

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres

Mutilación genital femenina

La **mutilación genital femenina¹** está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres que refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada. Como la mutilación genital femenina casi siempre se practica en menores, constituye también una violación de los derechos de las niñas.

La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que implican la resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas (**recuadro 1**).

RECUADRO 1. TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Tipo 1 – Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, solo en casos muy raros, del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

Tipo 2 – Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores (labios vulvares que rodean la vagina).

Tipo 3 – Infibulación: reducción de la abertura vaginal mediante una cobertura a modo de sello formada cortando y recolocando los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.

Tipo 4 – Otros: todo otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital.

Las familias, las comunidades y las culturas en las cuales se realiza la mutilación genital femenina tienen diferentes motivos para hacerlo. Una motivación principal es que se cree que la práctica garantiza que la niña acate normas sociales clave, como las relacionadas con la restricción de la actividad sexual, la feminidad, la respetabilidad y la madurez.

La mutilación genital femenina es diferente de la mayoría de las formas de violencia contra las niñas y las mujeres porque, en los casos de mutilación, son mujeres no solo las víctimas sino también las personas involucradas en la perpetración de ese acto. Las parientes de la niña suelen ser las responsables

¹ También llamada 'ablación genital femenina' o 'circuncisión femenina'.

de organizar la mutilación genital femenina, que a su vez suele ser realizada por “circuncisoras” tradicionales. La mutilación genital femenina es también practicada cada vez más por hombres y mujeres que prestan servicios de salud. Esta característica muestra que tanto mujeres como hombres pueden ser cómplices en el reforzamiento de normas y prácticas relacionadas con el género que apoyan la violencia contra la mujer. (1,2).

La mutilación genital femenina también difiere de la mayoría de las otras formas de violencia contra la mujer en que, en las comunidades donde se practica, se lleva a cabo sistemáticamente en casi todas las niñas, por lo general menores de edad, y se promueve como una práctica cultural y una norma social sumamente valoradas.

¿Cuán prevalente es la mutilación genital femenina?

Hay datos basados en la población sobre la prevalencia de mutilación genital femenina en todos los países africanos en los cuales se ha documentado esa práctica. Las estimaciones indican lo siguiente:

- entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres en todo el mundo viven con las consecuencias de la mutilación genital femenina;
- cada año, aproximadamente 3,3 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas de mutilación genital femenina; y
- en los 28 países acerca de los cuales existen datos nacionales sobre la prevalencia (27 países de África y Yemen), más de 101 millones de niñas de 10 o más años de edad están viviendo con los efectos de la mutilación genital femenina (3).

Se sabe que la mutilación genital femenina se practica en:

- 27 países de África y en Yemen, especialmente en las regiones orientales, nororientales y occidentales;
- algunos países de Asia y el Oriente Medio;
- inmigrantes provenientes de estos países dondequiera que vivan, incluidos Australia, Canadá, los Estados Unidos, Europa y Nueva Zelanda; y
- unos pocos grupos de población en América Central y del Sur (2).

En los 28 países de África y el Oriente Medio sobre los cuales se dispone de datos, la prevalencia nacional entre las mujeres de 15 o más años de edad varía entre 0,6% (Uganda, 2006) y 97,9% (Somalia, 2006) (2). Hay algunas características regionales en la prevalencia de la mutilación genital femenina. Según las encuestas de demografía y salud realizadas durante el período de 1989-2002, en África nororiental (Egipto, Eritrea, Etiopía y norte de Sudán) se calculó que la prevalencia oscilaba entre 80% y 97%, mientras que en África oriental (Kenya y la República Unida de Tanzania) se estimó que la prevalencia oscilaba entre 18% y 38%. Sin embargo, la prevalencia puede variar notablemente entre diferentes grupos étnicos dentro de un mismo país (4). La mutilación genital femenina ha sido documentada en varios países fuera de África, pero no se cuenta con datos sobre la prevalencia nacional (2).

La mutilación genital femenina se clasifica según la extensión anatómica abarcada por el procedimiento (**recuadro 1**) y la prevalencia por tipo varía según

el lugar y el grupo étnico. Un 90% de los casos de mutilación genital femenina incluyen clitoridectomía o escisión clitoridiana y alrededor de 10% infibulación, cuyas consecuencias negativas son sumamente graves. (3)

También se ha estimado la prevalencia de mutilación genital femenina en comunidades que viven fuera de sus países natales. Como no se dispone de datos de encuestas nacionales de población efectuadas en los países de destino, los cálculos de la práctica de la mutilación genital femenina en grupos de inmigrantes se basan en la prevalencia documentada en el país de origen. Por ejemplo, se estima que en Gales e Inglaterra unas 66.000 mujeres han sido sometidas a mutilación genital femenina y unas 32.000 niñas menores de 15 años tienen altas probabilidades de haber sido víctimas del procedimiento o corren alto riesgo de serlo (5). En documentos del Parlamento Europeo se sugiere que más de medio millón de mujeres y niñas han sido sometidas o corren riesgo de ser sometidas a ese procedimiento en la Unión Europea (6); se piensa que las variaciones en las leyes y los enfoques aplicables a la mutilación genital femenina en la región están dando lugar a traslados transfronterizos de niñas para que se pueda llevar a cabo el procedimiento. (7)

¿Cuáles son las consecuencias de la mutilación genital femenina?

Consecuencias para la salud

La mutilación genital femenina no aporta ningún beneficio para la salud. Consiste en la resección y el daño de tejido genital femenino normal y sano e interfiere con las funciones naturales del organismo de las niñas y las mujeres. Para realizar la mutilación genital femenina las “circuncisoras” tradicionales usan una variedad de herramientas, como hojas de afeitar y cuchillos, y generalmente no emplean anestésicos. Un 18% del total de mutilaciones genitales femeninas son practicadas por prestadores de servicios de salud que usan tijeras quirúrgicas y anestésicos (8). Todas las formas de mutilación genital femenina pueden causar hemorragias y dolor inmediatos y están asociadas con el riesgo de infección; el riesgo de complicaciones tanto inmediatas como a largo plazo aumenta con la magnitud de la ablación. En el **cuadro 1** se enumeran algunas de las complicaciones generalmente documentadas.

Las investigaciones sobre los efectos para la salud que tiene la mutilación genital femenina han progresado en los últimos años. Según un estudio de más de 28.000 embarazadas coordinado por la OMS en seis países africanos, las mujeres que habían sufrido una mutilación genital corrían un riesgo considerablemente mayor de tener complicaciones en el parto, necesitar una cesárea o padecer una hemorragia posparto, en comparación con las mujeres no sometidas a mutilación genital. Además, la tasa de mortalidad neonatal durante el nacimiento e inmediatamente después fue mayor si las madres habían sufrido mutilación genital, en comparación con las no sometidas a ese procedimiento. Los riesgos de complicaciones durante el parto y de mortalidad neonatal aumentan según la gravedad del tipo de mutilación genital femenina (9). Los problemas sexuales son también más comunes en las mujeres sometidas a mutilación genital: hay una probabilidad 1,5 veces mayor de que sufran dolor durante las relaciones sexuales y experimenten una satisfacción sexual considerablemente menor y es dos veces más probable que informen falta de deseo sexual (10).

CUADRO 1

Consecuencias para la salud inmediatas y a largo plazo de la mutilación genital femenina (9,10)

Riesgos para la salud inmediatos	Riesgos para la salud a más largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor intenso • Choque • Hemorragia (es decir, sangrado excesivo) • Septicemia • Dificultad para orinar • Infecciones • Muerte • Consecuencias psicológicas • Fusión no intencional de los labios vulvares 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de intervenciones quirúrgicas • Problemas urinarios y menstruales • Relaciones sexuales dolorosas y calidad deficiente de la vida sexual • Infertilidad • Dolor crónico • Infecciones (por ejemplo, quistes, abscesos y úlceras genitales, infecciones pélvicas crónicas, infecciones de las vías urinarias) • Queloides (es decir, hipertrofia del tejido cicatrizal) • Infecciones genitales • Consecuencias psicológicas, como temor a las relaciones sexuales, trastorno por estrés posttraumático, ansiedad y depresión • Mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino (si bien se requieren más investigaciones al respecto)
Complicaciones/riesgos obstétricos conocidos	Trastornos a menudo considerados asociados con la mutilación genital femenina, pero sobre los cuales los datos son equívocos o no muestran ninguna relación
<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • Hemorragia posparto • Prolongada estancia hospitalaria materna • Reanimación del lactante • Mortinatalidad o mortalidad neonatal temprana 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por el VIH (en el corto plazo) • Fístula obstétrica • Incontinencia

Consecuencias sociales

Si bien hay pocos estudios rigurosos sobre las repercusiones sociales de la mutilación genital femenina, en algunas investigaciones se han identificado consecuencias negativas potenciales para las familias, las niñas y las mujeres en caso de abstención de dicha práctica. Esta se realiza en respuesta a convenciones sociales fuertes y está apoyada por normas sociales fundamentales; por lo tanto, no someterse a ella a menudo da como resultado acoso, exclusión de eventos comunales importantes y de las redes de apoyo, así como discriminación por sus pares. A menos que haya un acuerdo conjunto dentro de un grupo más grande, las personas y las familias probablemente consideren que los riesgos sociales son mayores que los riesgos de la mutilación genital femenina para la salud física y mental de las niñas. Incluso las restricciones jurídicas contra la mutilación genital femenina pueden ser consideradas menos importantes que las restricciones que puede imponer la comunidad por incumplimiento de la práctica (11,12).

Costos económicos

La mutilación genital femenina constituye una potencial carga financiera para los sistemas de salud. Un estudio basado en datos de seis países africanos descubrió que los costos asociados con el tratamiento médico de las complicaciones obstétricas resultantes de la mutilación genital femenina equivalían a 0,1%-1% del gasto total del gobierno en las mujeres en edad

fecunda (13). Se desconoce en gran medida el costo para las familias; en un estudio realizado en Nigeria se calculó que el costo de tratar las complicaciones posteriores a la mutilación genital femenina en un consultorio pediátrico era de US\$ 120 por niña (14). En un estudio reciente efectuado en Gambia se descubrió que una de cada tres complicaciones ginecológicas por las cuales las mujeres buscaban asistencia era resultado directo de la mutilación genital femenina. En muchos casos se requirieron intervenciones quirúrgicas, lo cual indica que las complicaciones de las mutilaciones genitales femeninas representan un costo considerable para los servicios de ginecología (15).

¿Cuáles son los factores de riesgo de mutilación genital femenina?

Los factores de riesgo más comunes de mutilación genital femenina o de que una niña sea forzada a someterse a dicho procedimiento son culturales, religiosos y sociales (2). Entre ellos figuran los siguientes:

- la presión social ejercida para que una persona se ajuste a lo que hacen sus pares;
- la percepción de que la mutilación genital femenina es necesaria para criar adecuadamente a una niña y prepararla para la vida adulta y el matrimonio;
- la suposición de que la mutilación genital femenina reduce la libido femenina y de ese modo preserva la virginidad prematrimonial y previene la promiscuidad;
- la asociación de la mutilación genital femenina con ideas de limpieza (higiénica, estética y moral), incluida la creencia de que, si no se efectuara la ablación, el clítoris crecería en exceso;
- la creencia de las mujeres, en algunos raros casos, de que la mutilación genital femenina mejora el placer sexual y la virilidad de los hombres y, en casos aun más raros, de que la mutilación genital femenina facilita el parto al aumentar la capacidad de las mujeres de soportar el dolor del parto debido al dolor de la mutilación genital femenina previamente sufrido;
- la creencia de que la mutilación genital femenina es apoyada u ordenada por la religión, o de que facilita estar a la altura de las expectativas religiosas de restricción sexual; y
- la idea de que la mutilación genital femenina es una tradición cultural importante que no debe ser cuestionada ni eliminada, especialmente por personas ajenas a la comunidad.

La edad temprana es un factor clave de riesgo de ser víctima de mutilación genital femenina, ya que la mayoría de los procedimientos de ese tipo se llevan a cabo en niñas cuyas edades oscilan entre la lactancia y los 15 años. Son diversos los factores asociados con que se someta a una niña a mutilación genital. Por ejemplo, un estudio en Etiopía descubrió que el deseo de continuar la práctica de la mutilación genital femenina se vinculaba con tener entre 15 y 24 años de edad, vivir en una zona rural, ser musulmana, estar casada, no tener un buen nivel de instrucción, haber sufrido mutilación genital femenina y no tener ningún contacto con medios de difusión (16).

Las investigaciones también indican que las hijas de madres más instruidas tienen menos probabilidad de ser sometidas a mutilación genital (17). En particular, este efecto protector de la educación también se ha observado en otras formas de violencia contra la mujer (1). Investigaciones realizadas en

Kenya han mostrado que la educación secundaria va asociada a un incremento cuatro veces mayor de la desaprobación de la mutilación genital femenina (18). Sin embargo, no se ha encontrado esa relación en todos los países y en algunos casos la asociación es negativa (19).

¿Están cambiando la prevalencia, la práctica y el enfoque de la mutilación genital femenina?

La mutilación genital femenina ha atraído una creciente atención internacional en los últimos decenios, lo que ha llevado a la promulgación de leyes nuevas contra dicha práctica en diversos países dentro y fuera de África (6). Si bien ha cambiado poco la frecuencia de la mutilación genital femenina en algunos países, hay evidencia de lo siguiente:

- gran reducción de la prevalencia en las generaciones más jóvenes (de 15 a 19 años de edad) en unos pocos países (19,20);
- reducción de la prevalencia entre las hijas de madres instruidas en algunos países (19);
- menos apoyo a la mutilación genital femenina entre algunas mujeres de comunidades que practican ese procedimiento (21,22);
- aumento de las investigaciones y modificación de las políticas para abordar la mutilación genital femenina en las poblaciones de inmigrantes en los países de ingresos más altos (6);
- reducción de la edad promedio a la cual se somete a las niñas al procedimiento en la mayoría de los países (4,23); y
- aumento de la medida en que la mutilación genital femenina es practicada por prestadores de servicios de salud (24).

Medicalización de la mutilación genital femenina

Una tendencia importante es que los prestadores de servicios de salud, como médicos, enfermeras y parteras (21,22), están sustituyendo cada vez más a los “circuncisores” tradicionales en la realización de mutilaciones genitales femeninas, un fenómeno conocido como medicalización (8,24). La mutilación genital femenina todavía es efectuada principalmente por “circuncisores” tradicionales en la mayoría de los países, pero, por ejemplo, datos de encuestas indican que en Egipto es tres veces más probable que las niñas sean sometidas a una mutilación genital femenina practicada por un prestador de servicios de salud, en comparación con la experiencia de sus madres (25).

Los progenitores tal vez recurran al personal de salud en lugar de a los “circuncisores” tradicionales porque creen que así se reducirá el riesgo de daño causado por la mutilación genital femenina (24). Algunos prestadores de servicios médicos en verdad usan equipo limpio y medicamentos para aliviar el dolor y evitar hemorragias e infecciones. Sin embargo, la mutilación genital femenina efectuada por personal médico no puede eliminar los riesgos inmediatos, como indican informes publicados en medios de difusión sobre defunciones resultantes de esa práctica. La mutilación genital femenina realizada por prestadores de atención sanitaria tampoco puede reducir los efectos a largo plazo (**cuadro 1**), ni garantiza condiciones sanitarias ni una menor severidad del procedimiento (24).

No hay ningún caso documentado de medicalización que haya conducido a una reducción de la práctica de la mutilación genital femenina (24). La OMS y otros organismos opinan que la medicalización en realidad contribuye a la defensa de la práctica al legitimarla como un procedimiento sanitario (8).

¿Cuál es el mejor método para acabar con la mutilación genital femenina?

Pocas intervenciones encaminadas a prevenir la mutilación genital femenina han sido sometidas a una evaluación sistemática de alta calidad; por lo tanto, se requieren investigaciones mucho más rigurosas (11,26). En una revisión sistemática realizada por Berg y Denison (2012) se encontró escasa evidencia de la eficacia de las intervenciones para prevenir la mutilación genital femenina. En esa revisión se destaca que los factores relacionados con la continuación o la suspensión de dicha práctica variaban según el contexto; sin embargo, los principales factores que la apoyaban eran la tradición, la religión y la preocupación por reducir el deseo sexual en las mujeres. En cambio, las complicaciones de salud y la falta de satisfacción sexual no favorecían el apoyo a la práctica (11).

No obstante, hay una abundancia de evaluaciones de programas encaminados a combatir la mutilación genital femenina en muchos países y en estas se pueden encontrar orientaciones para definir prácticas adecuadas. A continuación se resumen las estrategias correspondientes.

Comprender la dinámica social de la toma de decisiones relacionadas con la mutilación genital femenina

La toma de decisiones y las prácticas en muchas comunidades suponen algo más que los individuos y las familias (24) y están integradas en la dinámica de la comunidad o del grupo. Por consiguiente, es improbable que las intervenciones orientadas únicamente a los individuos, las familias o los “circuncisores” sean eficaces (16). Por ejemplo, en un estudio efectuado durante tres años en Gambia y Senegal se descubrió que las decisiones acerca de la mutilación genital femenina eran tomadas por más de un miembro de la familia, con intervención de la madre, el padre, los abuelos y las tías. Los padres eran menos partidarios de la mutilación genital femenina que las madres y a menudo eran un factor crucial en la decisión de no someter a sus hijas al procedimiento (21,23).

Habida cuenta de estos resultados y de otras investigaciones sobre la toma de decisiones relacionadas con la mutilación genital femenina, los investigadores y los profesionales recomiendan que los procedimientos preventivos incluyan elementos de diálogo con la comunidad, la comprensión de la importancia de las recompensas y los castigos locales (22) y un método para coordinar el cambio en los grupos sociales, con la intervención de hombres y mujeres de múltiples generaciones de la comunidad y de comunidades afines (25).

Trabajar con las prácticas y creencias culturales y comunitarias, no en contra de ellas

La mutilación genital femenina rara vez ha sido abandonada cuando los programas contra la práctica eran percibidos por la comunidad como un

ataque y una crítica a la cultura y los valores locales, o como impulsados por personas ajenas a la comunidad (23). Por el contrario, los programas con estas características pueden provocar reacciones defensivas, como iniciativas de mutilación genital femenina masiva y proclamaciones en apoyo de la práctica. Las evaluaciones indican que el reforzamiento de los valores culturales positivos puede ser más eficaz (26), al igual que el apoyo a un diálogo con la comunidad dirigido a buscar formas para significar que una niña se ha hecho adulta que no impliquen una ablación (16).

Dirigirse a los niveles de influencia locales, nacionales e internacionales

Se ha comprobado que las intervenciones a nivel de la comunidad se benefician con las respuestas nacionales complementarias. Además, el grupo étnico —un importante factor predictivo del tipo de mutilación genital femenina practicado— puede traspasar las fronteras nacionales y, por lo tanto, en las intervenciones orientadas a un grupo étnico particular se debe considerar la coordinación transfronteriza (16).

Las sanciones legales contra la mutilación genital femenina son el tipo más común de intervención a nivel nacional e internacional, pero hay pruebas fehacientes de que las leyes por sí solas no son suficientes (10, 21, 27). No obstante, la legislación crea un entorno propicio para las intervenciones a nivel local, como se comprobó en Ghana (20) y Senegal (23).

También se ha demostrado que la legislación y los códigos de conducta son importantes en relación con las comunidades que practican la mutilación genital femenina fuera de sus países de origen. Un estudio realizado en la Unión Europea descubrió que la aplicación eficaz de las leyes relacionadas con la mutilación genital femenina va asociada a mejores conocimientos, inclusive sobre cómo tratar a una niña en riesgo, y actitudes de los prestadores de servicios de salud que están en contacto con esas poblaciones (27).

Usar un enfoque integral y basado en los derechos

Las investigaciones subrayan la importancia del trabajo con las comunidades, la inversión a largo plazo y el énfasis en los derechos humanos entendidos en el contexto local para apoyar un cambio colectivo. No obstante, en una revisión sistemática de las intervenciones para prevenir la mutilación genital femenina se llegó a la conclusión de que los mensajes basados en los derechos daban resultados variables (11).

Un mensaje claro de revisiones y estudios es que las intervenciones con múltiples componentes que combinan una variedad de enfoques son más eficaces que las intervenciones concentradas en una sola meta. Las campañas con un solo tema, por ejemplo las políticas dirigidas únicamente a persuadir a los “circuncisores” o a los prestadores de servicios de salud para que cambien sus prácticas, no han conseguido eliminar la mutilación genital femenina (16,23). De manera análoga, las campañas con una única meta concentradas en mensajes sanitarios no han conducido a un abandono generalizado de las mutilaciones genitales femeninas (25).



Los componentes de una estrategia integral basada en los derechos podrían incluir enfoques centrados en reducir la discriminación por razón de género, mejorar la justicia social y apoyar los derechos humanos, el desarrollo de la comunidad y el empoderamiento y la alfabetización de las mujeres y las niñas (16,24).

Referencias

1. Simister J. Domestic violence and female genital mutilation in Kenya: effects of ethnicity and education. *Journal of Family Violence*, 2010, 25(3):247–57.
2. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. Yoder PS, Wang S, Johansen REB. Female genital mutilation/cutting in African countries: estimates of numbers from national surveys. Submitted to *Social Science and Medicine*, October 2012.
4. Yoder P, Abderrahim N, Zhuzhuni A. Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis. Calverton, MD, Calverton, Macro International Inc., 2004.
5. Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. *A statistical study to estimate the prevalence of female genital mutilation in England and Wales*. London, Foundation For Women's Health, Research and Development, 2007.
6. European Parliament. *Resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU*. 2008/2071(INI), 2009.
7. *Towards a Europe free from all forms of male violence against women*. Brussels, European Women's Lobby, 2010.
8. *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. Geneva, World Health Organization, 2010.
9. WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006, 367(9525):1835–41.
10. Berg R, Denison E, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2010.
11. Berg RC, Denison E. Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries. *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 9.
12. *The dynamics of social change: towards the abandonment of female genital mutilation/cutting in five African countries*. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Institute, 2010.
13. Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(5):971–79.
14. Ekenze SO, Ezegwui HU, Adiri CO. Genital lesions complicating female genital cutting in infancy: a hospital-based study in south-east Nigeria. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2007, 27:285–90.
15. Kaplan A et al. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 2011, 8:26.
16. Masho SW, Matthews L. Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009,107(3):232–35.
17. *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2005.
18. *Female genital mutilation – the facts*. Seattle, WA, PATH, 2011.
19. *Global consultation on female genital mutilation/cutting*. Technical Report. New York, NY, United Nations Population Fund, 2008
20. Ako MA, Akweongo P. The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(34):47–54.
21. Shell-Duncan B et al. *Contingency and change in the practice of female genital cutting:*

- dynamics of decision making in Senegambia: summary report*. Geneva, World Health Organization, 2010.
22. *Female genital mutilation: issues and impact*. Cairo, United Nations Children's Fund Egypt, 2011.
 23. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research DaRTiHR. *Dynamics of decision-making and change in the practice of female genital mutilation in the Gambia and Senegal*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 24. Shell-Duncan B. The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, 2001, 52(7):1013–28.
 25. *Demographic and Health Survey – Egypt*. Calverton, MD, Macro International, 1995.
 26. Denison E et al. *Effectiveness of interventions designed to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting*. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2009
 27. Leye E. *Female genital mutilation: a study of health services and legislation in some countries of the European Union*. Ghent, Ghent University, 2008 (Doctoral Thesis).

La serie completa de hojas informativas titulada "Comprender y abordar la violencia contra las mujeres" puede bajarse del sitio web del Departamento de Salud Reproductiva de la OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>

Se puede encontrar más información en otras publicaciones de la OMS, como las siguientes:

- *Eliminating female genital mutilation*, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.html>
- *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

Agradecimientos

Esta hoja informativa fue preparada por Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes y Wendy Knerr como parte de una serie producida por la OMS y la OPS para reseñar la base de evidencia sobre aspectos de la violencia contra la mujer. Elise Johansen actuó como revisora externa de esta hoja informativa. Sarah Ramsay es la editora de la serie.

Organización Panamericana de la Salud.

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. Washington,DC : OPS, 2013.

WHO/RHR/12.41

1. Violencia contra la Mujer. 2. Género y Salud. 3. Violencia Sexual. 4. Circuncisión Femenina. 4. Derechos Humanos. 5. Defensa del Niño. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

Clasificación NLM: WA309

© Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Departamento de Familia, Género y Curso de Vida podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.