

Capítulo II.

Introducción a la MGF

Sumario:

1. Definiciones, terminología y tipos de MGF (Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane, Fundación Wassu-UAB)
2. Historicidad de la MGF y de las agendas anti-MGF (Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
3. Perspectivas antropológicas (Francesco Pompeo, Universidad de Roma3)
4. Consecuencias de la MGF (Els Leye, VUB)
5. Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos (Laura Nuño Gómez y Magaly Thill, URJC)

Recuadros:

- Tabla 1. Tipos de MGF según la clasificación de la OMS
- Tabla 2. Riesgos asociados a la MGF
- Tabla 3. Principales instrumentos internacionales y regionales para eliminar la MGF
- Tabla 4. Derechos humanos protegidos por tratados internacionales y vulnerados por la MGF

Referencias bibliográficas

1. DEFINICIONES, TERMINOLOGÍA Y TIPOS DE MGF

Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane (*Fundación Wassu-UAB*)

La Mutilación Genital Femenina (MGF), también denominada “ablación”, es una práctica tradicional con fuertes raíces ancestrales que se ve respaldada por una complejidad de significados simbólicos y culturales. Se practica principalmente en 30 países de África subsahariana, Oriente Medio (Kurdistán iraquí y Yemen) y Asia (Indonesia) (UNICEF 2016). Hoy en día, lo local se convierte en global y las personas se desplazan con su bagaje cultural. De este modo, la práctica se ha extendido por todo el mundo (Europa, Estados Unidos de América, Canadá y Australia, entre otros) a través de los movimientos migratorios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2016) define la MGF como “todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. UNICEF estima que alrededor de 200 millones de mujeres han sufrido esta práctica y que más de 63 millones de niñas habrán sido sometidas a ella para el 2050 (UNICEF 2016). La MGF se reconoce a nivel internacional como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, constituyendo una forma de discriminación extrema contra las mujeres, aunque suele ser por amor a sus hijas y preocupación por su futuro, que las madres siguen perpetuando una práctica que proporciona identidad étnica y de género a las niñas (Kaplan, Hechavarría y Puppo 2015).

La MGF es un tema extremadamente complejo, delicado y politizado, difícil de entender a través de definiciones normativas, clasificaciones y delimitaciones geográficas (como trataremos de explorar en esta guía). Generalmente, los medios de comunicación difunden noticias sensacionalistas sobre la MGF, lo que ha contribuido a propagar la idea de que es una práctica horrible realizada por gente “primitiva”. Ha existido, y existe aún, un amplio debate acerca de cómo nombrar esta práctica –a nivel internacional, dentro de la academia y en las comunidades que la practican–. Tal y como señala Sara Johnsdotter, las opiniones dentro del mundo académico y el activismo están divididas (Johnsdotter 2012).

La MGF ha sido denominada “circuncisión femenina”, o simplemente “circuncisión”. Este término alude a una práctica cultural realizada a personas de ambos sexos, a un rito de paso a la edad adulta cuyo significado no comporta violencia ni agresión alguna. Las posiciones relativistas defienden el uso de dicho vocablo y es a menudo empleado por las propias comunidades que practican la MGF. El término “circuncisión” ha sido no obstante criticado porque equipara la circuncisión femenina y la masculina, cuando la realidad es que, al privar a las mujeres de un órgano, la versión femenina constituye un procedimiento mucho más invasivo que la masculina y conlleva consecuencias más graves para la salud.

Numerosas comunidades musulmanas, como las de Sudán o Etiopía, se refieren a la MGF como *Sunna* (palabra árabe que significa “tradición” o “recomendación”) o utilizan el término acuñado en las lenguas locales. Los mandingas, un grupo étnico que vive en Gambia y Senegal, utilizan *ñyaka* y, en Somalia, el término empleado es *gudniin gadbahaada*. En el marco de las intervenciones preventivas destinadas a fomentar el abandono de la práctica por las comunidades, el uso de los términos locales, que tienen una carga más simbólica y menos emocional, resulta menos estigmatizante, además de ser interpretado como una muestra de respeto hacia sus culturas.

En los años setenta, el término “mutilación genital femenina” (MGF) fue introducido, principalmente por activistas feministas, con el propósito de poner énfasis en el aspecto de violación de los derechos de las mujeres y las

niñas¹. A principios de los noventa, el Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales que afectan la salud de las mujeres y del niño (CIA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzaron a emplear este término, lo que anunció la entrada de la MGF en las agendas de derechos humanos y violencia de género. Desde la última Declaración Interagencial sobre MGF de Naciones Unidas (OMS 2008), el término de mutilación genital femenina (MGF) es considerado como el más indicado para defender la erradicación de la práctica a nivel internacional. No obstante, a la hora de establecer un diálogo con los grupos que practican la MGF, se recomienda emplear expresiones neutras como “corte” o “mujer cortada”, que son percibidas como más respetuosas (Kaplan, 2003).

También se ha aludido a la MGF como una práctica tradicional dañina que afecta la salud de las mujeres y las niñas, un concepto que remite a otras tradiciones lesivas, como el matrimonio precoz, el planchado de senos, el vendaje de pies o los llamados crímenes de “honor”. En otro orden, el término “modificaciones genitales femeninas” se ha presentado como una alternativa al “uso ambiguo del término ‘mutilación’, que puede percibirse como estigmatizante, y cuyo empleo puede resultar contraproducente a la hora de establecer relaciones de atención efectivas” (Fusaschi 2014, 95).

En la versión inglesa original de la presente guía, se ha optado por utilizar la terminología bastante extendida de “Female Genital Mutilation/Cutting (MGF/C)”². Este término pretende abarcar todas las formas de MGF haciendo hincapié en la necesidad de promover su abandono desde un abordaje respetuoso orientado a cambiar los comportamientos. La terminología utilizada varía de un idioma a otro, de modo que para cada versión de la guía, se ha buscado el término más adecuado.³

La MGF se practica mayoritariamente en niñas desde los cero hasta los quince años, casi siempre antes de la primera menstruación. Puede ser ocasionalmente realizada en mujeres adultas y/o casadas.

La OMS estableció cuatro tipos de MGF en 1995. Esta clasificación fue actualizada en 2007 y nuevamente revisada en 2016, siendo la última versión la que se reproduce en la tabla abajo (Tabla 1). Es importante señalar que a menudo no resulta fácil clasificar unos procedimientos llevados a cabo por mujeres de edad avanzada, probablemente con mala vista (lo que favorece que el corte no sea preciso), que hacen uso de cuchillas o navajas, todo ello fuera del ámbito médico-sanitario (aunque la medicalización de la MGF es un fenómeno en aumento). Las estimaciones actuales indican que alrededor del 90% de las MGF son de tipo I o II, o bien casos en que se ha realizado una incisión en los genitales de las niñas sin extracción de

¹ Para mayor información sobre la historia del término, véase el Capítulo II.2: Historicidad de la MGF y agendas anti-MGF.

² Cuya traducción literal al castellano es “Mutilación Genital Femenina/Corte” (Nota de la traductora).

³ En castellano, se ha traducido por Mutilación Genital Femenina. Se utilizarán las siglas MGF a lo largo de toda la guía (Nota de la traductora).

carne (tipo IV). El 10% restante son del tipo III. Esta clasificación es exclusivamente biomédica y no toma en cuenta un enfoque de salud global del tema.

Tabla 1. Tipos de MGF según la clasificación de la OMS (2016)

<p>Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris). En la cultura islámica, este tipo de MGF es conocido como <i>Sunna</i> (“tradición”), y se le compara con la circuncisión masculina.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo Ia: Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión). – Tipo Ib: Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía).
<p>Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores (los pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (los pliegues externos de la vulva). También se conoce como “escisión”.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo IIa: Resección de los labios menores solamente. – Tipo IIb: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores. – Tipo IIc: Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.
<p>Tipo III: Estrechamiento del orificio vaginal cortando y juntando los labios menores y/o los labios mayores para crear un tipo de sello, con o sin escisión del clítoris. En la mayoría de los casos, los bordes cortados de los labios son cosidos entre sí, lo que se denomina “infibulación”, de la palabra latina <i>infibulare</i> (“sujetar con un broche”). Esta forma de MGF es conocida a veces como “faraónica”.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo IIIa: Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris. – Tipo IIIb: Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.
<p>Tipo IV: Todos los demás procedimientos dañinos para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo: punciones, perforaciones, incisiones, raspado y cauterización. Algunos ejemplos concretos serían los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – punciones, perforaciones o incisiones del clítoris y/o de los labios; – estiramiento del clítoris y/o de los labios; – cauterización mediante abrasión del clítoris y del tejido circundante; – raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes tipo <i>angurya</i>) o cortes de la vagina (cortes tipo <i>gishiri</i>); – introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar una hemorragia, para tensar o estrecharla; y – cualquier otra práctica (que no sea del tipo I, II o III) que pueda ser incluida en la definición de MGF anteriormente mencionada.

La “desinfibulación” hace referencia a la práctica de abrir el orificio vaginal cerrado de una mujer que ha sido infibulada. A menudo es necesario realizar la desinfibulación antes de las primeras relaciones sexuales, para facilitar el parto o simplemente para mejorar la salud y el bienestar de la mujer. La “reinfibulación” consiste en coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de que

haya sido desinfibulada (por ejemplo, después del parto), con el fin de volver a estrecharlo. También se conoce como re-sutura.

No se ha incluido en esta tipología la Cirugía Plástica Genital (CPG), un fenómeno que ha aumentado de forma inquietante en los últimos años, principalmente en Europa y Estados Unidos. La Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Estética (ASAPS) ha registrado unas 400 jóvenes menores de 18 años que se sometieron a una labioplastia en 2015, lo que representa un aumento del 80% con respecto a las 222 menores intervenidas en 2014. Por su parte, un informe británico de 2013 desveló que el número de labioplastias realizadas por el Servicio Nacional de Salud se había quintuplicado en una década.⁴ Estas operaciones se llevaron a cabo principalmente por razones estéticas y no-médicas. A parte de la clasificación de la OMS, que es la que se emplea a escala global, se han propuesto otras tipologías relativas a la MGF (Fusaschi 2003; 2011, 157; 2013).

2. HISTORICIDAD DE LA MGF Y DE LAS AGENDAS ANTI-MGF

Ricardo Falcão (*ISCTE-IUL*)

La primera referencia explícita a la circuncisión femenina la realizó Strabo, un geógrafo e historiador griego, hacia el primer siglo a.C., cuando relató el celo con el que se practicaba en Egipto. Existen pruebas de que ha sido una práctica común en esta región incluso con anterioridad a ese período. Según Sara Johnsdotter, fue en los siglos quince y dieciséis cuando empezaron a aparecer descripciones más detalladas de esta práctica redactadas por europeos que viajaban a África. En el siglo dieciocho y diecinueve, surgieron diferentes interpretaciones sobre las razones por las cuales la MGF se llevaba a cabo –debates morales mezclados con consideraciones de tipo higiénico y estético–, pero la verdad es que sus orígenes siguen siendo un misterio (Johnsdotter 2012).

La clitoridectomía y la infibulación también han sido practicadas a lo largo de la Historia. Están documentadas como prácticas médicas desde el siglo II hasta el siglo XVIII, periodo en el que las descripciones ya contenían una información más detallada, concretamente sobre cómo este procedimiento era considerado como terapéutico en el control de la sexualidad y de una gran variedad de enfermedades en Europa y América del Norte. En estos lugares se ha constatado que se practicaban como remedio contra la masturbación, el adulterio o el lesbianismo, algo que subraya las percepciones altamente moralizantes del cuerpo en los siglos dieciocho y diecinueve (Johnsdotter 2012).

⁴ Rabin, Roni Caryn. 2016. “Mayor número de chicas se someten a Cirugía Plástica Genital”. *New York Times*, 25 abril. Última consulta, 21 de octubre de 2016. Consultable en http://well.blogs.nytimes.com/2016/04/25/increase-in-teenage-genital-surgery-prompts-guidelines-for-doctors/?_r=0.

Durante el primer cuarto del siglo XX, se empezó a denunciar enérgicamente la circuncisión femenina, tanto por razones políticas como médicas. Las primeras prohibiciones de la práctica que han sido documentadas se produjeron en aquella época, en países como Kenia, Egipto y Sudán, y fueron promovidas tanto por actores y poderes coloniales como por actores locales, aunque las motivaciones de unos y otros diferían.

Por ejemplo, durante los años veinte en Kenia, los argumentos médicos fueron empleados por misioneros y misioneras protestantes para denunciar la práctica que se realizaba en las regiones más remotas, a raíz de las relaciones existentes entre las costumbres sobre el aborto, la baja tasa de fertilidad y el rito de iniciación a través del cual las niñas se convertían en mujeres mediante la escisión. “Misioneros protestantes consiguieron involucrar parcialmente en su campaña a grupos feministas y humanitarios establecidos en Londres. Mujeres parlamentarias y organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres sostuvieron ante la Cámara de los Comunes que la clitoridectomía debería prohibirse debido al daño que suponía para las niñas y las madres durante el parto” (Thomas 1998, 130).

Si los argumentos médicos parecían cobrar respaldo, el poder colonial, según Lynn Thomas, estaba más preocupado por el problema poblacional que suponían los abortos practicados a las mujeres y niñas que no habían sido sometidas a la ablación, lo que representaba “una amenaza para los modelos económicos basados en el uso intensivo de mano de obra” (Thomas 1998, 129). Las demandas, formuladas por misioneras y mujeres parlamentarias, para que se prohibiera la circuncisión femenina en todas las colonias se encontraron de frente con la reticencia de los administradores coloniales a formalizar la penalización de la práctica, bajo el argumento de que constituía una interferencia en las iniciaciones femeninas, en lugar de optar por una estrategia “educativa” y de propaganda.

El ejemplo descrito ilustra cómo la prohibición de la MGF ha estado siempre atrapada en debates sobre administración, poder y legitimidad cultural. Pero también se han documentado esfuerzos locales por erradicar la práctica, entre los cuales cabe destacar el caso de la Sociedad Médica Egipcia que exigió una prohibición de la MGF en los años veinte (Boddy 2007) o del gobierno local de Sudán que proscribió la práctica en 1946 (aunque ésta ha perdurado hasta el día de hoy). Todo ello evidencia que la historicidad de las agendas sobre MGF está atravesada por las tensiones entre quienes la practican y quienes abogan en su contra.

El resultado de estas agendas es el producto de décadas de diseño de políticas y programas de sensibilización promovidos por una infinidad de actores, tanto individuales como institucionales. A lo largo del siglo veinte, el debate pasó de ser un asunto de salud a una cuestión de derechos (humanos) individuales. La historia de las agendas contra la MGF viene marcada por los cambios que la práctica, su significado y su valor han experimentado a lo largo del tiempo, desde

el punto de vista individual y por parte de las comunidades; pero está también especialmente influenciado por la evolución de los marcos de interpretación a través de los cuales ha sido analizada y percibida y de los instrumentos legales disponibles para combatirla.

En el ámbito de las Naciones Unidas, la cuestión de la MGF se puso sobre la mesa por primera vez en 1952, por la Comisión de Derechos Humanos. En 1958, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas instó a la Organización Mundial de la Salud a que estudiara “las operaciones basadas en [estas] costumbres”, pero ésta adoptó la posición de que las operaciones en cuestión tenían ‘fundamentos sociales y culturales’, y se situaban por tanto fuera de su competencia” (Hosken 1976). Según Hosken, esta negativa de la OMS está al origen de la falta de información que seguía rodeando la práctica a finales de la década de los setenta. Instituciones como la OMS o UNICEF creían que el problema tenía que ser resuelto por los líderes políticos de los países africanos (Hosken 1978), poniendo el acento en la legitimidad cultural; lo que nos recuerda cómo, desde sus inicios, el marco del derecho internacional de los derechos humanos se fundamentó en una mirada androcéntrica del mundo que no empezaría a ser cuestionada hasta los años setenta.

La labor de las feministas de esta época permitió que saliera a la luz la primera legislación internacional específicamente dedicada a las cuestiones de género, lo que fue considerado “un paso crucial hacia el reconocimiento internacional de los abusos de los derechos humanos dentro del ámbito privado” (Baer 2007, 98). A pesar de esta evolución y de los instrumentos jurídicos que proporcionaron lo que podría llamarse una “carta de derechos de las mujeres”, los primeros documentos políticos relevantes fracasaron en visibilizar la naturaleza problemática de la MGF (Berkovitch 1999). Tan solo uno de esos textos hizo referencia específica a la misma: la *Recomendación General No. 14* del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (Nuño y Thill; véase Capítulo II.5. Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos).

Fue también durante esos años cuando aparecieron las primeras señales de que una agenda global sobre los derechos de las mujeres se hacía realidad. En este marco, la MGF fue denunciada, por un lado, por profesionales de la medicina y defensoras y defensores de los derechos de las mujeres autóctonas, pero también por feministas occidentales que internacionalizaron el debate. Entre el primer grupo, cabe mencionar: el doctor egipcio Youssef El Masry, con su revolucionario estudio, *The Sexual Tragedy of Arab Women in the Orient* (1962); la denuncia pormenorizada de las consecuencias médicas, sexuales y sociales de la MGF en las mujeres, realizada por la doctora feminista egipcia Nawal El Saadawi (1969), también crítica con la circuncisión masculina, que fue despedida del Ministerio de Sanidad de Egipto en represalia por sus textos sobre la sexualidad de las mujeres; el estudio sistemático de la práctica de la MGF

en Sudán por la doctora Asma El Dareer (*Woman, Why Do You Weep?* 1982); el alegato de la senegalesa Awa Thiam contra la poligamia, la clitoridectomía y la infibulación (*Speak Out, Black Sister* 1978); la labor de investigación sostenida por Nahid Toubia; así como otros testimonios de denuncia de la MGF, como los de Evelyne Accad (1975) u Olayinka Koso-Thomas de Sierra Leona.

Las primeras feministas occidentales que denunciaron la MGF en sus escritos fueron la escritora francesa Benoîte Groult (*Ainsi soit-elle*, 1975) y la profesora Mary Daly (*Gyn/ecology: The Metaethics of Radical Feminism*, 1978). Pero la publicación que mayores repercusiones obtuvo fue el famoso *Hosken Report* de la periodista americana Fran P. Hosken (1979), la primera en proporcionar datos globales sobre MGF desde una doble perspectiva médica y de derechos humanos y en poner énfasis en el uso de la terminología “mutilación”. Más tarde, las escritoras afroamericanas Alice Walker y Pratibha Parmar tomaron el relevo de esta labor de denuncia internacional (*Warrior Marks: Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women* 1993).

Aunque el término “mutilación” fue también utilizado por autoras locales como Awa Thiam y Nahid Toubia y adoptado por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) en 1990, su uso provocó la indignación de numerosas mujeres africanas, quienes vieron en esta denominación “una imposición desde fuera de normas culturales que celebran los derechos del individuo desligado de la unidad étnica o familiar” (Berkovitch 1999, 490). La polémica dio origen a un acalorado debate entre teóricas y activistas feministas con diferentes marcos ontológicos y epistemológicos. Al margen de la disputa terminológica, las mujeres africanas también se movilizaron para la erradicación de las “prácticas tradicionales dañinas” (incluida la MGF), como demuestra la constitución del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) en el año 1984.

Entre los años ochenta y noventa, la MGF dejó de ser un problema estrictamente médico para convertirse en una cuestión de derechos humanos, y a partir de los años noventa, una forma de violencia contra las mujeres. La emergencia del marco género-específico de lucha contra la violencia que sufren las mujeres y el reconocimiento de la MGF como una práctica lesiva que se da en el ámbito privado suponen un paso importante para la transversalización de las agendas. El desarrollo de estos instrumentos ha permitido, por otra parte, que las instituciones internacionales destinasen financiación para la eliminación de la MGF, la producción de conocimiento y el lanzamiento de campañas de sensibilización. En los últimos veinte años, hemos asistido a la multiplicación y consolidación de instrumentos internacionales para abordar la MGF.

A pesar de la proliferación de textos vinculantes, de los avances legales registrados en los ámbitos nacionales y del desarrollo de capacidades de las organizaciones internacionales, la preocupación acerca del significado de un gobierno global humanitario (Fassin 2009) y las reflexiones sobre los límites del

enfoque de derechos humanos para abordar la MGF (porque hace hincapié en el nexo víctima-salvador y en una noción demasiado esencialista de la cultura) alertan sobre los riesgos que puede entrañar la condena de la MGF a través de la lógica de la alteridad cultural. A medida que la MGF gana terreno en Europa, se hacen más visibles los nuevos retos que presentan los derechos humanos de las comunidades migrantes, conflictos de derechos y agendas no exentas de contradicciones. Esto es consecuencia también de la historicidad específica de la institucionalización de la lucha contra la MGF, de sus marcos de interpretación, promotores y alcance más o menos reducido.

3. PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS

Francesco Pompeo (*Universidad de Roma3*)

Desde su institucionalización a finales del siglo diecinueve, la antropología promueve el conocimiento científico sobre la alteridad, asumiendo la crucial importancia epistemológica de la diversidad sociocultural en la experiencia humana. La historia de la disciplina, con casi un siglo de investigación, da acceso a un amplio abanico de trabajos de campo sobre la MGF: la investigación etnográfica, llevada a cabo en múltiples contextos sociales, geográficos e históricos, ha resaltado la complejidad de estas prácticas. El resultado es una gran variedad de situaciones, de acuerdo con la edad, el impacto en los genitales, los actores involucrados y los rituales sociales, y que dependen de los distintos contextos culturales: una panorámica general de las modalidades y significados que adquieren importancia en relación con cada régimen social específico de sexo/género. Tan solo la aceptación total de una perspectiva antropológica que desarrolle el conocimiento de estos mundos desde dentro y desde la base, y analice los constructos del poder simbólico –pensamiento de las órdenes– y las relaciones de género, puede ayudar a abordar un verdadero discurso no etnocéntrico sobre la MGF, y compartir por último el debate con los actores involucrados. Desde un punto de vista antropológico adecuado, cada práctica –ritualista o no– es incomprensible solo en relación con su propio contexto cultural y social. Literalmente, su significado es *relativo* a un conjunto específico de “valores”.

Partiendo de una experiencia más profunda de la diversidad cultural, y del rechazo de la visión evolutiva que caracterizaba el pensamiento occidental dominante, este enfoque fue definido en el período posterior a la guerra de los años 50 como “relativismo cultural” o, más bien, como una postura basada en el supuesto general de que no había culturas mejores o peores *per se*. Al mismo tiempo, se señaló el peligro de un relativismo extremista, absoluto y amoral, en el que la diversidad cultural existe como una especie de esfera incuestionable de respeto o legitimidad. Hoy en día, en muchos manuales antropológicos,

se invoca el tema de la MGF para resaltar los límites del relativismo extremo. Además, el relativismo cultural fue definido como un enfoque metodológico: primero como una actitud crítica hacia los propios valores culturales, y luego como un patrón de investigación basado en “una suspensión temporal del juicio” con el fin de separar la observación y el conocimiento de cualquier juicio moral derivado de una visión particular. En el proceso etnográfico, esta retención de juicio es la premisa indispensable para descubrir el significado de otros mientras se tiene en cuenta el punto de vista de la persona investigadora. En general, tan solo un relativismo cultural metodológico nos permite recuperar información y ser conscientes del hecho de que la corporalidad está cultural y socialmente determinada por –y se corresponde con– los modelos, o anti-modelos, que las sociedades incorporan y sobre los que tiene un efecto, más allá de los individuos en una sociedad capitalista avanzada.

El debate antropológico que ha tenido lugar en las últimas décadas ha desarrollado un fuerte enfoque crítico y reflexivo (Pompeo 2013), atravesando el postmodernismo y la antropología feminista con el fin de deconstruir el punto de vista universalista de occidente y descolonizar algunos elementos de su propio dispositivo de conocimiento, comenzando por la autoridad etnográfica masculina, para proponer luego una concepción de cultura como un proceso, y vencer así cualquier idea estereotipada de tradición (Tamale 2008).

Esta perspectiva revela distintas formas de dominación, tales como presunciones universalistas ideológicas. Exige implicarse en vencer la clásica oposición “nosotros y nosotras / ellos y ellas” (colonizadores o colonizadoras y colonizados o colonizadas); denunciar lo género-neutral como negación de los roles de las mujeres y de la complejidad de las dinámicas de poder en las relaciones; abandonar cualquier modelo positivista de falsa objetividad y confirmar la necesidad de reconocer las diferencias y subjetividades de una manera no sexista. Así, un enfoque crítico que asuma también una perspectiva dinámica promueve una nueva conciencia histórica mediante un acercamiento diacrónico a las representaciones de la alteridad y una revisión genealógica de las principales categorías. Por ejemplo, el término “mutilación genital femenina” fue acreditado solo por la OMS en 1995, en lugar de “circuncisión femenina”, como resultado de la política emprendida y coordinada por Naciones Unidas desde los años 50. A mitad de los años 90, muchas organizaciones decidieron adoptar términos más neutrales, tales como “corte genital femenino”, ya que consideraban que el término MGF era sentencioso y peyorativo. Sin embargo, el lenguaje empleado para designar estas prácticas permanece en la controversia y requiere de una cuidadosa consideración ética con respecto a la subjetividad de las mujeres.

En este sentido, en la perspectiva antropológica, es absolutamente necesario mantener una fuerte atención crítica al lenguaje y categorías utilizadas para describir la MGF, con el fin de evitar atribuciones injustificadas y caer en generalidades comunes. En un sentido más general, en la discusión de este tema,

debemos tomar cualquier actitud estereotipada como consecuencia de los juicios simplistas eurocéntricos, especialmente referida en una supuesta superioridad moral. Cierta retórica pública acerca de la MGF, centrada solo en la denuncia y la indignación moral, puede contribuir a reproducir el patrón colonial de civilizar a “los bárbaros” y devolvernos a la vieja idea de erradicar lo “primitivo” luchando contra tradiciones oscurantistas y supersticiones peligrosas. Muchos estudios etnográficos han mostrado que el uso del término “mutilación” con mujeres con MGF ocasiona muchos problemas, ya que se percibe como humillante y despectivo. Muy a menudo, el cambio irreversible no es percibido como una mutilación por parte de los actores sociales (Fusaschi; véase Capítulo III.2. Genitales y construcción del cuerpo de la mujer). Tratándose de un problema crucial, la siguiente pregunta es: ¿Cómo podemos contribuir mejor a debilitar esta(s) práctica(s)? ¿Con los actores implicados o contra ellos? Es necesario cambiar la perspectiva de una manera antropológica con el fin de establecer las condiciones para el diálogo con las mujeres afectadas capaces de reconocer sus subjetividades. En lugar de usar el término “mutilación”, sería mejor emplear “modificación”, para construir con las protagonistas sociales un espacio “neutro”, relativamente libre de prejuicios, en el que puedan darse un diálogo y una mediación multiculturales. Es más, ampliar la mirada desde abajo y guardando distancia (hablamos *de* personas, y *con* personas) nos permite entender cómo el cuerpo está socialmente construido en contextos locales, y cómo, a través de él, los significados atribuidos a las relaciones de género vienen dados y son negociados.

En los últimos años, la antropología ha desarrollado una reflexión crítica sobre las acciones y razones humanitarias, con el objetivo de analizar lo local y lo global. Comenzar por la representación del “otro” como una “víctima tras la pantalla”, hace posible mostrar cómo las organizaciones construyen una representación imprecisa de la “humanidad africana” formada por mujeres y niños (Fusaschi, 2010). Desde el punto de vista de estas ONG u organizaciones internacionales, inspiradas por una ideología moral y pedagógica, la supervivencia de mujeres y niños depende de sus acciones de desarrollo. Los debates en torno a África propuestos en los medios de comunicación europeos están directamente conectados con políticas internas ante la alteridad –llamada migración– y algunos temas políticamente candentes, como la familia, el rol de las mujeres, la adopción y la orientación sexual, los derechos civiles, el matrimonio forzado, etc. (Fassin 2010). En este sentido, el estado presenta a menudo la migración como un problema, la persona migrante se convierte en moralmente sospechosa, se le exige una “hipercorrección social” (Sayad 1999). El cuerpo migrante de la mujer soporta “orígenes” sospechosos y a lo largo de su vida será forzada a afrontar su estatus de víctima. Un cuerpo de migrante puede encontrar una posición de legitimidad en la sociedad receptora, pero solo mediante la implementación de un recurso bio-político que es el “nuevo cuerpo”: un cuerpo obligado a ser reajustado, regulado de nuevo y adaptado de manera apropiada a “nuestra” vida corriente.

4. CONSECUENCIAS DE LA MGF

Els Leye (VUB)

La MGF puede tener un grave impacto en la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas. En la literatura existente, las consecuencias en la salud más comunes se describen y están clasificadas en función de dos criterios: según el momento en que aparecen, es decir a corto plazo (en el momento del corte o inmediatamente después) o a largo plazo; y por la naturaleza de las consecuencias (por ejemplo: obstétricas, psicológicas, sexuales o sociales); o incluso sobre la base de ambos criterios. Aunque se conoce que la MGF es un procedimiento que causa sufrimiento físico y psicológico, supone todavía un reto recopilar y suministrar información rigurosa y cuantificada acerca de las muertes que provoca y de sus consecuencias en la salud (OMS 2016, 1-7).

Las posibles consecuencias de la MGF varían según el tipo de procedimiento en el que se incurra, las condiciones generales de la niña o de la mujer en el momento de la intervención, las circunstancias en las que se realice (por ejemplo, en una remota área rural alejada de cualquier centro de salud), los instrumentos empleados (por ejemplo, un cuchillo tradicional), y la persona que efectúe la MGF (por ejemplo, una *circuncidadora* tradicional, normalmente sin habilidades quirúrgicas y sin experiencia médica).

A pesar de los muchos retos que plantea la obtención de datos sobre el alcance y la naturaleza exactos de las consecuencias de la MGF en la salud y el bienestar de mujeres y niñas, las *Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre las complicaciones sanitarias provocadas por las mutilaciones genitales femeninas* (OMS 2016) han sido elaboradas a partir del estudio detallado de las pruebas científicas disponibles. La Tabla 2, que constituye una adaptación de los datos contenidos en las mencionadas directrices, ofrece un resumen de los riesgos en la salud tanto inmediatos como a largo plazo que tiene la MGF, sus complicaciones obstétricas y sus consecuencias en la salud psicosexual de mujeres y niñas. Todos los términos médicos utilizados están explicados en la columna de la derecha⁵.

⁵ MedicineNet, Inc. 2016. Consultable en <http://www.medicinenet.com> (Última consulta, 22 de octubre de 2016)

Tabla 2. Riesgos asociados a la MGF

Complicaciones inmediatas (Berg et al. 2014a; Iavazzo et al. 2013, 1137-49)	
Hemorragia.	<i>Hemorragia: sangrado (grave).</i>
Dolor.	
Shock.	<i>Una condición crítica provocada por caída repentina del fluido de la sangre en el cuerpo. El shock puede producirse por una pérdida repentina de sangre debido al corte del clítoris y/o del tejido genital (shock hemorrágico), debido a una lesión de los órganos (shock séptico), o por daños en el sistema nervioso (shock neurogénico).</i>
Puede haber inflamación del tejido genital debido a una infección local o una reacción inflamatoria.	
Puede haber infecciones en el tracto urinario, el tracto genital y/o el tracto reproductivo. Pueden ser agudas o locales, causar sepsis o septicemia, y derivar en la formación de abscesos.	<i>Una infección en el tracto urinario afecta una parte o la totalidad del tracto urinario, que consta de órganos que producen, almacenan y segregan la orina. Estos órganos incluyen la vejiga, los riñones, la uretra y los uréteres. El tracto genital femenino consta de los genitales femeninos internos y externos. Los genitales externos constan de la vulva, el clítoris y la uretra femenina. El tracto reproductivo (o genitales internos) de una mujer consta de los ovarios, el útero, las trompas de Falopio, la vagina, el cuello del útero y la vulva.</i>
Pueden surgir problemas de micción, como dolor al pasar la orina por los bordes de la herida, lo que puede provocar la retención aguda de orina. También pueden surgir problemas debidos al daño en el tracto urinario producido tras el corte.	
Problemas de cicatrización.	
Puede provocarse la muerte debido a sangrados graves o a una septicemia.	<i>Sepsis, contaminación de la sangre, septicemia: la presencia de bacterias, otros organismos infecciosos, o toxinas creadas por organismos infecciosos en el flujo sanguíneo que se extiende por todo el cuerpo. Puede darse una condición tal que ponga en riesgo la vida y requiera de cuidados urgentes e integrales.</i>

Complicaciones a largo plazo (Berg et al. 2014a; Iavazzo et al. 2013, 1137-49)	
Daño del tejido genital, con consiguientes dolores crónicos en la vulva y el clítoris.	
Secreción vaginal debido a infecciones crónicas del tracto genital.	
Picores vaginales.	
Problemas menstruales, tales como dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad en el paso de la sangre menstrual.	<i>Dismenorrea: menstruaciones dolorosas.</i>
Infecciones del tracto reproductivo, que puede provocar dolor pélvico crónico.	
Infecciones genitales crónicas, incluido un aumento del riesgo de vaginosis bacterial.	<i>Vaginosis bacterial: condición caracterizada por un flujo vaginal anormal debido a un aumento de la bacteria normal de la vagina.</i>
Infecciones muy recurrentes del tracto urinario.	
Micción dolorosa debido a la obstrucción y repetidas infecciones del tracto urinario.	

Complicaciones obstétricas (Grupo de Estudio de la OMS, 2006: 1835-41; Berg et al., 2014b)	Consecuencias relacionadas con el embarazo, el parto y el período de posparto
Cesárea.	<i>Uso de cirugía para permitir el parto. Las cesáreas son cirugía mayor y conllevan riesgos.</i>
Hemorragia posparto (pérdida de sangre de 500 ml o más).	<i>El posparto es el período inmediatamente después del alumbramiento.</i>
Episiotomía.	<i>Un proceso quirúrgico destinado a ensanchar la salida del canal de nacimiento, facilitar el parto del bebé y evitar un desgarro abrupto del área situada entre el ano y la vulva.</i>
Partos prolongados.	
Desgarros obstétricos / laceración.	<i>Desgarro perineal: laceración del perineo o área entre el ano y la vulva (apertura labial hasta la vagina). El desgarro perineal se da principalmente en mujeres como resultado de un parto vaginal, que presiona el perineo.</i>
Parto instrumentalizado.	
Partos difíciles / distocia.	<i>Distocia: cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil.</i>
Largas estancias hospitalarias por maternidad.	
Parto de feto muerto o muerte neonatal temprana.	<i>Neonatal: atañe al período de recién nacido, concretamente las primeras cuatro semanas tras el nacimiento.</i>
Reanimación infantil en el parto.	

Complicaciones sexuales (Berg et al. 2014a; Berg et al. 2010, 1-79)	
Dispareunia, que es más frecuente con el tipo III de MGF.	<i>Dispareunia: dolor durante las relaciones sexuales.</i>
Disminución de la satisfacción sexual.	
Disminución del deseo y la excitación sexuales.	
Disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales.	
Frecuencia de orgasmos reducida o anorgasmia.	<i>Anorgasmia: incapacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante las relaciones sexuales.</i>

Complicaciones psicológicas (Vloeberghs et al. 2012, 677-95)
Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
Trastornos de ansiedad.
Depresión.

Aunque la prevalencia de daños inmediatos en los casos de MGF de tipo I y II es probablemente menor que en los casos de tipo III, este tipo de complicaciones suelen estar infraestimadas debido a que no se registran adecuadamente (Berg et al. 2014a).

Además de las consecuencias sanitarias reseñadas por la OMS en la tabla anterior, existe una serie de actividades cotidianas que podrían verse entorpecidas debido a las distorsiones anatómicas causadas por la MGF, especialmente en los casos de tipo III, como los exámenes ginecológicos, pruebas de citología, legrados, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y uso de tampones (OMS 2016).

5. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Laura Nuño Gómez y Magaly Thill (*URJC*)

La comunidad internacional no siempre ha considerado la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos. Inicialmente abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) como un problema de salud materno-infantil,

esta práctica tradicional solo hizo su aparición en la agenda de los derechos humanos en los años noventa, dentro del lento proceso de incorporación del enfoque de género en el derecho internacional y definición de la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos (Rahman y Toubia 2001).

A raíz de la revisión crítica de los marcos epistemológicos, culturales y jurídicos patriarcales, la teoría feminista desafió la naturaleza androcéntrica de las leyes. Paulatinamente, los derechos de las mujeres fueron incorporados al ámbito de los derechos humanos y asumidos por la gobernanza de las Naciones Unidas, gracias principalmente al activismo del movimiento feminista transnacional (Bunch 1990; Walby 2011).⁶ Como resultado de esta intensa labor teórico-reivindicativa, la comunidad internacional reconoció formalmente que “los derechos de las mujeres son derechos humanos” en la *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos* de Viena en 1993 (Peters et al. 1995).

Paralelamente, la violencia contra las mujeres pasó a formar parte de la agenda global, al reconocerse que constituye una forma de discriminación por razón de género, mediante la *Recomendación general No. 19, sobre violencia contra las mujeres* (1992) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Esta recomendación subsanó la omisión cometida por la comunidad internacional al no mencionar fenómenos tan graves y tan extendidos como la violencia doméstica, la violación, el abuso sexual, el matrimonio forzado, la MGF o los llamados crímenes “de honor”, en la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres* (1979). Los Estados parte de la CEDAW adquirieron así en 1992 la obligación de prevención, persecución y protección frente a la violencia contra las mujeres (Nuño Gómez 2013).

Un año después, la Asamblea General adoptó la pionera *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (1993), en la que se acuñó la definición internacional de violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Artículo 1). Cabe señalar que esta declaración insta a los estados a “condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla” (Artículo 4).

El reconocimiento de la MGF como forma de violencia contra las mujeres y las niñas se produjo en este contexto. Por un lado, la *Recomendación General n.º 14, sobre Circuncisión Femenina* (1990) abanderó los esfuerzos del Comité CEDAW para exigir “medidas apropiadas y efectivas con vistas a erradicar la

⁶ En este proceso, las conferencias de Naciones Unidas sobre las mujeres –celebradas en México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995)– jugaron un papel crucial.

práctica de la circuncisión femenina”. Dos años más tarde, el mismo órgano incluyó la práctica en su mencionada *Recomendación General n° 19 sobre violencia contra las mujeres*, aunque la calificó tan solo como “violación del derecho a los servicios de salud”. El tercer hito no tardó en llegar: en la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, la Asamblea General de Naciones Unidas incorporó la MGF y otras prácticas tradicionales dañinas (PTD) entre las formas de violencia contra las mujeres que se producen en el seno de la familia (Artículo 2).

A raíz de la definición de la MGF como violencia de género, la comunidad internacional emprendió una intensiva labor de erradicación de la práctica, combinando programas educativos y preventivos con la adopción de instrumentos de carácter político y programático (véase Tabla 3). El ámbito regional, cabe señalar dos instrumentos jurídicamente vinculantes, que se han convertido en referentes para la armonización de los marcos legales nacionales sobre MGF: el *Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África*, también llamado Protocolo de Maputo (2003), y el *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica* o Convenio de Estambul (2011).

Tabla 3: Principales instrumentos internacionales y regionales sobre la MGF

Institución	Documento	Año	Art.
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	<i>Programa de Acción y Acciones clave para la mayor implementación del Programa de Acción</i>	1994	4.22, 7.5, 7.6, 7.35, 7.40, acción clave 52
IV Conferencia Internacional de la Mujer (Conferencia de Beijing)	<i>Declaración final y Plataforma de acción</i>	1995	N/A
UNICEF, OMS y FNUAP	<i>Mutilación Genital Femenina: Declaración conjunta</i>	1997	Todo
Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer	<i>Resolución sobre la Erradicación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1)</i>	2007	Todo
OACDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNIFEM, UNECE, UNESCO, FNUAP, ACNUR, UNICEF	<i>Erradicación de la Mutilación Genital Femenina: Una declaración interagencial</i>	2008	Todo

Asamblea General de las Naciones Unidas	<i>Resolución A/RES/53/117 sobre Prácticas tradicionales y consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres</i>	2001	Todo
	<i>Resolución A/RES/67/146: Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina</i>	2012	Todo
	<i>Resolución A/RES/70/1: Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible</i>	2015	Objetivo 5.3
Organización para la Unidad Africana (ahora, Unión Africana)	<i>Protocolo a la Carta africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta Banjul) relativo a los derechos de las mujeres (Protocolo de Maputo)</i>	2003	Art. 5
Consejo de Europa	<i>Resolución 1247 (2001) sobre Mutilación Genital Femenina</i>	2001	Todo
	<i>Resolución 1662 (2009) sobre la Acción para combatir violaciones a los derechos humanos por motivos de género, incluido el secuestro de mujeres y niñas</i>	2009	Art. 1, 4, 5, 7.2, 7.4
	<i>Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres la violencia doméstica (Convenio de Estambul)</i>	2011	Art. 38
Parlamento Europeo	<i>Resolución de 20 de septiembre de 2001 sobre la Mutilación Genital Femenina (2001/2035(INI))</i>	2001	Todo
	<i>Resolución sobre la Lucha contra la MGF en la UE (2008/2071(INI))</i>	2008	Todo
	<i>Resolución de 14 de junio de 2012 sobre la Erradicación de la Mutilación Genital Femenina (2012/2684(RSP))</i>	2012	Todo
Unión Europea (Comisión Europea y/o Consejo Europeo)	<i>Directrices de la UE para la Promoción y protección de los derechos del menor</i>	2007	Mencionada
	<i>Directrices de la UE sobre la violencia contra las mujeres y niñas y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas</i>	2008	Mencionada
	<i>Estrategia para la Igualdad entre hombres y mujeres 2010-2015</i>	2010	Acción clave 4.1

Unión Europea (Comisión Europea y/o Consejo Europeo)	<i>Comunicación: Agenda de la Unión Europea en pro de los derechos del niño (COM(2011) 60 final)</i>	2011	Sin mención específica de la MGF
	<i>Declaración conjunta del Vicepresidente de la Comisión Europea y el Alto Representante sobre el Día internacional contra la Mutilación Genital Femenina (MEMO/11/73)</i>	2011	Todo
	<i>Directiva 2012/29/EU que establece unos estándares mínimos relativos a los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de crímenes</i>	2012	Art. 17
	<i>Comunicación: Hacia la eliminación de la Mutilación Genital Femenina (COM(2013)833 final)</i>	2013	Todo
	<i>Compromiso estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres 2016-2019</i>	2015	3.4
	<i>Documento de reflexión: 9º Foro europeo sobre los derechos de los niños: La coordinación y la cooperación en los sistemas integrados de protección infantil</i>	2015	Diez principios aplicables a la MGF

Debido a que la MGF suele acarrear graves consecuencias en la salud física, psíquica y sexual de las mujeres y las niñas que han sido sometidas a ella, representa una violación del derecho a la salud, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva, y del derecho al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. La MGF también vulnera o anula derechos humanos fundamentales como el derecho a la integridad física y el derecho a la vida (cuando el desenlace final es el fallecimiento de la niña); el derecho a la seguridad de la persona y a una vida libre de violencia; el derecho a la no discriminación, a la igualdad de género y a igual protección ante la ley (en los casos que la MGF es legal, tolerada o considerada una circunstancia atenuante).

Algunos/as juristas han planteado que el hecho de que las personas que realizan la MGF, así como los padres y madres de las niñas, no actúen, por lo general, con la intención de causarles dolor o sufrimiento, impide que se pueda establecer con seguridad que la MGF vulnera el derecho a estar libre de tortura (Rahman y Toubia 2001). En contra de este criterio, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (OCDH) admite que la MGF puede constituir una forma de tortura y/o trato cruel, inhumano o degradante (OMS 2008).

Tabla 4. Derechos humanos protegidos por tratados internacionales y vulnerados por la práctica de la MGF

<p>Derecho a la salud Artículo 3 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 6 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>.</p>
<p>Dignidad humana Artículo 22 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>.</p>
<p>Derecho a estar libre de todas las formas de discriminación (por razón de sexo) Artículo 2 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 2 del <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>; Artículos 2 y 26 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; todos los artículos de la <i>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres</i>.</p>
<p>Igualdad entre hombres y mujeres Artículo 3 del <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>; Artículo 3 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; todos los artículos de la <i>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres</i>.</p>
<p>Derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr Artículo 25 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 12 del <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>; Artículo 12 de la <i>Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer</i>.</p>
<p>Derechos del niño/a Artículos 2, 3, 6, 19, 24 y 37 de la <i>Convención sobre los Derechos del Niño</i>.</p>
<p>Derecho a estar libre de tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes Artículo 5 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 7 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; todos los artículos de la <i>Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes</i>.</p>

Fuente: Instituto Europeo de la Igualdad de Género. 2013 *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*⁷. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Dado que, en la gran mayoría de los casos, la MGF se practica en menores de edad, vulnera los derechos de las niñas al desarrollo, protección y participación (Miller et al. 2005), y quebranta varios artículos de la *Convención sobre los Derechos del Niño* (1989), incluyendo la obligación de los estados de “adoptar todas las medidas [...] apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, [...] mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los progenitores, de un

⁷ La traducción al castellano del título de esta publicación es: *La Mutilación Genital Femenina en la Unión Europea y Croacia* (Nota de la traductora).

representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Artículo 19). Someter a una niña a la MGF contradice el principio del interés superior del menor, el cual debe prevalecer en todas las actuaciones que conciernen a niños y niñas (Artículo 3).

Aunque los padres y madres pueden creer que los beneficios de la MGF para las niñas (posibilidad de casarse, honor de la familia, etc.) compensan el riesgo de secuelas físicas o psicológicas, dicha percepción no justifica en ningún caso la práctica de una operación irreversible, potencialmente mortal, que constituye una violación de los derechos fundamentales de las niñas (OMS 2008). Las niñas suelen ser sometidas a la MGF mediante la coerción o el abuso de superioridad o autoridad. Pero incluso cuando una niña accede a someterse a la MGF, su pretensión de acatar la decisión de su familia y de ser aceptada en su comunidad no debe confundirse con la expresión de una voluntad libre e informada. Debe interpretarse, por el contrario, como el resultado de la presión familiar y de las expectativas sociales que recaen sobre mujeres y niñas (OMS 2008).

La MGF puede afectar de forma permanente la capacidad de una mujer a disfrutar de su sexualidad. A menudo se justifica con la excusa de proteger a las niñas de excesivas emociones sexuales y de ayudarlas a conservar la castidad (Miller et al. 2005). El efecto de preservación de la virginidad y fidelidad femeninas, respectivamente antes y después del matrimonio, que se atribuye a la MGF, refuerza el control patriarcal sobre la sexualidad de las mujeres y perpetua la desigualdad en los roles, normas y estereotipos de género. Así mismo, debido a que puede mermar o anular el placer sexual y la libido en las mujeres, la MGF ha sido relacionada con la violación marital y la poligamia (Rahman y Toubia 2001).

Otra idea subyacente a la práctica, es que los genitales femeninos son impuros, sucios o feos si no están cortados. En función de esta percepción del cuerpo de las mujeres como defectuoso, se defiende que su apariencia fisiológica debe ser modificada para adecuarse a unos criterios claramente opuestos a los objetivos de salud, bienestar e igualdad entre mujeres y hombres. En este sentido, la MGF puede ser comparada con normas patriarcales presentes en otras culturas (por ejemplo, la ya desaparecida práctica de los pies vendados en China o la promoción de la anorexia a través de la moda y la publicidad en Occidente). La prevención de la MGF puede contribuir, por tanto, al empoderamiento de las mujeres y a la eliminación de las desigualdades de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baer, Madeline, y Alison Brysk. 2009. “New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues.” En *The International Struggle for New Human Rights*, editado por Clifford Bob. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Banda, Fareda. 2005. *Women, Law and Women's Rights: An African Perspective*. Oxford: Hart Publishing.

- Berg, Rigmor C., Eva Denison, y Atle Fretheim. 2016. ““Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies.”” En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: World Health Organization. Originalmente publicado en *Kunnskapssenteret* 13 (2010).
- Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, y Gunn E. Vist. 2016. “Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis.” En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Ginebra: World Health Organization. Originalmente publicado en *British Medical Journal Open* 4:11 (2014). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi 10.1136/bmjopen-2014-006316.
- Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, y Gunn E. Vist. 2016. “An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.” En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: World Health Organization. Originalmente publicado en *Obstetrics and Gynecology International* (2014). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi:10.1155/2014/542859.
- Berkovitch, Nitza, y Karen Bradley. 1999. “The Globalization of Women’s Status: Consensus/Dissensus in the World Polity.” *Sociological Perspectives* 42(3):481-98.
- Boddy, Janice. 1998. “Violence Embodied? Female Circumcision, Gender Politics, and Cultural Aesthetics.” En *Rethinking Violence Against Women*, por Rebecca Emerson Dobash y Russell P. Dobash, 77-110. Thousand Oaks: California Sage.
- Boyle, Elizabeth Heger. 2002. “Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community.” *The Journal of Modern African Studies* 43(3):497-99.
- Bunch, Charlotte. 1990. “Women’s Rights as Human Rights: Toward a Revision of Human Rights.” *Human Rights Quarterly* 12(4):486-98.
- Comité CEDAW. 1992. *Recomendación General Nº19: La violencia contra la mujer*. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Engle Merry, Sally. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Instituto Europeo para la Igualdad de Género(IEIG). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Fassin, Didier. 2010. *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent*. París: Éditions du Seuil.
- Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.
- Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un’antropologia delle modificazioni genitali femminili*. Turín: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2010. “Victimes à tout jamais: les enfants et les femmes d’Afrique. Humanitarisme spectacle et rhétoriques de la pitié.” *Cahiers d’études africaines* L, (198/200):1033-53.
- Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Turín: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.
- Fusaschi, Michela. 2014. “Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques.” *Synergies Italie* 10:95-107.
- Fusaschi, Michela. 2015. “Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.” *Cahiers d’études africaines* LV (217):11-28.
- Hosken, Fran P. 1976. “Genital Mutilation of Women in Africa.” *Munger Africana Library Notes* No. 36. Pasadena: California Institute of Technology.

- Iavazzo, Christos, Thalia A. Sardi, y Ionnis D. Gkegkes. 2016. "Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2013). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.
- Johnsdotter, Sara, y Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.
- Johnsdotter, Sara. 2012. "Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A poor reflection as in a mirror." *History and Anthropology* 23(1):91-114.
- Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, y Noria Liset Puppo. 2015. *Manual para la Atención y la Prevención de la Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud en Gambia* (2ª edición). España: UAB, Bellaterra.
- Kaplan, Adriana. 2003. "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas." *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.
- Miller, Michael, Francesca Moneti, y Camilla Landini. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Florencia: UNICEF.
- Nuño Gómez, Laura. 2013. "Violencia y deshumanización de las mujeres: la gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos." En *Violencia de Género e igualdad, una cuestión de derechos humanos*, editado por Ángela Figueruelo Burrieza et al. Granada: Comares.
- Peters, Julie, y Andrea Wolper. 1995. *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*. Psychology Press.
- Pompeo, Francesco. 2013. *Elementi di antropologia critica*. Roma: Meti Edizioni.
- Rahman, Anika, y Nahid Toubia. 2001. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.
- Sayad, Abdelmalek. 1999. *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. París: Seuil.
- Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention." *American Anthropologist* 110(2):225-36.
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et GAMS Belgique. 2011. *Mutilations Génitales Féminines: guide à l'usage des professions concernées*. Bruselas.
- Tamale, Sylvia. 2008. "The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights." *Feminist Legal Studies* 16:47.
- Thomas, Lynn M. 1998. "Imperial Concerns and 'Women's Affairs': State Efforts to Regulate Clitoridectomy and Eradicate Abortion in Meru, Kenya, c. 1910-1950." *The Journal of African History* 39(1):121-45.
- UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nueva York: UNICEF.
- Vloeberghs, Erick, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer, y Maria van den Muijsenbergh. 2016. "Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Ethnicity and Health* 17:6 (2012). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi: 10.1080/13557858.2013.771148.
- Walby, Sylvia. 2011. *The Future of Feminism*. Cambridge: Polity Books.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 1-7. Ginebra: World Health Organization. Último acceso el 21 de octubre de 2016. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). n.d. "Female genital mutilation: Fact sheet." Última modificación el 26 de febrero de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.

Grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la mutilización genital femenina y resultados obstétricos. 2016. "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Lancet* 367:9525 (2006). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3.