



Asamblea General

Distr. general
30 de julio de 2020
Español
Original: inglés

Septuagésimo quinto período de sesiones

Tema 27 del programa provisional*

Adelanto de las mujeres

Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina

Informe del Secretario General

Resumen

De conformidad con la resolución [73/149](#) de la Asamblea General, relativa a la intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina, en el presente informe se proporciona información, que hace referencia a las pruebas y datos más recientes, sobre las causas fundamentales de la práctica de la mutilación genital femenina, su prevalencia en todo el mundo y sus efectos en las mujeres y las niñas. También se ofrece un análisis de los progresos realizados hasta la fecha por los Estados Miembros, las entidades de las Naciones Unidas y otros interesados pertinentes para poner fin a la práctica, e información sobre los retos, las necesidades de las mujeres y las niñas, y los esfuerzos realizados para prever los efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la eliminación de la mutilación genital femenina y hacerles frente. En el informe se extraen conclusiones y se proponen recomendaciones para la adopción de medidas.

* [A/75/150](#).



I. Introducción

1. En su resolución 73/149, la Asamblea General reconoció que la mutilación genital femenina constituía un acto de violencia contra las mujeres y las niñas y que un número cada vez mayor de mujeres y niñas de todo el mundo corría el riesgo de ser objeto de esa práctica. La Asamblea reafirmó que la práctica no aportaba beneficios documentados para la salud, sino que podía ocasionar resultados adversos para la salud física, mental, sexual y reproductiva, e incluso consecuencias fatales.

2. La Asamblea reconoció que la sensibilización era fundamental para hacer frente a los estereotipos nocivos y las normas, percepciones y costumbres sociales negativas intrínsecamente vinculadas a la mutilación genital femenina, y observó que esos estereotipos negativos obstaculizaban la aplicación de los marcos legislativos y normativos que prohibían la discriminación contra las mujeres y las niñas y garantizaban la igualdad entre los géneros.

3. La Asamblea exhortó a los Estados a que se centraran más en elaborar estrategias de prevención amplias encaminadas a eliminar la mutilación genital femenina, y destacó la importancia de adoptar un enfoque no estigmatizante en todas las intervenciones. Instó a los Estados a que exigieran responsabilidades a quienes practicaran la mutilación genital femenina dentro o fuera de una institución médica, a que establecieran mecanismos para vigilar la rendición de cuentas y a que garantizaran el acceso a la atención de la salud y otros servicios esenciales a las supervivientes y a quienes corrieran el riesgo de ser objeto de esa práctica.

4. El presente informe se presenta en un año seminal, 2020, y coincide con los aniversarios que marcan hitos fundamentales en la protección y promoción de los derechos de las mujeres, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. En él se examinan las últimas novedades y los enfoques innovadores y eficaces para eliminar la mutilación genital femenina, en el contexto de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la década de acción y resultados en favor del desarrollo sostenible, y del 25º aniversario de la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing. El informe se basa en la información y las comunicaciones recibidas de Estados Miembros¹ y entidades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas². En esas comunicaciones se incluyó información sobre las iniciativas para prever los efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la eliminación de la mutilación genital femenina y hacerles frente. El informe abarca el período comprendido entre el 1 de agosto de 2018 y el 30 de junio de 2020 y se basa en los resultados de las investigaciones, las pruebas y los datos más recientes.

¹ Se recibieron comunicaciones de Alemania, la Arabia Saudita, la Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Brunei Darussalam, Chequia, Colombia, Cuba, Filipinas, Francia, Grecia, Guatemala, Irlanda, Israel, el Japón, el Paraguay, Portugal, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Serbia y Suecia. Pueden consultarse en www.unwomen.org/en/how-we-work/intergovernmental-support/major-resolutions/general-assembly/ga75-2020. Para el informe se examinaron los informes nacionales correspondientes al examen a nivel nacional de la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing con motivo del 25º aniversario de su aprobación, y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Pueden consultarse en www.unwomen.org/en/csw/csw64-2020/preparations#reports. Se recibieron respuestas al presente informe del Consejo de Europa y de la Organización de Cooperación Islámica.

² Se recibieron comunicaciones de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Comisión Económica para África (CEPA) y el fondo fiduciario de las Naciones Unidas en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer.

II. Avances mundiales y regionales

A. Marco normativo

5. La Agenda 2030 incluye objetivos y metas específicos de desarrollo sostenible para la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas (meta 5.2) y la mutilación genital femenina (meta 5.3), que se han identificado como obstáculos para el logro de muchos otros objetivos y metas, y para el avance del empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros. En el 64º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, los Estados aprobaron una declaración política con ocasión del 25º aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (véase [E/2020/27](#)), en la que se comprometieron a aplicar de forma plena, efectiva y acelerada la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing redoblando sus esfuerzos colectivos para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y niñas. También reconocieron la necesidad de hacer frente a los problemas que obstaculizaban la implementación de las 12 esferas de especial preocupación, entre otras cosas aumentando los esfuerzos para eliminar y prevenir todas las formas de violencia y prácticas perjudiciales contra todas las mujeres y niñas y darles respuesta.

6. En el plano regional, la Unión Africana puso en marcha su ambiciosa iniciativa de Saleema en su 32º período ordinario de sesiones de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrado en Addis Abeba los días 10 y 11 de febrero de 2019. La iniciativa, que tiene por objeto poner fin a la mutilación genital femenina y evitar que 50 millones de niñas en situación de riesgo en el continente sean objeto de esa práctica, cuenta con el apoyo del Programa Conjunto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina. Constituye un paso fundamental para garantizar un compromiso político de alto nivel y reforzar la rendición de cuentas para lograr que se abandone la práctica. Impulsada por el Presidente de Burkina Faso, Roch Marc Christian Kaboré, designado paladín de la Unión Africana para la eliminación de la mutilación genital femenina, la iniciativa pide, entre otras cosas, que se implanten marcos legislativos sólidos, se asignen más recursos financieros y se mejore la interacción con los grupos comunitarios más afectados por la práctica³.

7. Durante su 34º período de sesiones, celebrado en El Cairo del 25 de noviembre al 5 de diciembre de 2019, el Comité Africano de Expertos sobre los Derechos y el Bienestar del Niño anunció que elaboraría, junto con la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, una observación general sobre la mutilación genital femenina. Una vez aprobada, la observación general proporcionará orientación, en particular a los 22 países de África con mayor prevalencia de la mutilación genital femenina, sobre la forma de hacer cumplir eficazmente sus respectivas legislaciones que penalizan la práctica.

8. En la Conferencia Internacional sobre la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina, celebrada en Uagadugú del 22 al 25 de octubre de 2018, Kenya, la República Unida de Tanzania y Uganda, con el apoyo del Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF, establecieron una iniciativa tripartita para poner fin a la mutilación genital femenina transfronteriza. Tras la primera reunión interministerial regional para poner fin a la mutilación genital femenina, celebrada en Mombasa (Kenya) el 17 de abril de 2019, Etiopía y Somalia se unieron a las tres naciones para aprobar una declaración y un plan de acción en que se pedía una mejor coordinación y colaboración entre los Estados, marcos legislativos y normativos más sólidos, una

³ Véase <https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation>.

mejor comunicación y promoción de la prevención y la respuesta transfronterizas y una mejor reunión de datos dirigida específicamente a las comunidades vulnerables que vivían a lo largo de sus fronteras⁴.

9. Otro acontecimiento importante fue la primera Cumbre Africana sobre la Mutilación Genital Femenina y el Matrimonio Infantil, que se celebró en Dakar del 16 al 18 de junio de 2019, convocada por Gambia, el Senegal y la organización dirigida por supervivientes Safe Hands for Girls, con el apoyo de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y la Embajadora de Buena Voluntad de ONU-Mujeres para África, Jaha Dukureh, el UNFPA y el Banco Mundial. Jóvenes activistas africanos, dirigentes tradicionales y religiosos, entre ellos el Gran Imán Adjunto de la Universidad Al-Azhar de El Cairo, y representantes de 17 Estados africanos aprobaron la Declaración de Dakar, en la que reconocieron que adoptar un enfoque único para poner fin a las prácticas nocivas, incluida la mutilación genital femenina⁵, no servía. Observaron que las respuestas eficaces al problema debían ser multisectoriales, integradas, sostenibles, basadas en pruebas y ampliadas, y recomendaron que las intervenciones combinaran enfoques encaminados a empoderar a las niñas, movilizar a las familias y las comunidades, brindar educación, protección y servicios de salud de calidad y establecer marcos normativos y jurídicos propicios.

10. En la séptima Conferencia Ministerial sobre el Papel de la Mujer en el Desarrollo de los Estados Miembros de la Organización de Cooperación Islámica, sobre el tema “El empoderamiento de las mujeres en los Estados Miembros: retos y perspectivas”, celebrada en Uagadugú los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2018, se instó a los Estados a que abordaran el problema de la mutilación genital femenina aplicando leyes que tipificaran esa práctica como delito y elaborando programas de sensibilización de la comunidad en que se pusieran de relieve sus efectos perjudiciales⁶.

11. En el plano internacional, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer acogió con beneplácito los esfuerzos realizados por varios Estados partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer durante el período sobre el que se informa para eliminar la mutilación genital femenina⁷. Sin embargo, el Comité expresó su preocupación por la persistencia de la práctica⁸, la falta de notificación de los casos y la falta de aplicación de la legislación que la tipificaba como delito (CEDAW/C/ETH/CO/8, párr. 21). El Comité exhortó a los Estados a que adoptaran nuevas medidas para enjuiciar eficazmente a los autores (CEDAW/GBR/CO/8, párr. 32) y a que vigilaran y evaluaran las medidas adoptadas para eliminar los estereotipos de género discriminatorios y las prácticas nocivas (CEDAW/C/ETH/CO/8, párr. 22 c)).

12. Los Estados siguieron demostrando un alto nivel de apoyo político a la eliminación de la mutilación genital femenina. Según un análisis de los informes del tercer ciclo del examen periódico universal, 9 de cada 10 recomendaciones relativas

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Ending cross-border female genital mutilation”, 4 de octubre de 2019. Puede consultarse en <https://kenya.unfpa.org/en/publications/ending-cross-border-fgm>.

⁵ Declaración de Dakar para erradicar la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil en África para 2030.

⁶ Véase www.oic-oci.org/docdown/?docID=4426&refID=1249.

⁷ Véanse, por ejemplo, CEDAW/C/COL/CO/9, párr. 23; CEDAW/C/GBR/CO/8, párr. 31; y CEDAW/C/ERI/CO/6, párr. 21.

⁸ Véanse, por ejemplo, CEDAW/C/ETH/CO/8, párr. 21; CEDAW/GBR/CO/8, párr. 31; CEDAW/C/ERI/CO/6, párr. 21 b); y CEDAW/C/IRQ/CO/7, párr. 19 a).

a la práctica habían sido aceptadas por los Estados Miembros⁹. Dado que alrededor de la mitad de todas las recomendaciones sobre la mutilación genital femenina se referían a la promulgación y aplicación de leyes para prevenir a la práctica y darle respuesta, y teniendo en cuenta la amplia gama de responsables y medidas adoptadas, era evidente que los Estados consideraban la práctica una prioridad de desarrollo nacional que requería una respuesta multisectorial amplia.

13. De conformidad con la resolución 38/6 del Consejo de Derechos Humanos, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) organizó una reunión de expertos sobre la cuestión de la mutilación genital femenina, los días 17 y 18 de julio de 2019. En el informe final (A/HRC/44/33) presentado al Consejo se proporcionaron detalles sobre enfoques innovadores para abordar las normas sociales en la comunidad, como celebrar consultas con las comunidades practicantes, especialmente las mujeres y las niñas, para garantizar la plena titularidad y legitimidad de las intervenciones destinadas a abandonar la práctica. Se hizo hincapié en el liderazgo, el compromiso político, la visión a largo plazo, un enfoque participativo e inclusivo, así como la rendición de cuentas, como elementos clave para poner fin a esa práctica.

14. En su resolución 44/16, relativa a la eliminación de la mutilación genital femenina, el Consejo de Derechos Humanos señaló el papel que podían desempeñar las instituciones nacionales de derechos humanos en la investigación de las violaciones relacionadas con la práctica, que la rendición de cuentas iba más allá de la protección jurídica, la necesidad de incorporar la prevención y la respuesta en los planes nacionales de desarrollo y la importancia de asignar presupuestos para la programación. En relación con la pandemia de COVID-19, el Consejo expresó su profunda preocupación por que la práctica de la mutilación genital femenina se exacerbara en situaciones humanitarias, pandemias y otras crisis, lo cual podría hacer aumentar la prevalencia y retrasar la ejecución de los programas. Exhortó a los Estados a que adoptaran un enfoque amplio, basado en derechos, con perspectiva de género y multisectorial, para prevenir la mutilación genital femenina y darle respuesta en el contexto de la crisis de la COVID-19, y a que prestaran atención a las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, en particular las que se encontraban en situaciones vulnerables.

B. La pandemia y sus repercusiones en la eliminación y prevención de la mutilación genital femenina

15. La pandemia de COVID-19 presenta importantes desafíos sanitarios y socioeconómicos a nivel mundial. Las respuestas anteriores a las crisis humanitarias, incluidos los brotes de enfermedades, indican que la pandemia exacerbará las desigualdades de género existentes e incrementará el riesgo de violencia contra las mujeres y las niñas¹⁰. Las repercusiones económicas del brote del virus del Ébola en

⁹ UNFPA, “Accountability for eliminating female genital mutilation – a focus on the third cycle of the universal periodic review”, folleto informativo, junio de 2020, puede consultarse en www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FGM_factsheet_13-online.pdf.

¹⁰ Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), “COVID-19 and ending violence against women and girls”, 2020. Puede consultarse en www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006, págs. 3 a 5.

África occidental, por ejemplo, expusieron a las mujeres a un mayor riesgo de explotación y violencia sexual¹¹.

16. La pandemia de COVID-19 puede tener un impacto negativo en los esfuerzos por eliminar la mutilación genital femenina¹². Se había previsto que la ampliación de los programas destinados a eliminar la mutilación genital femenina reduciría los nuevos casos en unos 5,3 millones en el período comprendido entre 2020 y 2030¹³. Sin embargo, el UNFPA ha observado que la pandemia podría socavar gravemente los progresos realizados en la consecución de la meta 5.3 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, y que para 2030 2 millones más de niñas y mujeres habrán sido objeto de la práctica. Ese aumento representaría una reducción estimada del 33 % en el progreso hacia la eliminación de la mutilación genital femenina para 2030.

17. Con las medidas de confinamiento, como el cierre de escuelas, impuestas a raíz de la pandemia, muchas niñas se quedan en casa. Según informes de Somalia, las familias han consultado al personal médico para someter a sus hijas a la práctica, aprovechando que disponen del tiempo prolongado en el hogar necesario para recuperarse¹⁴. En la crisis económica causada por la pandemia, los cortadores tradicionales buscan trabajo contactando directamente a las familias. Cuando la mutilación genital femenina se realiza en el hogar, tal vez no se respete la orientación sobre el distanciamiento social, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del virus. Los informes sugieren que, en caso de complicaciones derivadas de la práctica, las familias no acuden a los centros de salud en busca de ayuda médica urgente para sus hijas por temor a contraer el virus¹⁵.

18. Las repercusiones del aislamiento social en los impulsores conocidos de la mutilación genital femenina, por ejemplo, la aplicación deficiente de la legislación que tipifica como delito la práctica, y el hecho de que haya comunidades que la realizan en secreto, pueden dar lugar a un aumento de la mutilación genital femenina con fines de matrimonio infantil, precoz y forzado¹⁶. Como aspecto positivo, los informes de organizaciones de la sociedad civil de Nigeria y Malasia sugieren que las prácticas de distanciamiento social están limitando la realización medicalizada de la práctica en centros de salud y hospitales¹⁷.

19. El UNFPA ha observado que los confinamientos podrían retrasar considerablemente la ejecución de los programas para eliminar la mutilación genital femenina al desviar la atención y los esfuerzos de la atención de la salud y la programación social al control de la COVID-19¹⁸. Las fuerzas del orden también pueden verse sobrecargadas durante la crisis y ser incapaces de ofrecer una protección

¹¹ UNFPA, “COVID-19: un enfoque de género – proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género”, informe técnico, marzo de 2020. Puede consultarse en https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf, pág. 6.

¹² UNFPA y UNICEF, “COVID-19 disrupting SDG 5.3: Eliminating female genital mutilation”, nota técnica, abril de 2020. Puede consultarse en https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Disrupting_SDG.3_Eliminating_Female_Genital_Mutilation.pdf.

¹³ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf, p. 4.

¹⁴ Véase www.theguardian.com/world/2020/may/18/fgm-risk-in-somalia-heightened-by-coronavirus-crisis?CMP=Share_iOSApp_Other.

¹⁵ Véase www.theguardian.com/global-development/2020/jun/16/coronavirus-millions-more-girls-risk-fgm.

¹⁶ Comunicación del Orchid Project, pág. 9.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Véase https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf.

adecuada a las mujeres y niñas en situación de riesgo¹⁹. Además, el distanciamiento social probablemente detendrá muchas formas de programación eficaz de la prevención, como los programas de empoderamiento de la comunidad y las declaraciones de abandono de la práctica, que suelen ejecutarse en entornos de grupo²⁰. El brote del virus del Ébola había dado lugar a la interrupción y, en algunos casos, al cese de la labor de organizaciones de la sociedad civil y activistas para poner fin a la mutilación genital femenina²¹. Por consiguiente, puede haber lagunas en la prevención y protección adecuadas de la mutilación genital femenina y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas, así como en la prestación de servicios esenciales de buena calidad.

III. Últimos datos y tendencias sobre la mutilación genital femenina

A. Prevalencia

20. Al menos doscientos millones de niñas y mujeres han sido objeto de mutilación genital femenina²². Más de 4 millones de niñas al año corren el riesgo de ser objeto de mutilación genital femenina, y a la mayoría se les practica antes de cumplir los 15 años²³.

21. Teniendo en cuenta los datos más recientes disponibles de la Encuesta Demográfica y de Salud de Maldivas, el número de países a nivel mundial con datos representativos a nivel nacional sobre la práctica ha aumentado de 30 a 31²⁴. Si bien hay indicios de que la mutilación genital femenina se practica en al menos 90 países de todo el mundo, siguen siendo escasos los datos sólidos en apoyo de esta práctica²⁵.

22. Según estudios locales y en pequeña escala, la práctica existe en comunidades de más de 20 países de Europa oriental, América Latina, Oriente Medio y Asia sudoriental²⁶, así como en comunidades de la diáspora en América del Norte, Europa occidental y Australia. Las últimas cifras de un estudio realizado por el Instituto Australiano de Salud y Bienestar en 2019 estimaban que 53.000 mujeres y niñas que vivían en Australia nacidas en otros lugares habían sido objeto de mutilación genital femenina, aunque se desconocía el número exacto²⁷. En muchos países, las pruebas anecdóticas indican que la práctica está demasiado localizada para que las preguntas relativas a la mutilación genital femenina se incluyan en las encuestas nacionales²⁸.

¹⁹ UNFPA y UNICEF, “COVID-19 disrupting SDG 5.3: Eliminating female genital mutilation”, nota técnica, abril de 2020, pág. 2.

²⁰ Véase https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf.

²¹ Véase www.28toomany.org/blog/2014/dec/10/will-ebola-help-or-hinder-the-fight-against-fgm-in-liberia.

²² Véase <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>.

²³ Véase www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation.

²⁴ UNICEF, “Female genital mutilation: A new generation calls for ending an old practice” (Nueva York, 2020), pág. 8. Disponible en <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-new-generation-calls-for-ending-an-old-practice>.

²⁵ Véase www.equalitynow.org/fgm_a_call_for_a_global_response_report, pág. 11.

²⁶ Claudia Cappa, Luk Van Baelen y Els Leye, “The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement”, *Global Public Health*, vol. 14, núm. 8 (febrero de 2019).

²⁷ Véase www.aihw.gov.au/getmedia/f210a1d8-5a3a-4336-80c5-ca6bdc2906d5/aihw-phe-230.pdf.aspx?inline=true, pág. 1.

²⁸ Claudia Cappa, Luk Van Baelen and Els Leye, “The practice of female genital mutilation across the world”.

23. La prevalencia de la mutilación genital femenina varía casi tanto dentro de un mismo país como entre países²⁹. Efectuar análisis subnacionales ayuda a los programas a identificar las denominadas “zonas críticas”, o de alta prevalencia, que se beneficiarían de una intervención específica. Sobre esa base, se puede realizar una investigación más detallada de las características específicas de la comunidad asociadas a la práctica, como las expectativas relativas al matrimonio y la toma de decisiones en el hogar³⁰. Ello, a su vez, ayudaría a centrar las inversiones y a desarrollar una programación eficaz, aspectos esenciales para la eliminación.

24. La mutilación genital femenina se está volviendo menos común en algunos países donde antes era universal. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han sido objeto de mutilación genital femenina, por ejemplo, en Egipto, ha disminuido del 97 % hace 30 años al 70 % y, en Sierra Leona, la disminución fue del 96 % al 64 %³¹. Se han hecho progresos considerables en los países que reciben apoyo del Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF, como Burkina Faso y Etiopía, donde es más del 33 % menos probable que hace tres decenios que las adolescentes de 15 a 19 años sean objeto de esa práctica nociva.

25. Aunque hay pruebas de que se han realizado progresos, la disminución de la prevalencia en muchos países no se ha generalizado ni ocurre con la suficiente rapidez. En algunos países, como Guinea y Somalia, la mutilación genital femenina sigue siendo universal, y más del 90 % de las adolescentes de 15 a 19 años de edad han sido objeto de esa práctica. En otros países, como Guinea-Bissau, no se ha registrado una disminución significativa de la prevalencia, ya que el 42 % de las adolescentes de 15 a 19 años han sido objeto de esa práctica, en comparación con el 45 % de hace treinta años³².

26. Los progresos actuales en la reducción de la prevalencia de la mutilación genital femenina son insuficientes para seguir el ritmo del crecimiento cada vez mayor de la población. Si las tendencias continúan, el número de mujeres y niñas objeto de la práctica aumentará considerablemente en los próximos años (A/73/266, párr. 20).

27. Los progresos relativos a la mutilación genital femenina deben ocurrir a un ritmo más rápido que el registrado en los últimos años. Según el UNICEF³³, incluso en los países en que la práctica se ha vuelto menos común, los progresos tendrían que ser por lo menos 10 veces más rápidos para alcanzar el objetivo mundial de eliminación para 2030. Si no se adoptan medidas inmediatas, el número de niñas y mujeres objeto de mutilación genital femenina en todo el mundo seguirá aumentando, y toda reducción de la prevalencia se verá superada por el crecimiento de la población en los países en que se realiza la práctica.

B. La ablación se practica a niñas más jóvenes

28. En la mayoría de los países, la mutilación genital femenina se realiza durante los primeros cinco años de vida (A/71/209, párr. 15). En el Yemen, la ablación se realiza con mayor frecuencia durante la primera semana de vida³⁴, mientras que en Gambia, Malí y el Níger, el riesgo de ser objeto de la práctica en los primeros cinco

²⁹ Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research” (2020), pág. 5. Puede consultarse en www.popcouncil.org/research/reflections-from-five-years-of-research-on-fgm-c.

³⁰ *Ibid.*

³¹ UNICEF, “Female genital mutilation: A new generation calls for ending an old practice”, pág. 3.

³² *Ibid.*, pág. 5.

³³ *Ibid.*

³⁴ Véase <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-in-the-middle-east-and-north-africa>.

años de vida es alto³⁵. Otras investigaciones realizadas en “Somalilandia” indicaron una disminución gradual de la edad en que las niñas eran objeto de mutilación genital femenina, de 15 a 16 años de edad a 5 a 8 años de edad³⁶. Entre las razones para efectuar el procedimiento a una edad más temprana figuran la autoridad parental ejercida “en interés de la niña” y en nombre de la tradición.

29. Precisar la edad en que se practica la ablación es esencial para fundamentar el diseño de los esfuerzos por eliminar la mutilación genital femenina y adaptarlos eficazmente al contexto local. Las intervenciones dirigidas a los progenitores y a los dirigentes y miembros de la comunidad, por ejemplo, y relativas a las niñas objeto de mutilación genital femenina a edad temprana, han demostrado su eficacia. En el caso de las adolescentes, las iniciativas adicionales de sensibilización y empoderamiento pueden ser muy eficaces para que se abandone la práctica³⁷.

C. Tendencia creciente a la medicalización de la mutilación genital femenina entre los adolescentes

30. Según los datos más recientes, una de cada cuatro niñas y mujeres que han sido objeto de mutilación genital femenina, es decir, 52 millones de supervivientes en todo el mundo, lo ha sido por intervención de un profesional de la salud³⁸. Las cifras disponibles indican que es dos veces más probable que la practique personal médico cuando se trata de una adolescente (34 % de las jóvenes de 15 a 19 años) que una mujer de más edad (16 % de las mujeres de 45 a 49 años).

31. La medicalización de la práctica es común en Egipto y el Sudán, donde casi 8 de cada 10 niñas han sido objeto de una mutilación genital femenina a cargo de personal médico³⁹. La medicalización también ha aumentado en Guinea, Kenya, Nigeria y Somalia, debido en parte a que las familias creen que el procedimiento plantea menos riesgos para la salud en ese contexto⁴⁰.

32. Sin embargo, no hay pruebas de que la medicalización haga que la mutilación genital femenina sea más segura⁴¹, ya que la práctica elimina y daña tejido sano e interfiere en las funciones naturales del cuerpo de una niña. Los proveedores de servicios de salud que practican la mutilación genital femenina violan los derechos de las niñas y las mujeres a la vida, la integridad física y la salud. También violan la obligación médica fundamental de “no hacer daño”.

33. Las conclusiones de un reciente estudio cualitativo realizado en Egipto sugieren que los progenitores que someten a sus hijas a la mutilación genital femenina medicalizada se ajustan a las expectativas sociales de que es una necesidad y les evitará el estigma de no haber sido objeto de ella⁴². El vínculo entre el bienestar de

³⁵ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Age_at_FGM_.pdf, pág. 4.

³⁶ Véase www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_FGMC-Somaliland.pdf, pág. 10.

³⁷ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Age_at_FGM_.pdf, pág. 8.

³⁸ UNICEF, “Female genital mutilation: A new generation calls for ending an old practice” (Nueva York,), pág. 8.

³⁹ Véase <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-in-the-middle-east-and-north-africa>.

⁴⁰ Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research”, pág. 10.

⁴¹ UNICEF, “Female genital mutilation: A new generation calls for ending an old practice” (Nueva York,), pág. 8.

⁴² Omaira El-Gibaly, Mirette Aziz y Salma Abou Hussein, “Health care providers’ and mothers’ perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: A cross-sectional qualitative study”, *BMC International Health and Human Rights*, vol. 19, núm. 26 (2019).

las niñas y la belleza física tal vez exacerbe la tendencia de algunos profesionales sanitarios a comercializar la práctica como procedimiento cosmético, posiblemente para evitar sanciones penales en los países en que la práctica está prohibida. Los resultados de esa investigación indican que, en cuanto a la medicalización, las normas sociales siguen prevaleciendo sobre las disposiciones jurídicas que penalizan la práctica y el principio deontológico de no hacer daño. Por consiguiente, la medicalización representa una amenaza para los esfuerzos por eliminar la práctica de la mutilación genital femenina.

D. Práctica transfronteriza de la mutilación genital femenina

34. Una dificultad considerable para eliminar la mutilación genital femenina es su carácter transfronterizo. La práctica transfronteriza tiene su origen en una norma social profundamente arraigada, basada en tradiciones compartidas entre comunidades de ambos lados de una frontera, que contribuyen a perpetuar la mutilación genital femenina⁴³. Las comunidades emplean esa estrategia para garantizar que la práctica se lleve a cabo en secreto, sin temor a la acción penal en los países vecinos o sin ser vigilada.

35. De los 22 países africanos cuya legislación prohíbe la mutilación genital femenina, la mayoría (19 países) no abordan el carácter transfronterizo de la práctica y solo tres países la tipifican como delito (Guinea-Bissau, Kenya y Uganda)⁴⁴. Entre los problemas que se plantean para reducir eficazmente la práctica de la mutilación genital femenina transfronteriza cabe mencionar los continuos beneficios socioeconómicos para las familias y los cortadores tradicionales, las bajas tasas de acción penal, la falta de vigilancia y de reunión de datos sobre la naturaleza de la práctica a nivel regional y la falta de mecanismos conjuntos de cooperación regional⁴⁵.

IV. Factores que contribuyen a la práctica de la mutilación genital femenina

36. Hay razones bien documentadas para mantener la práctica de la mutilación genital femenina, que radican en la discriminación por motivos de género contra las mujeres y las niñas, los roles de los géneros, la falta de oportunidades económicas y educativas, la ubicación (entornos rurales frente a urbanos), la influencia de la comunidad, los códigos culturales relativos a la virtud femenina y el honor familiar, y el deseo de pertenencia (A/73/266, párrs. 22 a 24).

37. Sin embargo, hay pruebas de que las actitudes respecto de la mutilación genital femenina están cambiando, lo cual crea un impulso para abandonar completamente la práctica, especialmente entre las jóvenes instruidas (*ibid.*, párr. 23). La proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años de edad en los países con alta prevalencia que desean abandonar la práctica se ha duplicado, pasando del 27 % a principios del milenio al 54 %⁴⁶. En Egipto, Guinea y Sierra Leona, es por lo menos un 50 % más probable que quien se opone a la práctica sea una adolescente que una mujer de más edad.

⁴³ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Beyond_the_Crossing_Female_Genital_Mutilation_Across_Borders_Final.pdf, pág. 25.

⁴⁴ Véase www.28toomany.org/Law.

⁴⁵ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Beyond_the_Crossing_Female_Genital_Mutilation_Across_Borders_Final.pdf, pág. 31.

⁴⁶ UNICEF, "Female genital mutilation: A new generation calls for ending an old practice" (Nueva York,), pág. 7.

38. Factores como la migración, la mayor exposición a los medios de comunicación y los cambios en la dinámica de la toma de decisiones también contribuyen a modificar los fundamentos sociales de la práctica. En la mayoría de los casos, es la madre quien toma la decisión de mutilar a su hijas, pero no toma esa decisión por su cuenta⁴⁷. Normalmente considera las opiniones de otros familiares, como las abuelas, así como el grupo social al que pertenecen. Según investigaciones, algunas mujeres de edad están dispuestas a reevaluar la práctica de la mutilación genital femenina, ya que su posición social les permite negociar el cambio. Reconociendo el papel singular de las mujeres de edad como posibles líderes del cambio se podrían elaborar medidas encaminadas a eliminar la mutilación genital femenina sin socavar los valores tradicionales⁴⁸.

39. Las investigaciones recientes revelan que un porcentaje importante de parejas tienen opiniones discordantes sobre que se siga practicando la mutilación genital femenina, incluso en países donde la práctica es muy común⁴⁹. Los padres suelen oponerse más a la mutilación genital femenina que las madres; sin embargo, que el padre de una niña se oponga a la práctica tal vez no sea tenido en cuenta, pues es posible que la madre le comunique el hecho consumado⁵⁰. También hay indicios de que los muchachos tienen opiniones encontradas sobre la mutilación genital femenina. Según una investigación realizada en el Senegal, por ejemplo, un grupo de jóvenes indicaron que no dejarían de casarse aunque la novia no se hubiera sometido a la práctica, si bien preferían que sus propias hermanas sí lo hicieran⁵¹.

40. Hay indicios de que aplicar la legislación que tipifica como delito la mutilación genital femenina, e informar de los riesgos para la salud asociados a la práctica, podría conducir a su reducción, lo cual es significativo⁵². Según las conclusiones de un estudio realizado en Burkina Faso y Malí, la mayoría de los encuestados apoyaban la eliminación de la mutilación genital femenina (83 % y 77 %, respectivamente), siempre y cuando el compromiso de abandonarla fuera universal.

41. A pesar de investigaciones recientes que identifican a los principales interesados y los puntos de partida para el cambio, persisten los problemas para eliminar la mutilación genital femenina. En una investigación se señalaron varios factores que contribuían a que continuara, como la resistencia de las comunidades, la ejecución secreta de la práctica y la falta de sostenibilidad de las intervenciones, así como el breve plazo para efectuarlas⁵³. Cabe agregar además los problemas de la selección inadecuada de agentes de cambio para impulsar la intervención, la renuencia de algunos dirigentes religiosos a denunciar la práctica y la exclusión de hombres y niños. En la investigación se determinó que los clubes escolares que trataban el tema de las prácticas tradicionales nocivas, incluida la mutilación genital femenina, excluían a los varones de los debates relativos a esas prácticas, a pesar de que ellos también podían actuar como agentes de cambio en la comunidad.

⁴⁷ Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research”, pág. 8.

⁴⁸ Bettina Shell-Duncan y otros, “The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis”, PLoS ONE, vol. 13, núm. 7 (julio de 2018).

⁴⁹ Claudia Cappa, Claire Thomson y Colleen Murray, “Understanding the association between parental attitudes and the practice of female genital mutilation among daughters”, PLoS ONE, vol. 15, núm. 5 (mayo de 2020).

⁵⁰ Véase www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020_RH_FGMC-Somaliland.pdf, pág. 24.

⁵¹ Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research”, pág. 8.

⁵² Véase www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020RH_FGMC-LawReducePractice.pdf, pág. viii.

⁵³ Population Council, Getaneh Mehari y otros, “Exploring changes in female genital mutilation/cutting: Shifting norms and practices among communities in Fafan and West Arsi zones, Ethiopia” (2020), págs. 28 a 31.

42. Es evidente la necesidad de seguir investigando para comprender cómo y por qué se practica la mutilación genital femenina en diferentes niveles de la sociedad, tanto a nivel nacional como comunitario y, en particular, las razones por las que una comunidad decide abandonar la práctica y otra comunidad vecina la mantiene.

V. Prácticas innovadoras para eliminar la mutilación genital femenina, incluso en el contexto de la COVID-19

A. Implicación de los principales interesados en eliminar la mutilación genital femenina

43. Eliminar la mutilación genital femenina requiere cambiar las normas sociales, afrontando las causas fundamentales de la práctica, como la discriminación, la desigualdad y la falta de poder y control de las niñas y las mujeres. Las enormes consecuencias de la mutilación genital femenina en todos los aspectos de la vida de las mujeres y las niñas exigen un enfoque amplio y multidisciplinario para prevenirla y responder a ella. Ello implica brindar respuestas de calidad en materia de atención de la salud y soluciones jurídicas innovadoras para las mujeres y las niñas que han sido sometidas a la práctica, adaptadas a las realidades de la COVID-19 y centradas en las personas más marginadas y con mayor riesgo de sufrir violencia. El enfoque también requiere implicar a los principales interesados a fin de que los esfuerzos colectivos por eliminar la práctica den resultado.

44. El potencial del sector de la educación como punto de partida se reconoce cada vez más, y los Estados informaron de que los maestros y los psicólogos escolares identificaban con más frecuencia a las niñas que corrían el riesgo de ser sometidas a la mutilación genital femenina. En el marco de su Plan de Acción Nacional sobre la Igualdad de Género (2016-2020), Grecia organizó seminarios sobre los efectos perjudiciales de la práctica para estudiantes de las escuelas primarias y secundarias. La República Unida de Tanzania ha incorporado el tema de la mutilación genital femenina en el programa de estudios de sus escuelas primarias. El Consejo de Europa también informó de que notificar a las autoridades y pedir a los progenitores que firmen una declaración solemne de no cortar a sus hijas están ganando un terreno considerable en los países de la región.

45. Las pruebas apuntan a un enfoque respetuoso, no estigmatizante y matizado que debería ser el núcleo de la relación con las comunidades que practican la mutilación genital femenina. Ese enfoque se basa en los aspectos positivos inherentes a las tradiciones locales y, al mismo tiempo, se orienta hacia el abandono de la práctica.

46. En 2019, el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF ayudó a 109.951 niñas de 7.696 comunidades de 16 países a adquirir las aptitudes y los conocimientos necesarios para defender sus derechos y convertirse en agentes del cambio en sus comunidades⁵⁴. Esa ayuda abarcó apoyo a los clubes de niñas, diálogos comunitarios, programas escolares, mentores, programas sobre ritos de iniciación alternativos, educación integral en salud sexual y reproductiva, capacitación en materia de derechos humanos y preparación para la vida cotidiana y el desarrollo profesional.

47. Durante el mismo período, el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF prestó apoyo a iniciativas nacionales que permitieron a 6.312 comunidades hacer declaraciones públicas de que abandonarían la mutilación genital femenina. Se estima

⁵⁴ Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF sobre la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina, Informe anual 2019 (de próxima publicación), pág. 5.

que 230.025 niñas se salvaron de esa práctica gracias a los esfuerzos de los mecanismos de vigilancia establecidos por esas comunidades⁵⁵.

48. Los grupos comunitarios de mujeres y jóvenes han estado a la vanguardia de las actividades de protección y prevención, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Utilizando WhatsApp y otras plataformas de apoyo a la vigilancia continua de la comunidad, el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF ha ayudado a esos grupos a mantenerse en contacto con las niñas que corrían el riesgo de ser objeto de esa práctica y a prestarles asistencia. En Nigeria, el Programa Conjunto ha utilizado la etiqueta #endcuttinggirls para apoyar la promoción en los medios sociales de la eliminación de la mutilación genital femenina, llegando así a más de un cuarto de millón de usuarios. El Programa Conjunto también ha fortalecido la gestión de los casos de las supervivientes, especialmente en zonas remotas, y ha apoyado el establecimiento de brigadas locales de rescate en respuesta a la violencia de género y las prácticas perjudiciales en el marco de mecanismos oficiales y oficiosos de remisión de casos, a fin de facilitar la remisión de las supervivientes.

49. El programa de trabajo de la Iniciativa Spotlight en África es la mayor inversión en programas de la Iniciativa, que apoya una respuesta multisectorial y coordinada a la violencia contra las mujeres y las niñas y a las prácticas nocivas en ocho países de la región⁵⁶, además de promover su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos.

50. La Iniciativa Spotlight logró importantes avances para reducir la mutilación genital femenina durante el periodo sobre el que se informa. En Liberia, la Iniciativa colaboró con los practicantes tradicionales de la asociación Sande para proporcionar otras fuentes de ingresos, mediante la capacitación en aptitudes empresariales, la financiación para establecer empresas⁵⁷ y la sustitución de las escuelas de la asociación por centros de patrimonio⁵⁸. Una lección fundamental de esa labor es que la sensibilización encaminada a eliminar y prevenir la mutilación genital femenina no es suficiente a menos que se eliminen los incentivos lucrativos para seguir practicándola. Ese compromiso de hacer frente a las prácticas nocivas se vio reforzado cuando 112 dirigentes tradicionales firmaron en 2019 la Política de Siete Puntos, política nacional que suspendió durante un año todas las intervenciones de ese tipo, incluida la mutilación genital femenina, en la asociación Sande⁵⁹.

51. Colaborando con la Asociación Nacional de Organizaciones de Mujeres de Uganda, la Iniciativa elaboró un enfoque innovador para abandonar la mutilación genital femenina estableciendo equipos de acción de base comunitaria. A raíz de ello, los profesionales sanitarios y los dirigentes culturales locales han unido sus esfuerzos para denunciar la práctica y han impulsado a las comunidades de tres distritos a introducir cambios en las actitudes y prácticas, con miras a lograr una transformación más amplia en las comunidades y reproducir el modelo en toda Uganda⁶⁰. En Malawi, Malí y el Níger, la Iniciativa prestó apoyo a los dirigentes religiosos para que hicieran declaraciones públicas oficiales en las que condenaran la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz⁶¹.

⁵⁵ Base de datos del Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF sobre la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina.

⁵⁶ Liberia, Malawi, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, Uganda y Zimbabwe.

⁵⁷ Iniciativa Spotlight, Global Annual Narrative Progress Report 2019, pág. 178.

⁵⁸ *Ibid*, pág. 227.

⁵⁹ *Ibid*, pág. 178.

⁶⁰ *Ibid*, pág. 222.

⁶¹ *Ibid*, pág. 78.

52. Los líderes tradicionales y religiosos están en una posición singular para influir en las decisiones de las familias y crear un consenso en sus comunidades para abandonar la mutilación genital femenina. Durante el período sobre el que se informa, el Programa conjunto del UNFPA y el UNICEF apoyó una serie de diálogos en 16 países, en los que se llegó a 7.359 comunidades y se alentó a los dirigentes religiosos a desvincular la práctica de los preceptos religiosos.

53. En Malí, organizaciones no gubernamentales locales, en asociación con Alemania y con su apoyo, utilizan los medios de comunicación durante la pandemia de COVID-19 para difundir mensajes sobre la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas y las prácticas perjudiciales, mediante programas de radio en directo, mensajes de audio grabados y cursos de vídeo en los que participan dirigentes religiosos. En Egipto se volvió a emitir una fatwa que prohíbe la mutilación genital femenina. La Iglesia Copta del país también confirmó su posición oficial contra esa práctica.

54. Para abordar uno de los principios clave que constituyen el núcleo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de 2030 —no dejar a nadie atrás—, la sociedad civil de Francia se ha dedicado activamente a sensibilizar a las comunidades de la diáspora sobre la práctica de la mutilación genital femenina. El fondo fiduciario de las Naciones Unidas en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer ha ayudado a la Fundación para la Solidaridad Internacional a concienciar las mujeres marginadas sobre el abandono de la práctica en las comunidades rurales y de desplazados internos de tres regiones de “Somalilandia”.

B. El sistema de salud

55. El sector de la salud puede desempeñar un papel fundamental en la eliminación y prevención de la mutilación genital femenina, debido al prestigio de que goza en las comunidades, a su papel en el tratamiento de las complicaciones asociadas a la práctica y en la educación de los pacientes, y al hecho de que se rige por el principio de no hacer daño⁶². Sin embargo, hay pocos indicios de que los trabajadores sanitarios se hayan dedicado a prevenir o a perpetrar la práctica.

56. Investigaciones realizadas en Kenya y Nigeria revelaron que, si bien hay leyes para prevenir la mutilación genital femenina y responder a ella, no se han traducido en una orientación específica para los trabajadores sanitarios⁶³, que tienen una comprensión limitada de las políticas y directrices vigentes y recursos limitados para actividades de prevención. Los servicios de salud no mantienen registros completos, y la coordinación entre el sistema de justicia y el sector de la salud es escasa. Además, se ha capacitado a pocos trabajadores sanitarios para que hablen con las pacientes y las familias sobre la práctica, especialmente para explicar sus consecuencias negativas.

57. Esa investigación corrobora los resultados de una encuesta reciente realizada en Australia sobre los conocimientos, la experiencia y las necesidades de capacitación de las parteras en relación con la mutilación genital femenina, en la que se determinó que, de las 198 parteras encuestadas, el 53 % conocían la clasificación correcta de la práctica, mientras que el 48 % declararon no haber recibido capacitación sobre la mutilación genital femenina en su formación como parteras. Muchas parteras no tenían clara la ley ni los datos sanitarios relativos a la mutilación genital femenina, y

⁶² Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research”, pág. 10.

⁶³ *Ibid*, pág. 11.

tampoco conocían los servicios sanitarios y sociales adecuados para las mujeres y niñas afectadas⁶⁴.

58. Esas conclusiones subrayan la importancia de elaborar una orientación amplia basada en las leyes y políticas vigentes para los trabajadores del sector de la salud, como parte de una estrategia general de respuesta coordinada, accesible y de calidad para las niñas y mujeres que han sido objeto de esa práctica.

59. En un esfuerzo por resolver algunos de esos problemas, durante el período sobre el que se informa, el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF prestó apoyo a 20 asociaciones médicas y paramédicas para que declararan que la mutilación genital femenina practicada por profesionales sanitarios no era ética. Esas asociaciones se han comprometido a establecer sistemas de vigilancia para detectar y denunciar a los profesionales sanitarios que violen la declaración. El Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF también se asoció con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para elaborar un informe sobre la creciente tendencia a medicalizar la práctica⁶⁵.

60. Durante el mismo período, el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF capacitó a proveedores de servicios de 16 países en la prestación de servicios integrales de prevención y respuesta a la mutilación genital femenina. Se apoyó a un total de 2.413 puntos de prestación de servicios de salud para que prestaran servicios de salud relacionados con la práctica. Otros 1.883 puntos de prestación de servicios de salud recibieron apoyo para impartir capacitación a por lo menos un trabajador sanitario en materia de servicios de prevención, protección y atención de la mutilación genital femenina.

61. Nueva Zelanda fue uno de los muchos Estados que, según se informa, impartió capacitación especializada a los proveedores de servicios de salud y a los organismos de protección de la infancia y organismos encargados de hacer cumplir la ley sobre la atención a las mujeres y las niñas que han sido objeto de esa práctica. El Japón ha prestado asistencia vital y servicios sanitarios esenciales a poblaciones muy vulnerables en entornos de conflicto, principalmente en África. Aunque no ha habido ningún caso de mutilación genital femenina en Israel últimamente, el Ministerio de Salud celebra sesiones periódicas de capacitación para todo el personal médico con el fin de determinar si una mujer o una niña ha sido objeto de la práctica.

C. Prácticas legales

62. Cada vez más Estados de todo el mundo condenan o prohíben la mutilación genital femenina o enmiendan la legislación para penalizar la práctica⁶⁶. Hasta la fecha, de los más de 90 países en los que se sabe que se practica la mutilación genital femenina, 51 han abordado específicamente la práctica en su marco jurídico nacional⁶⁷. De los 29 países de África en los que tradicionalmente se practica la mutilación genital femenina, 26 tienen leyes que la penalizan⁶⁸. Las penas abarcan tanto sanciones penales como multas monetarias.

⁶⁴ Véase www.aihw.gov.au/getmedia/f210a1d8-5a3a-4336-80c5-ca6bdc2906d5/aihw-phe-230.pdf.aspx?inline=true, pág. 6.

⁶⁵ Véase www.unfpa.org/resources/brief-medicalization-female-genital-mutilation.

⁶⁶ Por ejemplo, la Arabia Saudita, la Argentina, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Brunei Darussalam, Burkina Faso, Chequia, Colombia, Cuba, los Estados Unidos de América, Filipinas, Guatemala, Grecia, Mauritania, el Paraguay, Serbia y Suecia.

⁶⁷ Véase www.equalitynow.org/fgmc_a_call_for_a_global_response_report, pág. 12.

⁶⁸ Véase www.equalitynow.org/the_law_and_fgm.

63. Muy recientemente, tras una larga campaña de activistas de los derechos de la mujer, el Sudán tipificó como delito la mutilación genital femenina, realizada en un establecimiento médico o en otro lugar. Durante el período sobre el que se informa, Australia comunicó que había tipificado como delito en todos los estados y territorios la mutilación genital femenina, incluida la que se realizara en el extranjero a una niña que normalmente residiera en Australia.

64. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como Convenio de Estambul, ha impulsado a muchos Estados de Europa a introducir disposiciones que penalizan la mutilación genital femenina. Muchas de ellas tienen una redacción muy similar a la del artículo 38 del Convenio. El Consejo de Europa observó que el número de enjuiciamientos seguía siendo bajo, ya que se trataba de nuevos delitos y los conocimientos especializados en materia de investigación y enjuiciamiento se estaban desarrollando lentamente.

65. Durante el período sobre el que se informa, varios Estados (por ejemplo, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) procesaron con éxito a sus primeros acusados de mutilación genital femenina. Esas decisiones son importantes, no solo para garantizar la justicia a las víctimas, sino también para señalar inequívocamente a la sociedad que el delito no se tolerará.

66. En Irlanda, la policía nacional implicó a Akina Dada wa Africa (o AkiDwA), una red nacional de mujeres migrantes, para que guiara el desarrollo de la orientación y la posterior capacitación sobre la respuesta a los incidentes de mutilación genital femenina. La orientación se está elaborando con el apoyo de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley responsables de la investigación que condujo al primer enjuiciamiento eficaz de un caso relacionado con la práctica en 2019.

67. Tras introducir órdenes de protección contra la mutilación genital femenina en 2015, el Reino Unido celebró una serie de sesiones de información en toda Inglaterra y Gales para sensibilizar a los proveedores de servicios, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, y fomentar su capacidad en relación con el uso de las órdenes.

68. El programa conjunto del UNFPA y el UNICEF ayudó a capacitar a 3.708 funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para concienciarlos de la práctica y de la importancia de hacer cumplir la legislación. En el mismo período, hubo un total de 373 detenciones, de las cuales 329 casos fueron llevados a los tribunales y 75 casos culminaron en condenas⁶⁹. Esas estadísticas requieren un análisis más detenido a fin de comprender la disposición de las comunidades a colaborar con los sistemas de justicia oficiales, y las medidas que adoptan las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para garantizar la rendición de cuentas de los autores.

69. Para promover la vigilancia comunitaria y prevenir la mutilación genital femenina a través de las fronteras mediante una mayor vigilancia, Bélgica difundió un pasaporte Stop FGM en sus embajadas y dispensarios para viajeros en el extranjero. Además, su sitio web de relaciones exteriores contiene información sobre la mutilación genital femenina en la sección de asesoramiento para viajes a los países afectados por la práctica.

70. A pesar de los progresos realizados para encarar la cuestión de la responsabilidad de los autores, las nuevas investigaciones publicadas durante el período sobre el que se informa revelaron que la legislación que tipifica como delito la práctica de la mutilación genital femenina solo es eficaz si se centra en la mayor

⁶⁹ Base de datos del Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF sobre la Eliminación de la Mutilación Genital Femenina.

concienciación de la comunidad con respecto a la ley y si se considera como medio de promover la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas, y no como instrumento para infundir miedo y castigar⁷⁰.

D. Asignación de recursos

71. Para todo programa de eliminación de la mutilación genital femenina, la clave del éxito radica en que se le asignen recursos suficientes. En 2020, la OMS difundió una calculadora del costo de la mutilación genital femenina, que estima los costos financieros presentes y futuros de la mutilación genital femenina en 27 países, y los posibles ahorros para los sistemas de salud derivados de la prevención de nuevos casos. Se estima que tratar las complicaciones de salud de la mutilación genital femenina cuesta 1.400 millones de dólares de los Estados Unidos anuales, y se prevé que esa cifra aumentará en un 50 % en los próximos 30 años si no se adoptan medidas para reducir la prevalencia de la práctica⁷¹.

72. En 2018, el Reino Unido anunció una inversión de 50 millones de libras esterlinas para ayudar a poner fin a la mutilación genital femenina para 2030. En el marco de su plan de acción nacional para reducir las prácticas nocivas (2017-2020), Noruega asignó 3 millones de coronas noruegas anuales a la investigación de la mutilación genital femenina, mientras que Australia ha prometido asignar 93,5 millones de dólares australianos a su Programa de Asistencia a los Supervivientes de Torturas y Traumas (2018-2021), que presta servicios de asesoramiento y apoyo a los supervivientes de torturas y traumas anteriores a la migración que se han asentado en Australia, incluidas las supervivientes de la mutilación genital femenina. Portugal asigna hasta 50.000 euros por proyecto a asociaciones de base que representan a comunidades en peligro, y Etiopía y Kenya han elaborado planes de acción con estimaciones de gastos para eliminar la práctica⁷². Durante la pandemia de COVID-19, Suecia aumentó la financiación de las organizaciones de la sociedad civil para hacer frente a la evolución de las necesidades de las supervivientes.

VI. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

73. La mutilación genital femenina es una práctica mundial que requiere una respuesta mundial. Hay indicios de que la mutilación genital femenina se practica al menos en 90 países del mundo; sin embargo, siguen escaseando datos sólidos que respalden esa afirmación. La falta de datos de todos los países y comunidades en que se realiza la práctica socava los esfuerzos por eliminarla. Aunque hay indicios de que la prevalencia de la mutilación genital femenina disminuye sin cesar, esa disminución no se ha generalizado ni ocurre a un ritmo lo bastante rápido como para ir a la par del crecimiento cada vez mayor de la población de los países en que se realiza la práctica. Se estima que los progresos tendrían que acelerarse a un ritmo 10 veces más rápido que las actuales tasas de disminución para cumplir el objetivo mundial de eliminación para 2030.

⁷⁰ Population Council, “Evidence to end FGM/C: Research to help girls thrive – Reflections from five years of research”, págs. 12 y 13.

⁷¹ Véase www.who.int/news-room/detail/06-02-2020-economic-cost-of-female-genital-mutilation.

⁷² End FGM European Network y otros, “Global Platform for Action to End Female Genital Mutilation/Cutting: Submission for the United Nations Secretary-General report on female genital mutilation”, mayo de 2020, págs. 9 y 14.

74. La práctica de la mutilación genital femenina y sus fundamentos sociales y culturales están cambiando. Para eliminar la práctica, se necesita un enfoque matizado y exhaustivo, no un mismo enfoque para todos los contextos. Es necesario seguir investigando para comprender cómo y por qué se practica la mutilación genital femenina tanto a nivel nacional como subnacional, y las razones por las que una comunidad decide abandonar la práctica y otra comunidad vecina la mantiene.

75. Las familias y los miembros del grupo social más amplio desempeñan un papel importante a la hora de determinar si una niña debe ser objeto de esa práctica. Los esfuerzos para eliminar la mutilación genital femenina deberían centrarse en la implicación de los principales interesados, en particular las madres, los cortadores tradicionales, las mujeres de edad, los trabajadores de la salud y los dirigentes tradicionales y religiosos, que contribuyen a la decisión de cortar a las niñas. Con carácter prioritario, la sensibilización debería integrarse en los planes de estudio de las escuelas primarias y secundarias, dirigiéndose a los niños, las niñas y los maestros, así como a las organizaciones de supervivientes y a los medios de comunicación. Se debe adoptar un enfoque no estigmatizante en toda interacción con las comunidades que mantienen la práctica.

76. Los Estados están demostrando un compromiso político de alto nivel para poner fin a la mutilación genital femenina. Ello queda de manifiesto en sus esfuerzos por promulgar, enmendar y hacer cumplir la legislación nacional que tipifica como delito la práctica e integrar las medidas para poner fin a la mutilación genital femenina en una política y una programación más amplias sobre la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas. Sin embargo, a pesar de esos avances, la aplicación efectiva generalizada de la legislación nacional que tipifica la práctica como delito sigue siendo deficiente, y se siguen produciendo movimientos transfronterizos para efectuarla en otros países a fin de eludir las sanciones.

77. La legislación que tipifica como delito la mutilación genital femenina puede ser un instrumento eficaz para eliminar la práctica si se centra en hacer conocer mejor la ley en las comunidades y se considera un medio de promover la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas, y no un instrumento para infundir miedo y castigar. Para que sea más eficaz, la legislación debe aplicarse de manera que no “ataque” a las comunidades que practican la mutilación genital femenina.

78. La tendencia a medicalizar la mutilación genital femenina sigue aumentando a un ritmo alarmante y debe afrontarse para eliminar la práctica. No se está haciendo lo suficiente para implicar a los profesionales de la medicina y el sector sanitario en general como aliados en la lucha contra esa tendencia. En vista de su papel singular y la confianza que inspiran en la comunidad como líderes, y con una adecuada sensibilización, orientación y formación de aptitudes, los profesionales sanitarios están en buenas condiciones de desempeñar un papel de liderazgo en la prevención y la eliminación de la práctica.

79. Con las restricciones a la movilidad que impone la pandemia de COVID-19, cada vez más niñas se quedan en casa, lo cual puede aumentar su riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzado. Se estima que la pandemia de COVID-19 podría socavar los progresos realizados en la consecución de la meta 5.3 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, ya que otros 2 millones de niñas y mujeres podrían ser objeto de mutilación genital femenina para 2030. La pandemia también repercute en la prestación de una serie de servicios esenciales de salud, justicia, policía y sociales para las mujeres y las niñas que han sufrido o corren el riesgo de sufrir violencia y prácticas perjudiciales, incluida la mutilación genital

femenina. Como los trabajadores sanitarios dan prioridad a los casos de COVID-19, se están interrumpiendo servicios de salud como el asesoramiento psicosocial y los servicios de salud sexual y reproductiva para las supervivientes de la práctica. La pandemia pone de relieve aún más la necesidad urgente de que las actividades de prevención se incorporen a las actividades más amplias para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas, y a la prevención de crisis y la recuperación.

80. Aunque los Estados están facilitando más recursos, no se invierte lo suficiente para apoyar la aplicación significativa y a largo plazo de programas destinados a eliminar la mutilación genital femenina. Urge aumentar la inversión en programas para eliminar la práctica, especialmente en vista del aumento previsto de la prevalencia a raíz de la pandemia de COVID-19.

B. Recomendaciones

81. Los Estados deben encarar las causas socioeconómicas y fundamentales de la práctica, especialmente las necesidades de las mujeres y niñas que se enfrentan a formas múltiples e interseccionales de discriminación. Se debe dar prioridad a esos esfuerzos con carácter urgente, especialmente dado el rápido crecimiento demográfico en los países en que se practica la mutilación genital femenina, y concentrarlos en actividades más amplias para aplicar la Agenda 2030 y la década de acción. Con solo 10 años por delante para erradicar la nociva práctica antes de 2030, es el momento de acelerar la acción. A tal fin, los Estados deberían recabar, ampliar y proporcionar recursos adicionales para sufragar las medidas destinadas a eliminar la práctica, teniendo en cuenta los problemas actuales, incluido el aumento proyectado de la prevalencia que plantea la pandemia de COVID-19.

82. Todos los Estados en los que se practica la mutilación genital femenina deberían mejorar su reunión de datos nacionales y subnacionales y analizar a fondo las zonas críticas detectadas para fundamentar las intervenciones normativas y programáticas adaptadas con miras a eliminar la práctica. De ser posible, esos datos deberían incluir información de países que no suelen estar asociados a la práctica, y sobre los inmigrantes de segunda generación. Los Estados también deberían reunir datos utilizando métodos normalizados que permitan comparar esos datos entre países, y elaborar marcos sólidos de vigilancia y evaluación.

83. Los Estados deberían iniciar nuevas investigaciones sobre los factores individuales, familiares y comunitarios que influyen en la realización de la mutilación genital femenina. También se debería investigar el papel del sector de la salud en la prevención y el tratamiento de las complicaciones que acarrea la práctica. Los Estados deberían colaborar con las instituciones de investigación, las instituciones académicas, la sociedad civil y las entidades de las Naciones Unidas en el seguimiento y la evaluación de los efectos de las medidas en curso.

84. Los Estados deberían adoptar y seguir aplicando estrategias de prevención ampliadas, que incluyan la promoción, la sensibilización y la movilización de la comunidad, con los principales interesados, en particular quienes contribuyen a la decisión de que las niñas sean objeto de mutilación genital femenina, como los progenitores, los cortadores tradicionales, las mujeres de edad, los dirigentes tradicionales y religiosos y los trabajadores sanitarios. Debería prestarse más atención a los educadores, las organizaciones de supervivientes, las niñas y los hombres jóvenes y los niños, y a su papel en la modificación de los estereotipos, actitudes y comportamientos vigentes que toleran y justifican la desigualdad y la

discriminación por motivos de género, la violencia contra las mujeres y las niñas y las prácticas nocivas como la mutilación genital femenina.

85. Durante la pandemia de COVID-19, los Estados deberían intensificar su colaboración con los principales ministerios competentes, especialmente el de educación, a fin de identificar a las niñas que pueden ser cada vez más vulnerables en el hogar y garantizar que reciban servicios de atención y apoyo adecuados. Los Estados también deberían implicar a los medios de comunicación en la sensibilización sobre los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina y el posible aumento de la práctica durante la crisis. Los medios de comunicación también pueden contribuir a empoderar a los activistas de base y a las jóvenes para que cuenten sus historias de manera que lleguen a un público más amplio a través de las plataformas de los medios de comunicación tradicionales y sociales.

86. Los Estados deberían realizar evaluaciones rápidas para analizar el impacto de la pandemia de COVID-19, e identificar los retos y las lagunas en las políticas y programas vigentes destinados a eliminar la mutilación genital femenina, así como las oportunidades de prevención, asegurando la participación de las mujeres y las niñas en esos procesos. En la medida de lo posible, los servicios esenciales de salud, justicia, policía y sociales a cargo del Estado y las organizaciones de la sociedad civil deben seguir funcionando durante la crisis y mantenerse accesibles a las supervivientes de la mutilación genital femenina y a las mujeres y niñas en situación de riesgo, respetando al mismo tiempo las precauciones de seguridad necesarias. De ser viable, se deberían ofrecer servicios alternativos o a distancia, como consultas con asesores capacitados por teléfono, mensajes de texto o charlas en línea a horas específicas. Las vías de remisión y la información para las supervivientes y las mujeres y niñas en situación de riesgo sobre dónde buscar ayuda deberían actualizarse y difundirse periódicamente. Se deberían promover enfoques alternativos a las intervenciones tradicionales de base comunitaria para protegerse contra la mutilación genital femenina y prevenirla. La mutilación genital femenina también debería incluirse en todos los planes de respuesta y recuperación de la COVID-19.

87. Los Estados deberían adoptar medidas apropiadas para mejorar el conjunto de aptitudes de los proveedores de servicios de salud a fin de que comprendan la naturaleza y los riesgos asociados con la práctica de la mutilación genital femenina, así como su función singular en la prevención de esa práctica. Promover la creación de capacidad de los proveedores de servicios y otros interesados debería formar parte de la respuesta a la COVID-19 e incluir la capacitación en línea.

88. Se necesitan respuestas normativas y programáticas eficaces para detener el aumento de la medicalización de la mutilación genital femenina. Los Estados deberían velar por que los proveedores de servicios de salud, incluidos los médicos y las parteras, a todos los niveles, sean plenamente conscientes de sus efectos perjudiciales y respondan ante la ley por facilitar o realizar la práctica. Los Estados también deberían impartir sistemáticamente a la policía y al sector de la justicia capacitación sobre la legislación, incluidas las leyes extraterritoriales, que prohíben las prácticas nocivas, con miras a garantizar que los autores sean llevados ante la justicia.