reproductivos, higiénicos y estéticos, y religiosos. No obstante, ninguno de los designados como beneficios de someterse a la mutilación que defienden las comunidades en que se practican son correctos ni están justificados. De hecho, aun estando muy asociada al islam, lo cierto es que su existencia es mucho anterior a esta religión, y la mayoría de sus fieles no la practican, aunque los que sí utilicen el argumento religioso para justificarlo. Además, de que también está extendida en ciertas comunidades cristianas y judías. En Somalia, por ejemplo, la práctica está tan extendida que el 98% en mujeres de entre 15 y 49 años, siendo el país con mayor prevalencia de la misma, específicamente de la infibulación. En este estado se ve reflejado lo mencionado sobre la posible conexión de la mutilación con la religión. El 80% de las mujeres y niñas musulmanas son mutiladas frente al 18% de mujeres y niñas cristianas, por tanto, no es de extrañar que se llegue incluso a creer que es un requisito del islam. No obstante, los líderes religiosos tratan de hacer mucho hincapié en que realmente el islam condena la práctica.

Hoy en día la mutilación genital femenina es internacionalmente reconocida como una violación de los derechos humanos. No obstante, durante mucho tiempo, esta no fue considerada una “*preocupación de derechos humanos*”, al considerarse un asunto privado y cultural de cada Estado. No fue hasta los años 50 que la Organización de Naciones

Unidas comenzó a abordar la situación y así la sensibilización fue creciendo durante las décadas siguientes. Lo cual se reflejó en la aprobación de convenciones como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos celebrada en Viena (1993) que reclamaba la identificación de la violencia contra la mujer como vulneración de los derechos humanos. Otro texto internacional especialmente relevante es el Convención de la ONU de Derechos del Niño (1989), al verse las niñas sometidas a la mutilación genital femenina desde los pocos días de vida.

Este contexto ha permitido que los estados hayan puesto en marcha políticas y leyes para prohibir la práctica, y ha alcanzado el compromiso de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, que también se están pronunciando al respecto. No obstante, esta criminalización, en la práctica, no está consiguiendo la tan ansiada abolición, es más, está llevando a la misma a practicarse de forma clandestina. Su arraigada tradición cultural desde hace siglos dificulta su eliminación. Por eso, la estrategia de erradicación deberá incluir otras acciones con base en la comunidad como la educación, la creación de espacios seguros de debate, y la colaboración de líderes comunitarios y religiosos, es decir, es crucial implementar una estrategia integral.

Será esta combinación de esfuerzos internacionales, puesto que la lucha contra la mutilación es un desafío mundial, y los marcos legales establecidos en muchos estados lo que permita que cada vez un mayor número de mujeres y hombres en las comunidades practicantes apoyen la erradicación de la práctica de la mutilación genital femenina. Es cierto que la prevalencia de la misma, en determinados países, se ha reducido con respecto a años anteriores, sin embargo, todavía hay millones de mujeres y niñas que están en riesgo de sufrirla en los próximos años. Esto pone de referencia que el proceso de erradicación está siendo demasiado lento. Está claro que los logros de este tipo de avances se consiguen de forma gradual, no obstante, si no se registran aumentos significativos de las iniciativas a nivel global no se conseguirá el objetivo de erradicar la práctica para el año 2030.

8. BIBLIOGRAFÍA

a) LEGISLACIÓN

- Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) (2007) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Respuestas a la lista de cuestiones y preguntas relativas al examen del informe inicial y los informes periódicos segundo y tercero combinados*. Pakistán.
- Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (n.d.). Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Noveno período de sesiones (1990).
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. 26 de junio de 1987
- Convención de la ONU sobre el Estatuto de los Refugiados. 28 Julio 1951.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 3 de septiembre de 1981
- Convención sobre los Derechos del Niño. 2 de septiembre de 1990
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, 236, de 30 de septiembre de 2003.
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 163, de 9 de julio de 2005.
- Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Naciones Unidas. (2012). Resolución 67/146. *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina*.

Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 1-40. Recuperado de https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 3 de enero de 1976
Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. (2012). Sentencia nº 835/2012, de 31 de octubre de 2010.

b) DOCUMENTOS Y TEXTOS DE ORGANISMOS OFICIALES

ACNUR. (2009). *Guía sobre las Solicitudes de Asilo Relativas a la Mutilación Genital Femenina*, 1-17. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7139.pdf>

Amnistía Internacional. (s.f.). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*, 7-110. Editorial Amnistía Internacional (EDAI). Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/12056.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1990). *Recomendación General N° 14 sobre la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FGEC%2F3729&Lang=en

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1992). *Recomendación General N° 19 sobre la violencia contra la mujer*. Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FGEC%2F3731&Lang=en

Committee on the Rights of the Child. (2022). *Experts of the Committee on the Rights of the Child praise Somalia for its efforts to improve political governance, ask about the prevalence of female genital mutilation and corporal punishment*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/05/experts-committee-rights-child-praise-somalia-its-efforts-improve-political>

Fundación Recover. (2018). *Hablemos sobre la mutilación genital femenina, sus consecuencias y los derechos humanos*. Recuperado de

- <https://www.fundacionrecover.org/blog/wp-content/uploads/2018/06/Mutilaci%C3%B3n-genital-femenina.pdf>
- Ministerio de Igualdad. (2020). *LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA*, 1-136. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf
- Naciones Unidas. (s.f.). *Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina*. Recuperado de <https://www.un.org/es/observances/female-genital-mutilation-day>
- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*, 1-51. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442>
- Ontario Human Rights Commission. (2015). *Policy on Female Genital Mutilation (FGM)*. Recuperado de <https://www.ohrc.on.ca/en/policy-female-genital-mutilation-fgm/2-what-female-genital-mutilation-fgm#fn2>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mutilación genital femenina*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*, 1-12. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98838/WHO_RHR_12.41_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- UNFPA & UNICEF. (2007). *Joint Programme on Female Genital Mutilation*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/unfpa-unicef-joint-programme-female-genital-mutilation>
- UNFPA Somalia. (2021). *UNFPA Somalia congratulates Puntland for passing a bill that prohibits Female Genital Mutilation (FGM)*. Recuperado de https://somalia.unfpa.org/en/news/unfpa-somalia-congratulates-puntland-passing-bill-prohibits-female-genital-mutilation-fgm?_ga=2.170056608.1255444555.1679900267-885367878.1676227028
- UNFPA. (2019). *Somalia: 100 mothers pledge not to subject daughters to female genital mutilation*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/news/somalia-100-mothers-pledge-not-subject-daughters-female-genital-mutilation>

- UNICEF Innocenti Research Centre. (2005). *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*, 1-57. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Recuperado de <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-e.pdf>
- UNICEF. (2020). Sudan enters new era for girl rights with criminalization of FGM. UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/mena/press-releases/sudan-enters-new-era-girl-rights-criminalization-fgm>
- UNICEF. (2022). *Mutilación genital femenina*. UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/proteccion/mutilacion-genital-femenina>
- United Nations Population Fund FGM Dashboard (UNPF). (s.f.). *Women and girls, aged 15–49 who have undergone some form of FGM*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/data/dashboard/fgm>
- United Nations. (2022). *Daughters of Somalia, a continuous pledge to end female genital mutilation*. Recuperado de <https://news.un.org/en/story/2022/02/1111242>
- United States Agency of International Development (USAID). (2004). *Bureau for Global health report, Strategy for ending female genital cutting*, 1-29. Recuperado de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdacd588.pdf
- US Department of State. (2001). *Sudan: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Recuperado de <https://www.refworld.org/docid/46d5787dc.html>
- World Bank Group. (2004). *Female Genital Mutilation/Cutting in Somalia*, 1-135. Recuperado de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/613101468167062648/pdf/360330SO0Female0mutilation0FGM01PUBLIC1.pdf>
- World Health Organization. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation: Policy brief*, 1-47. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf

c) OBRAS DOCTRINALES/ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- Adam Muñoz, M.D. (2003). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado*, 1-175. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

- Cardona Llorens J. (2012). La Convención sobre los Derechos del Niño: significado, alcance y nuevos retos. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 47–68. Recuperado de <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153681/140721>
- Dirie, W. (2002). Amanecer en el desierto. *MAEVA*.
- Ekenze, S. O., Ezegwui, H. U. & Adiri, C. O. (2007). Genital lesions complicating female genital cutting in infancy: a hospital-based study in south-east Nigeria. *Annals of Tropical Paediatrics*, 27 (4), 285-290.
- Escribano Gámir, M., C. (2017). *Estudio sobre mujeres y feminismo*. [Universidad de Castilla-La Mancha], 63-87. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28738/05%20ESTUDIO%20SOBRE%20MUJERES%20Y%20FEMINISMO-WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- F. Kafatos. (2018). Changing culture to end FGM. *Lancet*. 401. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30151-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30151-X/fulltext)
- García Ruiz, Y. (2022). Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género. *Fundación Alternativas*, 1-50 Recuperado de <https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/xmlimport-IXkVH8.pdf>
- Johansen, E.B. (2002). Pain as a counterpoint to culture: Toward an analysis of pain associated with infibulations among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (3). 312-340.
- Johnsdotter Carlbom, S., & Essén, B. (2004). *Sexual Health among Young Somali Women in Sweden: Living with Conflicting Culturally Determined Sexual Ideologies*. Recuperado de <https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/6214828/624311.pdf>
- Kaplan Marcusana, A., Torán Monserratb, P., Bedoya Murielc, M.E., et al. (2006). *Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria*, 122-126. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7679852/pdf/main.pdf>
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., et al. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-26>

- Kenyatta, J. (1938). *Facing Mount Kenya: The Tribal Life of the Kikuyu*, Secker and Warburg.
- Khayatzadeh-Mahani, A., Pourjafar, H., Kazemi Karyani, A., Mokhtari, A. M., & Naghavi, M. (2021). Global, regional, and national prevalence, incidence, and mortality of female genital mutilation/cutting, 2016 to 2020. *PLOS Medicine*, Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004061>
- Landinfo (2008). Report: *Female genital mutilation in Sudan and Somalia*, 1-17
Recuperado de <https://www.refworld.org/pdfid/498085871c.pdf>
- Medicumsmundi Andalucía. (2008). *Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud*, 1-80. Recuperado de https://www.medicumsmundi.es/storage/resources/publications/5836e4fbc9df3_mgf-libro-1-definitivo.pdf
- Obermeyer CM (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence, 443-461. *Culture, Health and Sexuality*.
- Peterman, A. y Johnson, K. (2009). Incontinence and trauma: Sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science & Medicine*, 68 (5), 971–79. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608006552>
- Williams-Breault, B. D. (2018). Eradicating Female Genital Mutilation/Cutting: Human Rights-Based Approaches of Legislation, Education, and Community Empowerment. *Health and Human Rights Journal*. Recuperado de https://www.hhrjournal.org/2018/08/eradicating-female-genital-mutilation-cutting-human-rights-based-approaches-of-legislation-education-and-community-empowerment/#_edn24

d) RECURSOS DE INTERNET

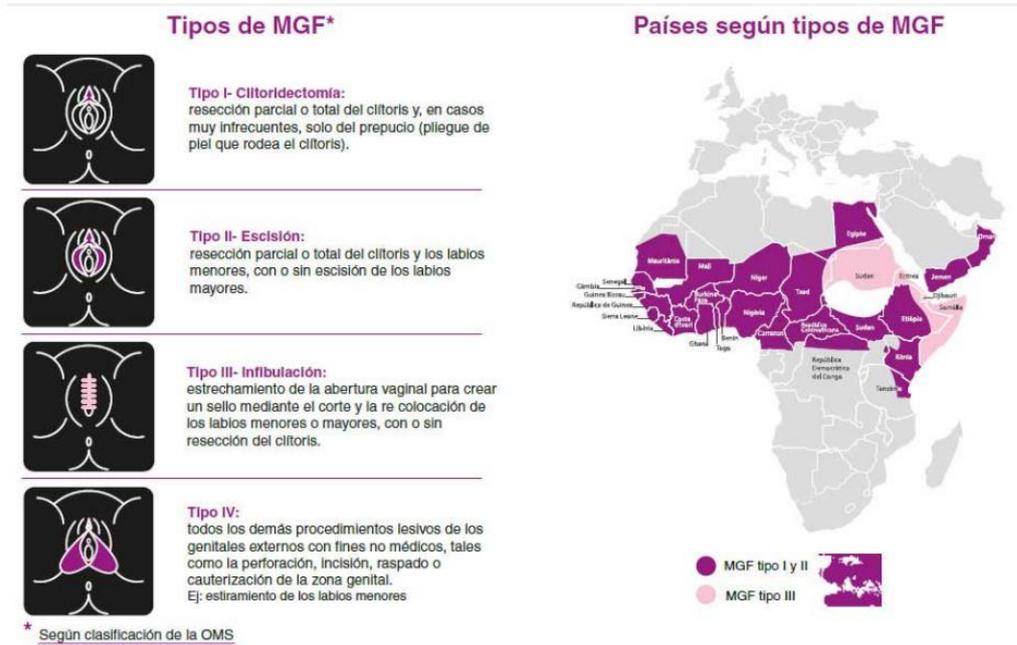
- De Arriba González, Y. (2010). *Mutilación genital femenina: Una forma de violencia contra la mujer*. [Universidad de Salamanca], 1-142. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/80244/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_ArribaGonzalez_Y.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garrido Ruiz, A. (2019). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Tratamiento jurídico internacional*. Trabajo de Fin de Grado. [Universidad de Jaen]. Recuperado de <https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/11277/1/TFG.pdf>

- Karhu, R. K. (2010). *Female genital mutilation- effects on women and young girls* (Bachelor's thesis, Diaconia University of Applied Sciences). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/38021037.pdf>
- La Barbera, M. C. (2019). Las mutilaciones genitales femeninas: de la criminalización a la victimización. *The Conversation*. Recuperado de <https://digital.csic.es/bitstream/10261/258428/1/Las%20mutilaciones%20genitales%20femeninas.pdf>
- Lucas, B. (s.f). *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina*, 1-13. Recuperado de https://www.uv.es/CEFD/17/blucas_antropo.pdf
- Nagovitch, P. (2022, 1 de septiembre). La ablación femenina cae en 26 de los 30 países donde se practica, según un estudio. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2022-09-01/la-ablacion-femenina-cae-en-26-de-los-30-paises-donde-se-practica-segun-un-estudio.html>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2021). *La mutilación genital femenina puede detenerse, según la Alta Comisionada* [Nota de prensa]. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/stories/2021/07/female-genital-mutilation-can-be-stopped-says-hc>
- Plataforma de Infancia. (2020). Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina. Recuperado de <https://www.plataformadeinfancia.org/dia-internacional-tolerancia-cero-con-la-mutilacion-genital-femenina/>

9. ANEXOS

ANEXO I

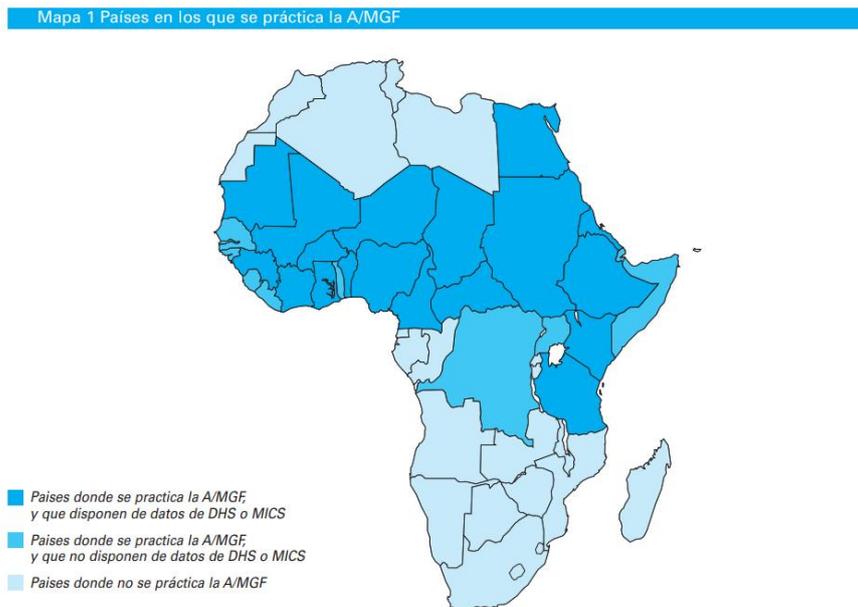
Tipos de mutilación genital femenina practicados en países de África



Fuente: Plataforma de la Infancia, 2020

ANEXO II

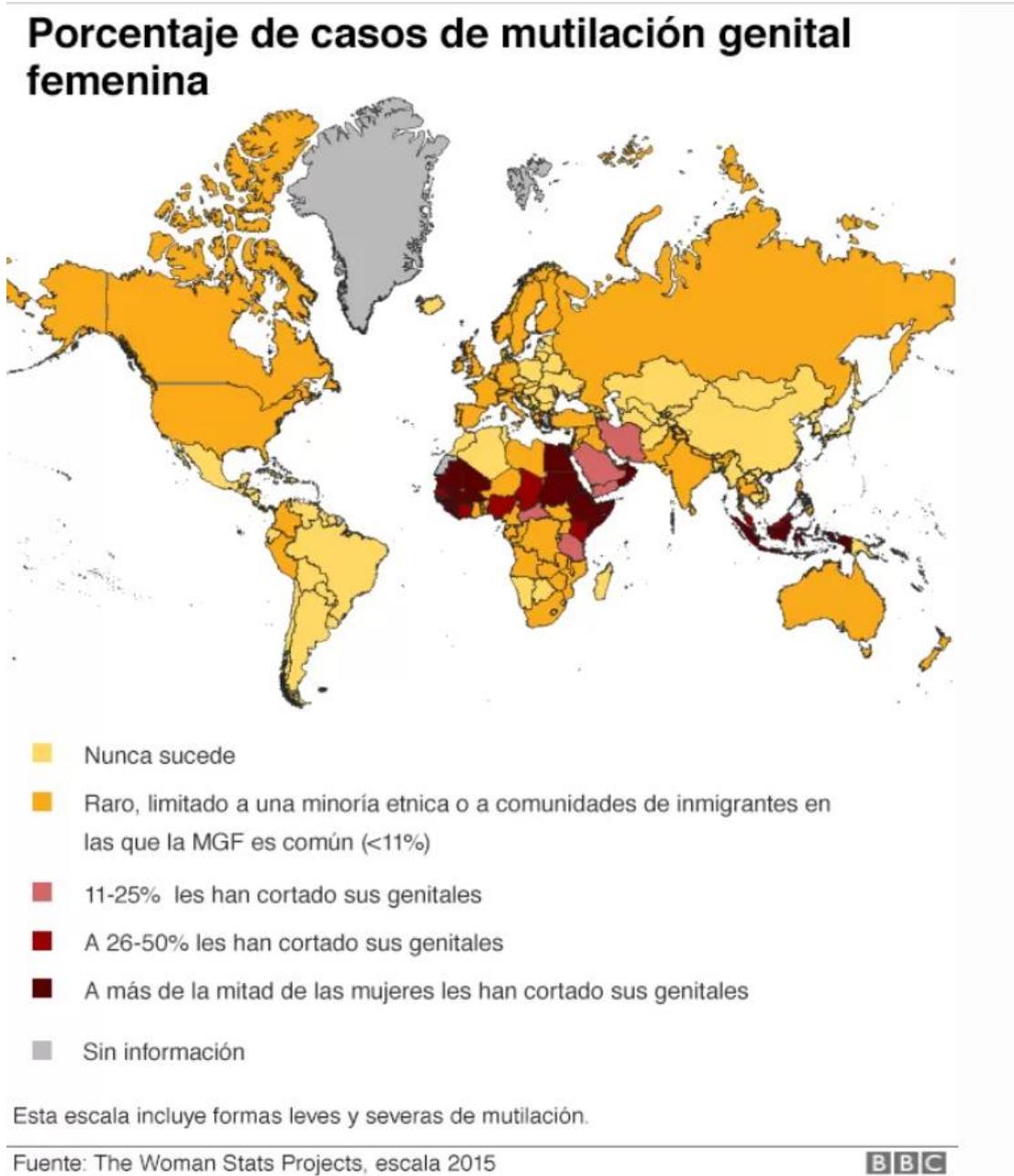
Mapa países africanos en los que se práctica la A/MGF



Fuente: UNICEF Innocenti Research Centre, 2005

ANEXO III

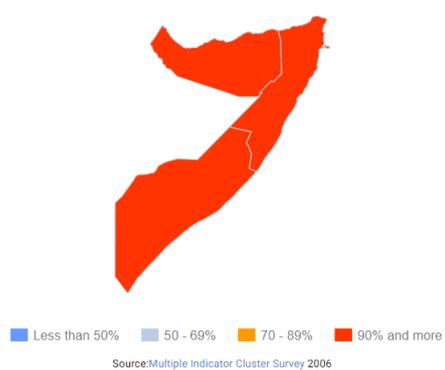
Mapa mundial de países en los que se practica



ANEXO IV

Prevalencia de la mutilación genital femenina en Somalia

In Somalia, 98 per cent of women and girls, aged 15-49, have undergone some form of FGM



Key Indicators	Data sources
Population size, female, age 15-49 (in thousands), 2017	GLOBAL Revision of the World Population Prospects 2017
Prevalence of FGM among women and girls, 15-49 (%)	MICS 2006
Prevalence of FGM among girls, 15-19 (%)	MICS 2006
FGM prevalence rate in most affected ethnic group in the country (%)	-
Existence of policies and laws banning FGM	Global FGM programme data 2014