



Asamblea General

Distr. general
6 de abril de 2020
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

44º período de sesiones

15 de junio a 3 de julio de 2020

Temas de la agenda 2 y 3

Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Reunión del grupo de expertos sobre la eliminación de la mutilación genital femenina

Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Resumen

Este informe se presenta de conformidad con la resolución 38/6 del Consejo de Derechos Humanos sobre la eliminación de la mutilación genital femenina, en la que el Consejo pidió a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que organizara una reunión de expertos de dos días de duración en Addis Abeba y que lo informara en su 44º período de sesiones sobre los resultados de la reunión.

La reunión de expertos tuvo lugar los días 17 y 18 de julio de 2019. Los participantes examinaron los progresos, las lagunas y los problemas que planteaba la aplicación de las normas, reglas y principios de derechos humanos con el fin de prevenir y eliminar la mutilación genital femenina en diferentes contextos, en particular en las comunidades y los países, y en los contextos de la migración y el desplazamiento.



I. Introducción

1. En su resolución 38/6, el Consejo de Derechos Humanos reiteró que la mutilación genital femenina era una práctica nociva que violaba, conculcaba y menoscababa los derechos humanos de las mujeres y las niñas, representaba una grave amenaza para su bienestar y estaba vinculada con otras prácticas perjudiciales. Al igual que otras prácticas nocivas, la mutilación genital femenina está motivada por la desigualdad de género y los factores o las normas sociales patriarcales que perpetúan o toleran ideas y prácticas en relación con la posición subordinada de la mujer con respecto al hombre y sus papeles estereotipados. En la resolución 38/6, el Consejo también expresó su preocupación por algunas tendencias nuevas, como la medicalización de la práctica y los casos transfronterizos, pese a la intensificación de los esfuerzos por combatir la práctica a todos los niveles y lograr disminuir su prevalencia mundial.

2. En virtud de su resolución 38/6, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) que organizara una reunión de expertos de dos días de duración, preferentemente en Addis Abeba, en estrecha colaboración con otras entidades de las Naciones Unidas, en particular el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El propósito de la reunión era examinar los progresos, las lagunas y los problemas que planteaba la aplicación de las normas, las reglas y los principios de derechos humanos con el fin de prevenir y eliminar la mutilación genital femenina en diferentes contextos, en particular en las comunidades y los países, en el ámbito transfronterizo y en el contexto de los movimientos de población. El Consejo solicitó además al ACNUDH que lo informara en su 44º período de sesiones sobre los resultados de la reunión.

3. La reunión de expertos tuvo lugar los días 17 y 18 de julio de 2019. En ella participaron 25 expertos y profesionales de diferente formación procedentes de 15 países, entre los que había académicos e investigadores, actores del sector médico y judicial y representantes de la sociedad civil y de las Naciones Unidas, quienes compartieron diversas experiencias relacionadas con la eliminación de la mutilación genital femenina. Los debates se basaron en cuatro temas principales, a saber, los marcos de políticas integrales y basados en los derechos para poner fin a la mutilación genital femenina; la aplicación de medidas legislativas y la rendición de cuentas, en particular en el ámbito transfronterizo y en el contexto de los movimientos de población; la lucha contra la medicalización de la mutilación genital femenina; y los enfoques innovadores a nivel comunitario y la ampliación de las intervenciones para abordar las normas sociales y fortalecer la responsabilidad social y la recopilación de datos. Todos esos temas se analizan a continuación.

II. Marcos de políticas integrales y basados en los derechos para poner fin a la mutilación genital femenina

4. En consonancia con la resolución 38/6, los participantes en la reunión de expertos afirmaron que la mutilación genital femenina era una cuestión de derechos humanos. Representaba una manifestación de la discriminación de género basada en normas sociales y culturales por las que se colocaba a las mujeres y las niñas en una posición subordinada en la sociedad. Por lo tanto, no debía afrontarse como una cuestión aislada. También estaba estrechamente relacionada con otras prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, el matrimonio precoz y el matrimonio forzado. Para prevenir y eliminar de manera efectiva la mutilación genital femenina era necesario que los Estados encararan las causas sistémicas y estructurales subyacentes en las que se arraigaba la práctica. Esa labor entrañaba el establecimiento por los Estados de una estrategia holística adecuadamente definida, integral, basada en los derechos y pertinente a nivel local que incluyera legislación y medidas de política propicias, combinadas con un compromiso político y la rendición de

cuentas a todos los niveles¹. Esa estrategia holística debía coordinarse tanto vertical como horizontalmente e incorporarse a las iniciativas nacionales para prevenir y afrontar las prácticas nocivas en todas sus formas. Se destacó que las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos descritas en particular en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño constituían el punto de partida para elaborar esa estrategia holística.

5. En los debates, los participantes resaltaron la necesidad de que esas estrategias holísticas activaran simultáneamente medidas destinadas a hacer frente a las causas fundamentales de la mutilación genital femenina, proteger y prestar asistencia a las mujeres y las niñas y garantizar la rendición de cuentas de los autores, al tiempo que se lograba la participación de todos los actores estatales y no estatales pertinentes. Se hizo hincapié en el liderazgo, la visión a largo plazo y el compromiso político como componentes clave para hacer frente con eficacia a la mutilación genital femenina. También se mencionó que, como cuestión de derechos humanos y desarrollo, las intervenciones respecto a la mutilación genital femenina debían estar vinculadas a los planes y las estrategias nacionales de desarrollo y lucha contra la pobreza, con el fin de evitar que la cuestión se convirtiera en un compartimento estanco y garantizar que se priorizaran y presupuestaran adecuadamente sus dimensiones socioeconómicas, las cuales afectaban sobre todo a las comunidades más marginadas. Un experto señaló que en Kenya, por ejemplo, se había procurado incluir las intervenciones estratégicas en relación con la mutilación genital femenina en el plan de desarrollo del país.

6. Los expertos convinieron en que era fundamental asegurar una previsión detallada de los costos y los recursos necesarios para las políticas y los planes con el fin de aplicar un enfoque integral a la mutilación genital femenina. Esa previsión debía conjugarse con una capacidad técnica apropiada del personal, labor que no se limitaría a la designación de responsables, sino que implicaría una inversión para desarrollar la capacidad de acción de los diferentes ministerios e instituciones competentes. También se mencionó que los países que habían hecho progresos eran los que habían invertido en la eliminación de la mutilación genital femenina, como Burkina Faso y Kenya.

7. En la reunión se reconoció el valor de los mecanismos de coordinación para avanzar en la eliminación de la práctica. Además de asegurar la coordinación entre todos los actores, esos mecanismos eran fundamentales para fomentar la implicación y seguir la evolución de los progresos. Sin embargo, algunos expertos advirtieron de los retos que planteaba la coordinación horizontal tanto entre los distintos ministerios (por ejemplo, el Ministerio de la Mujer y el Ministerio de Salud) como en los propios ministerios (por ejemplo, las distintas personas que se ocupaban de los derechos humanos de las mujeres y la mutilación genital femenina), así como la coordinación vertical a nivel central y local, sobre todo en el contexto de la transferencia de competencias, puesto que era habitual la falta de conexión con los ministerios centralizados.

8. En los debates se reconoció que el cambio social debía provenir de la comunidad. La transformación de las normas sociales solo era posible mediante una acción sostenida a todos los niveles, por ejemplo, en la escuela y otros entornos de educación formal, en la educación informal, mediante la labor con las comunidades y sus líderes, incluidos los líderes religiosos, y a través de diferentes medios de comunicación. Se expusieron varios ejemplos del importante papel que desempeñaban los comunicadores tradicionales en África Occidental para convencer a los miembros de la comunidad del carácter nocivo de la mutilación genital femenina, así como del empleo de los medios sociales para informar a la población sobre las consecuencias perjudiciales de la práctica. Asimismo, los expertos se refirieron en repetidas ocasiones a la necesidad de concertar esfuerzos para empoderar a las mujeres y las niñas afectadas por la práctica y asegurar su participación significativa en el diseño de intervenciones para hacerle frente. Se reconoció que ese era un elemento fundamental para que las respuestas legítimas fueran eficaces y aceptables. Los expertos destacaron que debían evitarse las suposiciones sobre las necesidades de las mujeres y las

¹ Véanse la recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2014), aprobadas de manera conjunta, sobre las prácticas nocivas.

niñas y que era esencial dialogar con ellas para comprender qué consideraban una respuesta aceptable.

9. También se destacó que las respuestas a la mutilación genital femenina debían contextualizarse y adaptarse a las necesidades de las diferentes comunidades. Por ejemplo, en los contextos de migración era importante entender en qué medida el apoyo a la práctica estaba vinculado a la identidad y a la necesidad de pertenecer a un determinado grupo, mientras que en otros contextos la coacción social podía influir en la decisión o el consentimiento de realizar la práctica por temor al rechazo de la comunidad. Los retos para el cambio social que se dieron a conocer incluyeron las dificultades para traducir los mensajes de derechos humanos con respecto a la mutilación genital femenina en comunidades que a menudo estaban privadas de sus derechos básicos y la necesidad de preparar mejores respuestas a los argumentos que se esgrimían en favor de la práctica como medio para prosperar y obtener acceso a los recursos de capital social.

10. En la reunión también se resaltó la importancia de las iniciativas globales de alto nivel a escala mundial o regional para alentar el compromiso político y la adopción de medidas en los países. A ese respecto, se mencionó la iniciativa Saleema de la Unión Africana sobre la eliminación de la mutilación genital femenina como una iniciativa con probabilidades de éxito. Saleema se presentó en paralelo a la celebración de la cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Africana en 2019. Su objetivo era acelerar la eliminación de la mutilación genital femenina transformando las normas sociales y la dimensión cultural de la práctica; dando respuesta a la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo y reforzando la observancia de la legislación; asignando recursos financieros nacionales para hacer frente a la práctica; invirtiendo en la recopilación de datos y promoviendo esa labor, entre otras cosas, mediante la presentación de informes periódicos; y aumentando la interacción con la sociedad civil y los grupos comunitarios para poner fin a la práctica.

11. Los participantes en la reunión admitieron que el actual retroceso en materia de derechos humanos de la mujer podría representar una amenaza para los avances en la eliminación de la mutilación genital femenina y reconocieron la necesidad de tenerlo en cuenta, junto con otros problemas, al debatir las políticas y definir relatos para la eliminación de la práctica. Algunos expertos informaron de que en algunas comunidades, por ejemplo, en la India, las organizaciones de la sociedad civil implicadas en la eliminación de la mutilación genital femenina habían tropezado con la resistencia de los líderes religiosos y los dirigentes políticos. Otro ejemplo que se mencionó fue la reacción ocasionada por la propuesta de promulgar una ley que prohibiera la mutilación genital femenina en el Sudán, que había provocado que las niñas fueran sometidas al procedimiento en gran escala en previsión de que se aprobara de ese instrumento legislativo. Otros retos examinados fueron la tendencia a enmarcar la mutilación genital femenina como una cuestión social, cultural o religiosa, en lugar de una cuestión de derechos humanos, para evitar vincularla a la violencia de género. Los argumentos a favor de la medicalización de la práctica podían dar la impresión de que la práctica era sensata o beneficiosa desde el punto de vista médico por el mero hecho de que intervenían profesionales sanitarios.

III. Aplicación de medidas legislativas y la rendición de cuentas, en particular en el ámbito transfronterizo y en el contexto de los movimientos de población

12. Todo enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mutilación genital femenina comporta que esta sea reconocida como una forma de violencia de género y, por ende, debería haber normas jurídicas específicas para garantizar su prohibición. La práctica de la mutilación genital femenina debería considerarse un delito que tiene que investigarse, enjuiciarse y castigarse. Los participantes en la reunión de expertos llegaron a un consenso sobre la importancia de promulgar leyes que prohibiera la mutilación genital femenina como elemento fundamental para señalar que la práctica no era aceptable y garantizar la protección y los recursos para las mujeres y las niñas. La práctica también

podía constituir un delito sujeto al derecho penal. El proceso de elaboración de esa legislación debía incluir consultas significativas con la comunidad para evitar interpretaciones erróneas, asegurar la implicación y la legitimidad y, finalmente, garantizar la observancia de las leyes. Sin embargo, los expertos recordaron que la adopción de legislación por sí sola era insuficiente para encarar la práctica con eficacia. A ese respecto, se subrayó que el Comité de los Derechos del Niño y otros mecanismos de derechos humanos habían dejado claro que toda legislación contra la mutilación genital femenina debía formar parte de un enfoque global, que incluyera medidas destinadas a abordar las normas sociales y el contexto cultural².

13. En ese contexto, los expertos señalaron algunos de los elementos fundamentales de la posible legislación sobre la mutilación genital femenina que facilitarían su observancia, como: a) el carácter amplio de la ley, la cual abarcaría tanto la prohibición como la criminalización de la práctica (comprendidos la prevención, el castigo y las medidas de reparación); b) una definición adecuada de los elementos del delito, incluidas la tentativa y la complicidad, y una definición clara de los infractores; c) disposiciones relativas a la cuestión de la extraterritorialidad; d) la ausencia de plazo para la denuncia y procedimientos de denuncia simplificados (por ejemplo, a través de líneas telefónicas directas anónimas); e) la imposición de penas adecuadas y una aplicación coherente de la ley; f) la divulgación adecuada de la ley para que fuera conocida y aplicada; g) la formación apropiada de los jueces y los abogados; h) el fomento de la capacidad de las mujeres y las niñas sobre la forma de obtener reparación; i) enjuiciamientos en los que se tuviera en cuenta el género y la infancia, incluidos sistemas de protección para las víctimas y los testigos; j) orientación para que la aplicación de un sistema jurídico oficioso fuera supervisada por el sistema jurídico oficial con el fin de condenar la práctica.

14. Durante la reunión se reconoció que la criminalización de la mutilación genital femenina y la imposición de fuertes condenas y multas estaban generando un creciente debate sobre si esas leyes estaban logrando su objetivo previsto de reducir la incidencia de la práctica. Por ejemplo, en los informes de varios países se indicaba que era difícil asegurar enjuiciamientos con arreglo a esas leyes, sobre todo teniendo en cuenta la posible responsabilidad de los padres y familiares de la víctima en la realización u organización del procedimiento y, por consiguiente, su renuencia a denunciarlo. Las dificultades para reunir pruebas complicaban aún más esa situación, dado que a menudo no era fácil determinar si una niña había sido sometida a mutilación genital. Los expertos informaron de que algunos de los obstáculos con que tropezaban las autoridades del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte para reunir pruebas sobre la mutilación genital femenina se debían a varias cuestiones, entre ellas el carácter clandestino de la práctica y la dificultad de obtener pruebas médicas. Además, las hijas cuyos padres se enfrentan a las consecuencias de las sanciones penales podían quedar en una situación nefasta, especialmente si no había sistemas de protección social. Por consiguiente, se subrayó la necesidad de evaluar periódicamente las repercusiones de los marcos jurídicos para determinar las posibles consecuencias negativas.

15. Por otro lado, algunos expertos expresaron su preocupación por los efectos desproporcionados de los enfoques punitivos en las mujeres y las niñas, dado que podían, por ejemplo, empujar la práctica a la clandestinidad, lo que la haría aún más peligrosa para las niñas afectadas y daría lugar a la estigmatización de las comunidades, sobre todo de las mujeres y las niñas, en el contexto de la migración y el movimiento de poblaciones (por ejemplo, en Europa). A ese respecto, algunos expertos destacaron la necesidad de complementar la legislación con medidas destinadas a alentar un cambio en las normas sociales y a comprender los demás factores que sostenían esa práctica.

16. Otra dificultad conexas que se señaló en la reunión estaba relacionada con las lagunas en la observancia de la legislación debido a su estrecha conceptualización e interpretación por los jueces. A ese respecto, era ilustrativa una experiencia en Kenya de la que se informó: tres mujeres adultas que habían aceptado que se les practicara la mutilación genital fueron condenadas a tres años de prisión por no haber denunciado sus casos a las

² Véanse, por ejemplo, CEDAW/C/KEN/CO/8; CEDAW/C/GBR/CO/8; CRC/C/CMR/CO/3-5; CCPR/C/BFA/CO/1; y E/C.12/MLI/CO/1.

autoridades, habida cuenta de que la legislación establecía que el consentimiento no podía aducirse como defensa para la práctica de la mutilación genital y estipulaba la obligatoriedad de la denuncia³. Al examinar esa cuestión, los expertos observaron que términos y expresiones como “consentimiento”, “autonomía física”, “decisión” y “daño” ponían en tela de juicio la aplicación de enfoques punitivos a la mutilación genital femenina. Los expertos convinieron en la necesidad de realizar más investigaciones sobre esas cuestiones y sobre las consecuencias para los derechos humanos de los diferentes enfoques jurídicos y de políticas de la mutilación genital femenina, sobre todo en lo que respecta a las mujeres adultas. Además, esas cuestiones también debían servir de guía de las iniciativas complementarias tan necesarias para vigilar los efectos de la legislación contra la mutilación genital femenina, por ejemplo, las personas que eran enjuiciadas y las consecuencias de los enjuiciamientos en ellas, teniendo siempre como eje central los derechos humanos de las mujeres y niñas afectadas. El análisis y el seguimiento de las repercusiones en los derechos humanos debían orientar la labor de los mecanismos de derechos humanos y sus recomendaciones relativas a la eliminación de la mutilación genital femenina.

17. Se plantearon inquietudes sobre la cuestión de la denuncia obligatoria de la mutilación genital femenina por los profesionales sanitarios y los dilemas éticos que esa cuestión entrañaba en cuanto a la confidencialidad y el posible perjuicio a la relación médico-paciente y a la confianza pública, puesto que, sin la garantía de confidencialidad, las víctimas de la mutilación genital femenina (y sus familias) podían evitar acudir a los consultorios de medicina general, incluso para afecciones no ginecológicas⁴. Dado que los datos eran limitados en cuanto a si las denuncias obligatorias, en la forma en que se aplicaban, lograban proteger a las niñas y mujeres que corrían el riesgo de sufrir mutilación genital⁵, los expertos consideraron que eran necesarias más investigaciones y aclaraciones al respecto.

18. Algunos expertos también mencionaron que, cuando existía legislación en la materia, esta solía tener un alcance insuficiente o una aplicación deficiente debido a numerosos factores. Por ejemplo, a pesar de que la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo tenía lugar tanto en África Oriental como en África Occidental, el hecho de no que se hiciera frente a las dimensiones transfronterizas de la práctica constituía una carencia crítica en la mayoría de las leyes africanas contra la mutilación genital femenina⁶. Las niñas y las jóvenes que residían en Europa solían ser sometidas a la práctica en su país de origen, lo que suscitaba la cuestión de cómo se podían aplicar extraterritorialmente las leyes contra la mutilación genital femenina. Una gran mayoría de los países europeos había incluido el principio de extraterritorialidad en su derecho penal general, lo que permitía su aplicación a la mutilación genital femenina.

19. Las iniciativas para hacer frente a la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo que se dieron a conocer durante la reunión de expertos incluían el uso de órdenes de protección en el Reino Unido como alternativa para reducir al mínimo el riesgo de exposición de las mujeres y las niñas, al impedir que las mujeres y las niñas en situación de riesgo viajaran fuera del país. Sin embargo, los expertos advirtieron sobre la posibilidad de que, al aplicar las órdenes de protección, se prestara una atención desmesurada a determinadas comunidades. Otra iniciativa que se dio a conocer en la reunión se refería a una reunión transfronteriza de África Oriental para poner fin a la mutilación genital femenina, en la que los representantes de Etiopía, Kenya, la República Unida de Tanzania, Somalia y Uganda examinaron la promulgación del proyecto de ley de la Comunidad de

³ Véase la Ley de Prohibición de la Mutilación Genital Femenina (2011), arts. 19 6) y 24.

⁴ Véase Joel Naftalin y Susan Bewley, “Mandatory reporting of FGM”, *British Journal of General Practice*, vol. 65, núm. 638 (septiembre de 2015).

⁵ Yusuf Malik y otros, “Mandatory reporting of female genital mutilation in children in the UK”, *British Journal of Midwifery*, vol. 26, núm. 6 (junio de 2018).

⁶ Véase, por ejemplo: Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF para Eliminar la Mutilación Genital Femenina, *How to Transform a Social Norm: Reflections on Phase II of the UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation* (2018), pág. 25; y Samuel Kimani y Caroline W. Karibu, “Shifts in female genital mutilation/cutting in Kenya: perspectives of families and health care providers”, Population Council (diciembre de 2018), pág. ix.

África Oriental sobre la mutilación genital femenina (2016) y aprobaron un plan de acción sobre la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo⁷, que incluía cuatro esferas de resultados, a saber, la mejora del entorno y los marcos legislativos y de políticas; la coordinación y colaboración eficaces y eficientes entre los Gobiernos nacionales; la comunicación y el fomento de la prevención y la respuesta; y el aumento de las capacidades de generar y utilizar datos probatorios para hacer frente a la práctica. No obstante, se subrayó que era necesario realizar más investigaciones sobre las repercusiones de la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo en los derechos humanos de las mujeres y las niñas afectadas, a fin de mejorar la fundamentación de las intervenciones.

20. Se destacó el papel del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones como instrumento para mejorar la protección de las niñas que corrían el riesgo de ser sometidas a mutilación genital. A ese respecto, se mencionó que, en marzo de 2018, el Comité de los Derechos del Niño había adoptado su primera decisión sobre la cuestión, en la que afirmaba que el riesgo de ser sometida a la mutilación genital femenina era un motivo de no devolución y que, al evaluar ese riesgo, debía realizarse una evaluación individualizada que tuviera como consideración primordial el interés superior de la niña (véase el documento CRC/C/77/D/3/2016).

IV. Lucha contra la medicalización de la mutilación genital femenina

21. La OMS define la medicalización de la mutilación genital femenina como las situaciones en que la práctica es realizada por un profesional sanitario, de cualquier categoría, ya sea en un centro público o privado, en el hogar o en otro lugar⁸. Se incluye en ese concepto el procedimiento de reinfibulación en cualquier momento de la vida de una mujer.

22. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, la mutilación genital femenina se considera una forma de violencia de género y una práctica nociva, independientemente de que se realice en un contexto médico. El artículo 5 b) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África exige específicamente a los Estados que prohíban todas las formas de mutilación genital femenina, incluida su medicalización y paramedicalización. Por otro lado, la Asamblea General ha instado en varias resoluciones a los Estados a condenar todas las formas de mutilación genital femenina “independientemente de que se realicen dentro o fuera de las instituciones médicas” (véanse, por ejemplo, las resoluciones 67/146 y 71/168). Además, varios órganos de tratados, entre ellos el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, han exhortado a los países a que eliminen la medicalización de la mutilación genital femenina. Del mismo modo, el Consejo de Derechos Humanos examinó la mutilación genital femenina medicalizada en su 38º período de sesiones y subrayó que la tendencia a la medicalización no aumentaba la aceptabilidad de la práctica. En la resolución 38/6, el Consejo exhortó a los Estados, la comunidad internacional y el sistema de las Naciones Unidas a que pusieran fin a la medicalización de la mutilación genital femenina.

23. En ese contexto, los participantes en la reunión de expertos examinaron algunos de los argumentos aducidos en apoyo de la medicalización de la mutilación genital femenina, entre ellos que reducía los daños para las mujeres y las niñas y que era un primer paso hacia la eliminación de la práctica. Según la OMS, los profesionales sanitarios que realizan mutilaciones genitales medicalizadas vulneran el principio ético médico fundamental de no maleficencia (“no hacer daño”) y el principio fundamental de prestar la atención sanitaria

⁷ UNFPA-UNICEF, “Ending cross-border FGM” (abril de 2019); puede consultarse en https://drive.google.com/file/d/1X48bGPutBbiYuFGtJQOg3stvmTLsJ6o_/view.

⁸ OMS, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: a Clinical Handbook* (Ginebra, 2018), pág. 392, y OMS y otros, “Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation” (2010), pág. 1.

de la mayor calidad posible⁹. Los expertos observaron que, a falta de pruebas, no estaba claro de qué manera la medicalización reducía los daños y los riesgos para la salud de las mujeres y las niñas. En cambio, se documentaron complicaciones a largo plazo asociadas a la mutilación genital femenina, en concreto en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos, incluidas complicaciones psicológicas y obstétricas. Varios expertos subrayaron también que era posible que la medicalización, en lugar de contribuir a su eliminación, propiciara la normalización o la institucionalización de la práctica y la convirtiera en un procedimiento de rutina e, incluso, tal vez la alentara. Otros se refirieron al trauma que suponía para las niñas la mutilación genital, independientemente de quién la practicara, y a la forma en que ese trauma podía influir en sus relaciones futuras, en particular con los médicos.

24. A partir de la experiencia disponible, los expertos examinaron varias prácticas prometedoras para dar una mejor respuesta a la tendencia a la medicalización de la mutilación genital femenina. En el contexto de Burkina Faso, por ejemplo, parecía que un marco jurídico sólido con penas considerables a los médicos había sido eficaz para reducir la medicalización, puesto que el temor a ser condenado a prisión o a perder la habilitación para ejercer había servido de elemento disuasorio. Por su parte, el Sudán había elaborado en 2016 un marco de rendición de cuentas para las parteras a fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios y hacer frente a la mutilación genital femenina medicalizada. Se mencionó que la adopción de un código médico y la integración de las cuestiones relativas a la mutilación genital femenina en los programas de estudios de las facultades de medicina, así como en la formación previa al empleo y en el empleo de los profesionales médicos y las parteras, eran necesarias para desarrollar la capacidad del sector médico. Se indicó que el material de capacitación basado en los derechos facilitado por los organismos de las Naciones Unidas, en particular la OMS, y destinado a los médicos y las parteras era fundamental para crear conciencia sobre la inaceptabilidad de la mutilación genital femenina. También se subrayó la necesidad de establecer directrices para los profesionales de medicina general sobre la manera de responder a la presión a la que se podían ver sometidos para realizar la mutilación genital femenina medicalizada y de dotarlos de mensajes clave para las comunidades sobre las razones para que abandonaran la práctica.

25. Otras experiencias que se dieron a conocer incluyeron la labor que realizaban los profesionales sanitarios con los medios de comunicación y las comunidades, como la iniciativa “Médicos contra la mutilación genital femenina” en Egipto, a fin de sensibilizar sobre la cuestión, y con los estudiantes de las facultades de medicina, para movilizarlos contra esa práctica. De manera análoga, se mencionó el protagonismo de las asociaciones médicas profesionales en la condena de las medidas para medicalizar la mutilación genital femenina como una importante contribución para reducir la prevalencia de la práctica. Por ejemplo, los sindicatos árabes de médicos de Egipto, Somalia, el Sudán y el Yemen y de parteras de Djibouti y el Sudán habían aprobado declaraciones públicas en 2017, en las que reconocían la práctica como una violación de los derechos de las mujeres y las niñas y se comprometían además a adoptar medidas para eliminarla. En el plano nacional, diferentes asociaciones profesionales (asociaciones de enfermeras, parteras, profesionales de la obstetricia y la ginecología y profesionales de la pediatría) habían hecho declaraciones públicas similares durante sus reuniones profesionales anuales, por ejemplo, en el Sudán desde 2016.

26. Las investigaciones han puesto de manifiesto que la medicalización de la mutilación genital femenina puede hacer que aparezca en algunos profesionales sanitarios un interés financiero en mantener la práctica, aunque no siempre es el principal factor de motivación¹⁰. Las ganancias materiales son en su mayoría en forma de dinero, pero también

⁹ OMS, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: a Clinical Handbook*, pág. 392.

¹⁰ Véase Samuel Kimani y Bettina Shell-Duncan, “Medicalized female genital mutilation/cutting: contentious practices and persistent debates”, *Current Sexual Health Reports*, vol. 10, núm. 1 (febrero de 2018).

de regalos¹¹. A ese respecto, los expertos reconocieron las dificultades que entrañaba abordar la cuestión de los beneficios económicos, especialmente en contextos en que podían ser los únicos ingresos de los médicos, e indicaron que una posible forma de tratar la cuestión consistiría en incluir la mutilación genital femenina en las estrategias y los planes de reducción de la pobreza.

27. En cuanto a la prevención de la medicalización de la mutilación genital femenina, se hizo hincapié en la responsabilidad común de los Gobiernos, los encargados de la formulación de políticas, los profesionales de la medicina, los abogados y los líderes religiosos a todos los niveles. También se mencionó que la OMS, en colaboración con las principales partes interesadas, había elaborado una estrategia mundial para poner fin a la mutilación genital femenina, que incluía un componente destinado a fortalecer la comprensión y los conocimientos de los profesionales sanitarios, puesto que eran actores fundamentales del cambio para prevenir la práctica. La OMS estaba prestando apoyo a los países para que elaboraran y aplicaran estrategias nacionales en el sector de la salud. En el Sudán, el Ministerio de Salud había tomado la iniciativa en 2015 de poner en marcha la estrategia nacional. Otros ocho países se encontraban en fases diferentes en cuanto a la puesta en práctica de la estrategia¹². Los participantes acogieron con beneplácito la estrategia y subrayaron la necesidad de aprender de los procesos y evaluar su repercusión en la mutilación genital femenina medicalizada.

28. En los debates también se abordó la cuestión de si las mujeres adultas podían dar su consentimiento a la mutilación genital en los contextos médicos y, en caso afirmativo, la forma de apoyar a los médicos a la hora de evaluar su consentimiento pleno, libre e informado. Algunos expertos consideraron que esa práctica no debía permitirse nunca, ni siquiera cuando la solicitaran mujeres adultas, dada la presión social a la que podrían haber estado expuestas y que podría viciar el consentimiento. Sin embargo, otros expertos advirtieron sobre la existencia de un doble rasero cuando se permitían otras intervenciones quirúrgicas en los genitales femeninos innecesarias desde el punto de vista médico y potencialmente nocivas, como la cirugía estética, y las razones para realizarlas también podían atribuirse a la presión social. Si bien en la reunión no se llegó a una conclusión sobre el enfoque más conveniente, los expertos convinieron en la necesidad de seguir examinando la interpretación de las decisiones y el consentimiento de las mujeres en el contexto de las sociedades patriarcales.

V. Enfoques innovadores a nivel comunitario y ampliación de las intervenciones para abordar las normas sociales y fortalecer la responsabilidad social y la recopilación de datos

29. Durante la reunión de expertos se debatió el concepto de la rendición de cuentas en relación con la mutilación genital femenina. La rendición de cuentas en materia de derechos humanos iba más allá de garantizar la responsabilidad penal. Abarcaba una amplia gama de medidas que los Estados debían adoptar para garantizar la plena realización de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, entre otras cosas, mediante una legislación y unas políticas amplias y basadas en los derechos que contaran con recursos suficientes y el establecimiento de mecanismos de vigilancia.

30. En ese contexto, se reconoció que el concepto de responsabilidad social era un marco útil y complementario, puesto que se basaba en la implicación de los miembros de la comunidad o las organizaciones de la sociedad civil que participaban directa o indirectamente en la exigencia de rendición de cuentas a los garantes de derechos.

¹¹ Véase Marie-Hélène Doucet, Christina Pallitto y Danielle Groleau, “Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature”, *Reproductive Health*, vol. 14 (marzo de 2017).

¹² Esos países son Burkina Faso, Egipto, Etiopía, Gambia, Guinea, Kenya, Nigeria y Somalia. En un principio, el Yemen iba a ser el décimo país en poner en práctica la estrategia mundial de la OMS, pero la labor aún no se ha iniciado debido a la situación de conflicto.

Se refería a la amplia gama de medidas y mecanismos que podían ser puestos en marcha y apoyados por el Estado, los ciudadanos o ambos, pero que muy a menudo dependían de la demanda y funcionaban de abajo arriba. Su objetivo era lograr que los funcionarios públicos rindieran cuentas, por ejemplo, mediante instrumentos de seguimiento del gasto público, la presupuestación participativa o indicadores de desempeño de la comunidad para evaluar la satisfacción de los usuarios y los proveedores de servicios¹³. Los mecanismos de responsabilidad social comportaban la participación de los ciudadanos y los grupos comunitarios en la planificación, la presupuestación y la supervisión de los proyectos.

31. Concretamente, los participantes examinaron la forma en que las iniciativas de responsabilidad social en relación con la mutilación genital femenina podrían beneficiarse del uso de la tecnología para obtener acceso a la información; supervisar la aplicación de la legislación y las políticas; ampliar el seguimiento presupuestario; y llegar a lograr que los Gobiernos rindieran cuentas. Las experiencias que se dieron a conocer a ese respecto incluyeron, por ejemplo, “U-Report”, una plataforma gratuita de mensajes de texto que se puso en marcha en Uganda en 2011 con el apoyo del UNICEF y que permitía a las personas comunicar cuestiones que les afectaban a ellas y a sus comunidades, así como obtener información en tiempo real y opiniones sobre nuevas iniciativas¹⁴. El sistema de comunicación de la plataforma ha contribuido a que el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF para Eliminar la Mutilación Genital Femenina iniciara un diálogo con los jóvenes sobre la mutilación genital femenina como cauce para que los asociados y las comunidades se implicaran aún más en los esfuerzos por poner fin a esa práctica. Por otro lado, se estaba utilizando para reunir datos en tiempo real sobre los casos de mutilación genital femenina que habían sido registrados por otros sistemas de gestión de la información que llegaban a las comunidades pertinentes, para hacer un seguimiento de los logros de los programas y para vigilar la ejecución de las actividades en tiempo real. También había servido como instrumento para medir las tendencias de las percepciones de la mutilación genital femenina¹⁵.

32. En la reunión, los participantes también analizaron los beneficios de la utilización de la tecnología digital a nivel comunitario para hacer frente a la mutilación genital femenina. Los ejemplos de enfoques innovadores a ese respecto comprendieron “Crowd2Map” en la República Unida de Tanzania, que desde 2015 ha mejorado la cartografía de las zonas rurales de Tanzania para convertirla al formato de OpenStreetMap (una aplicación cartográfica gratuita de código abierto) y ha fomentado la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil local para utilizar esos mapas a fin de orientar sus intervenciones de protección de las niñas en riesgo de ser sometidas a mutilación genital¹⁶. La elaboración de mapas mejores y más detallados había facilitado el acceso de esas organizaciones a aldeas remotas para localizar a las niñas en situación de riesgo, con el fin de ubicarlas en casas seguras durante la época en que se practicaba la mutilación¹⁷.

33. Otra cuestión que se debatió durante la reunión fue la importancia de la recopilación de datos sobre la mutilación genital femenina para dar visibilidad a la práctica y orientar la planificación, la gestión y la adopción de decisiones. Si bien se reconocieron los diversos esfuerzos realizados para apoyar las iniciativas nacionales destinadas a mejorar la recopilación de datos por el UNFPA y el UNICEF por conducto de su programa conjunto¹⁸, en la reunión de expertos se observó con preocupación la falta de datos exactos y fiables sobre la mutilación genital femenina en muchos países en que esa práctica seguía existiendo. Esa falta de datos se debía, entre otras cosas, a la ausencia de indicadores de la

¹³ Véase Carmen Malena, Reiner Forster y Janmejay Singh, “Social accountability: an introduction to the concept and emerging practice”, Banco Mundial, Social Development Papers núm. 76, (diciembre de 2004), pág. 3.

¹⁴ Véase UNICEF, “U-Report: amplifying voices for young people”; puede consultarse en <https://www.unicef.org/uganda/what-we-do/u-report>.

¹⁵ Véase <https://ureport.ug/stories/>.

¹⁶ Véase <https://crowd2map.org>.

¹⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas, “For girls escaping FGM in rural Tanzania, crowdsourced maps show the way to safety”, 22 de octubre de 2018.

¹⁸ Véase, por ejemplo, Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF para Eliminar la Mutilación Genital Femenina, *Accelerating Change. Annual Report 2018* (agosto de 2019).

mutilación genital femenina en los sistemas de información sanitaria; la ausencia de marcos sólidos de seguimiento y evaluación; la falta de capacidad de los funcionarios competentes; y la ausencia de directrices normalizadas sobre la recopilación de datos.

34. En la reunión también se expusieron varias iniciativas innovadoras apoyadas por el Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF, entre ellas la utilización de técnicas de modelización demográfica (conocidas como “análisis de supervivencia”) para mejorar la recopilación de datos, que se basaban en el riesgo de que una niña fuera sometida a mutilación genital cada año de su vida¹⁹; y el marco ACT, proyecto experimental de seguimiento y evaluación en Etiopía y Guinea con el que se trataba de medir el cambio de las normas sociales en relación con la mutilación genital femenina y era lo suficientemente flexible como para ser contextualizado en cada país²⁰. Se subrayó que la falta de estadísticas precisas socavaba las iniciativas para promover la erradicación de la mutilación genital femenina y prestar servicios a las mujeres y niñas que habían sido sometidas a esa práctica. Por consiguiente, se consideró que era fundamental seguir apoyando las iniciativas a ese respecto.

VI. Conclusiones y recomendaciones

35. Los participantes en la reunión de expertos analizaron los progresos, las lagunas y los problemas que se planteaban para garantizar la eliminación de la mutilación genital femenina, centrándose en marcos de políticas integrales y basados en los derechos; la observancia de la legislación; la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo; la medicalización de la práctica; y la recopilación de datos. A lo largo de la reunión se examinaron varios enfoques innovadores de ámbito comunitario para afrontar las normas sociales. Se subrayó que el liderazgo, el compromiso político, la visión a largo plazo, un enfoque participativo e inclusivo y la rendición de cuentas eran requisitos fundamentales para avanzar en la eliminación de la mutilación genital femenina. A continuación se exponen varias recomendaciones derivadas de la reunión, aparte de las que se han mencionado en el texto:

- a) **Elaborar estrategias holísticas bien definidas, amplias, basadas en los derechos y pertinentes a nivel local, que aborden las causas fundamentales de la práctica, protejan y ayuden a las mujeres y las niñas y garanticen la rendición de cuentas de los autores, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos;**
- b) **Celebrar consultas significativas con las comunidades que realizan la práctica, en particular con las mujeres y las niñas, para garantizar la implicación en las intervenciones y la legitimidad de estas;**
- c) **Adoptar una legislación amplia, que tenga en cuenta el género y la edad, en materia de mutilación genital femenina, que abarque la prohibición y la criminalización de la práctica, incluidos la prevención, el castigo y las medidas de reparación a disposición de las víctimas. Los efectos de la legislación en los derechos humanos deben vigilarse periódicamente, así como los obstáculos a su observancia, en consulta, entre otros, con las comunidades y los grupos de derechos humanos de las mujeres;**
- d) **Recurrir al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones como instrumento para mejorar la protección de las niñas en riesgo de ser sometidas a mutilación genital;**
- e) **Seguir fortaleciendo la coordinación y la colaboración a nivel regional para eliminar la mutilación genital femenina mediante diversas iniciativas y estrategias (por ejemplo, la iniciativa Saleema);**

¹⁹ Véase, por ejemplo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Bending the curve: FGM trends we aim to change” (2018).

²⁰ *Ibid.* Véase también UNFPA y UNICEF, “Changing social norms around FGM/C: the development of a macro-level M & E framework” (abril de 2018).

f) Realizar investigaciones sobre las repercusiones de la mutilación genital femenina de ámbito transfronterizo en los derechos humanos de las mujeres y las niñas afectadas, a fin de mejorar la fundamentación de las intervenciones;

g) Llevar a cabo investigaciones sobre el significado de consentimiento, autonomía física, decisión y daño en el contexto del patriarcado y sus consecuencias para las mujeres adultas, a fin de orientar mejor los enfoques jurídicos y de políticas sobre la mutilación genital femenina, especialmente con respecto a la medicalización de la práctica;

h) Intensificar los esfuerzos por hacer frente a la mutilación genital femenina medicalizada, en particular con el apoyo de la OMS, por ejemplo, mediante la integración de las cuestiones relativas a la mutilación genital femenina en los programas de estudios de las facultades de medicina y la capacitación de las parteras y los profesionales sanitarios, la elaboración de orientaciones y códigos médicos para los profesionales de medicina general y el apoyo a las iniciativas de las asociaciones de profesionales de la medicina y las organizaciones de la sociedad civil para sensibilizar sobre la inaceptabilidad de la práctica;

i) Documentar las complicaciones a largo plazo resultantes de la mutilación genital femenina medicalizada, incluidas las complicaciones sexuales, psicológicas y obstétricas, adoptar medidas para resolver los factores que la promueven, como el beneficio material para los proveedores de servicios de salud, y evitar las intervenciones que tengan consecuencias adversas, en especial para las mujeres y las niñas, como los enfoques punitivos y la denuncia obligatoria de la práctica;

j) Promover los marcos de responsabilidad social, por ejemplo, a través de enfoques innovadores y el uso de la tecnología a nivel comunitario, entre otras cosas con el apoyo del Programa Conjunto del UNFPA y el UNICEF para Eliminar la Mutilación Genital Femenina.
