

Parte III.L
Mutilación
Genital
Femenina

- Porcentaje de la población que sabe de la MGF: La condición legal, la postura religiosa, los riesgos para la salud
- Porcentaje de la población que está a favor de que se continúe con la MGF
- Porcentaje de las mujeres entre 15-19 años de edad a las que se les ha hecho una circuncisión femenina

MUTILACIÓN^{NT} GENITAL FEMENINA

El corte genital femenino, o circuncisión femenina, es un término genérico para las prácticas tradicionales que abarcan el corte de los órganos genitales femeninos para extirpar parcialmente o lesionar los genitales femeninos por razones culturales o de otra índole no terapéutica (Toubia, 1995; OMS, 1995d). Otro término utilizado para esta práctica es mutilación genital femenina (MGF), el cual enfatiza el daño físico permanente que se hace a los órganos genitales femeninos (Yoder, Camara y Soumaoro, 1999).

La circuncisión femenina está profundamente arraigada en muchas sociedades africanas. La práctica se lleva a cabo en más de 16 países, pero en otras 20 naciones africanas, es una práctica rara o desconocida. Las fronteras nacionales son menos relevantes para delinear las zonas en las que se realiza esta práctica que en las zonas culturales transnacionales (Akweongo et al, 2001). Siendo un fenómeno más laico que religioso, la mutilación genital femenina ocurre tanto en sociedades islámicas como cristianas. Varios países han prohibido la circuncisión femenina, aunque el grado en que se aplica la ley varía de un país a otro. En Guinea, por ejemplo, la circuncisión se castiga con cadena perpetua, pero nadie ha sido condenado por este crimen (Yoder, Camara y Soumaoro, 1999). En contraste, las autoridades de Ghana hacen todo lo posible por enjuiciar a los profesionales que se les descubre en la práctica; los medios dan amplia publicidad a estos casos e identifican a los perpetradores, a manera de humillación social, para disuadir a otros de hacerlo (Reason, 2001).

La OMS (1996d) ha clasificado cuatro tipos de circuncisión femenina:

- Tipo I: Excisión del prepucio, con o sin extirpación parcial o total del clítoris;
- Tipo II: Excisión del prepucio y del clítoris, junto con la extirpación parcial o total de los labios menores. Este tipo es el que responde a 80 por ciento de todos los casos;
- Tipo III (infibulación): Excisión parcial o total de los órganos genitales externos y sutura/

estrechamiento del orificio vaginal. La infibulación ocurre mayoritariamente en África del norte; y

- Tipo IV: Incluye el engrandecimiento de la vagina (introcisión); el puncionar, perforar, incidir o cauterizar el clítoris; el raspar el tejido que circunda el orificio vaginal; o el cortar la pared vaginal anterior, posterior (cortes gishiri); y algunas veces el introducir sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar sangrado o para apretar o estrechar.

De acuerdo a una revisión hecha por Obermeyer a más de 400 artículos e informes sobre la mutilación genital femenina publicados desde 1995, las consecuencias de la MGF incluyen: (1) Efectos a corto plazo, como dolor, hemorragia, conmoción e infección; (2) efectos a largo plazo, como infección urinaria, tejido cicatrizado, problemas de fertilidad y complicaciones durante el parto; y (3) efectos a largo plazo en la sexualidad de la mujer y en sus relaciones sociales y afectivas (Obermeyer, 1999). Aunque muchas personas creen que la mutilación genital femenina suele resultar en muerte o en complicaciones severas, la revisión de Obermeyer aporta poca evidencia para apoyar este argumento. Mejor dicho, no existen evidencias irrefutables de mortalidad y la investigación disponible sugiere que las complicaciones severas son relativamente poco frecuentes. Los factores políticos, económicos y éticos, tanto a nivel local como internacional, podrían explicar esta aparente contradicción entre la opinión popular y la evidencia empírica disponible. Obermeyer concluye que: "La escasez de evidencia respecto a las complicaciones en

^{NT} La "mutilación genital femenina" es una traducción imprecisa de "*female genital cutting*," que, traducido literalmente, significaría "el corte genital femenino." Este último tiene la ventaja de ser libre de interpretación peyorativa, es decir, no conlleva prejuicios culturales, aunque, al parecer de los traductores, corte es menos asequible que mutilación. Otros posibles términos son remoción o circuncisión, según el acto al que se refiera.

las cirugías de los órganos genitales femeninos probablemente se deba más a la falta de esfuerzos concertados para investigar los efectos dañinos que a la seguridad relativa de estas operaciones.”

La respuesta de la comunidad internacional a la MGF ha oscilado desde el absolutismo cultural de los misioneros cristianos durante la primera mitad del siglo veinte a un relativismo cultural y ha vuelto, más recientemente, a la postura absolutista que defienden la mayoría de grupos del Movimiento de la Mujer y, cada vez más, las instituciones internacionales (Caldwell, Orubuloye y Caldwell, 1999). En la década de los años 1920 y 1930, los misioneros Cristianos en Kenia atacaron la práctica sobre la base de que entraba en conflicto con las costumbres cristianas. Durante los 50 años siguientes, prevaleció una perspectiva de relativismo cultural. En los años 1950, la OMS evitó pronunciarse en contra de la MGF con base en que se trataba de “operaciones fundamentadas en antecedentes sociales y culturales.” En contraste, durante los últimos 20 años, el movimiento feminista ha colaborado con las ONG y ha ejercido presión ante las organizaciones internacionales para que trabajen en pro de la eliminación de la MGF. La práctica continúa causando perplejidad y es aborrecida por muchos occidentales, que no comprenden las razones por las que esta práctica pueda existir.

Los motivos que hay detrás de la MGF son complejos. Algunos grupos feministas atribuyen la perpetuación de la práctica a la tradición africana de dominación masculina y del sistema patriarcal. Las personas que apoyan la MGF creen que esta purifica a la niña (al reducir su deseo sexual), la socializa favorablemente a través de la instrucción y capacitación que recibe durante su aislamiento y garantiza la fidelidad. Un punto de vista generalizado en algunos países es que los hombres prefieren casarse con mujeres circuncidadas y pagarán más dote por la novia, aunque esto de ninguna manera tiene consistencia en todos los países. Caldwell, Orubuloye y Caldwell (2000) citan el respeto a la tradición y el conformismo social: “Los temas que dominan son los temores de que sus hijas puedan parecer distintas de lo que la sociedad espera de ellas y que probablemente se vuelvan incasables y el temor, también, de convertirse en objetos de profunda sospecha.”

Dos aspectos de la MGF que están ausentes en las representaciones que los medios de comunicación

occidentales hacen de esta práctica son: (1) Que las mujeres juegan un papel clave en la sustentación de la práctica, y (2) que en algunas sociedades, las niñas “deciden” si se someten a la MGF o no (Akweongo et al., 2001; Yoder, Camara y Soumaoro, 1999; Caldwell, Orubuloye y Caldwell, 2000). Tradicionalmente, las mujeres mayores (incluidas las madres, las co-esposas y las cabezas del barrio) sustentan la práctica ejerciendo una enorme presión sobre las jóvenes para que se sometan al procedimiento. El ostracismo social y la burla, más que la coacción física, suelen utilizarse para garantizar que la niña sea circuncidada.

Varios estudios realizados a la fecha indican que, aunque la práctica continúa estando profundamente arraigada, las semillas de cambio son evidentes entre las poblaciones más educadas y urbanizadas. En un estudio con grupos focales realizado en Ghana del Norte, la opinión predominante aún favorecía la MGF. Sin embargo, una minoría pensó que los mensajes negativos que antes se dirigían a las mujeres no circuncidadas hoy día se suelen expresar más como actitudes negativas hacia la práctica (Akweongo et al., 2001). En un área de Guinea, las mujeres no parecían querer abandonar la práctica, pero estaban listas a adoptar una modalidad menos severa de MGF (Yoder, Camara y Soumaoro, 1999).

En la mayoría de países donde se practica la MGF, los grupos locales (a menudo ONG) reforzados por el apoyo internacional han desarrollado programas para combatir la MGF. Cuatro estrategias de intervención utilizadas para reducir la práctica de MGF¹ incluyen: (1) La sensibilización, (2) la selección de algunos miembros de la comunidad para actuar como agentes de cambio (facilitadores) en sus comunidades, incluidas las personas que se han opuesto a la MGF (desviados positivos), (3) la integración de mensajes en contra de la MGF en las actividades de desarrollo y (4) fortalecimiento de la promoción y defensa pública (Abdel-Tawab y Hegazi, 2000).

La evaluación de dichas iniciativas idealmente debe vincularse a un modelo de cambio de comportamiento. Específicamente, los evaluadores pueden elegir entonces los indicadores para definir el progreso logrado hacia el resultado deseado. Izett y Toubia (1999)

¹ Aunque los autores basaron su análisis únicamente en Egipto, estas mismas categorías parecen aplicar también a otros países.

describen cinco etapas de cambio de comportamiento con relación a la MGF: Preintención, intención, preparación, acción y mantenimiento. Este modelo se traslapa de cierta forma con el modelo de cambio ideacional que se presenta en la Parte II.F. Los indicadores que se presentan en esta sección reflejan los componentes de conocimiento, actitud y comportamiento de este último modelo. No obstante, una diferencia importante radica en que estos tres indicadores de resultado pueden referirse, cada uno, a un actor diferente en la decisión hacia la MGF. Por ejemplo, queremos medir el conocimiento y las actitudes con relación a la MGF entre las personas que tomarán la decisión o impulsarán a una joven niña/mujer a someterse al procedimiento (por ejemplo, las personas mayores de la aldea, la madre, la suegra). Sin embargo, la medición de la práctica—el resultado en este caso—se basa en la joven que se ha sometido (o no) a la MGF.

Hasta la fecha, se ha hecho una mínima evaluación de las intervenciones en contra de la MGF. Hasta donde existen, los esfuerzos se han enfocado hacia el proceso, es decir: La concurrencia de participantes a los seminarios y otros eventos, la reacción de los participantes al seminario y los conocimientos adquiridos medidos por medio de *pre* y *postest* del evento. La observación hecha por Abdel-Tawab y Hegazi (2000) relativa a Egipto aplica por igual a la mayoría de los países donde se practica la MGF:

Las ONG raras veces documentan el proceso que siguen para implementar las intervenciones, las fortalezas y las debilidades de cada enfoque, las dificultades enfrentadas en la fase de implementación o las maneras de vencer dichas dificultades. A la vez, hay poca evidencia empírica respecto al impacto de los diversos modelos de intervenciones programáticas.

Una fuente prometedora de buenos datos relativos a la MGF es el módulo desarrollado por ORC Macro en conexión con la encuesta DHS. Hasta la fecha, esta investigación ha tenido una naturaleza diagnóstica, para comprender mejor el grado en que se hace la práctica y las condiciones bajo las cuales ocurre. Los tres indicadores que se presentan en este capítulo son todos a nivel de la población, y dos de los tres están disponibles en el módulo de la DHS. Los evaluadores pueden utilizarlos para rastrear cambios, aunque, en la mayoría de casos, tendrán dificultad para atribuir el cambio únicamente a las intervenciones del programa (en

ausencia de un grupo control). Estos mismos indicadores a nivel de la población pueden servir para los estudios más pequeños que se diseñan con el propósito expreso de evaluar las intervenciones de MGF. Debido a que puede tomar años lograr erradicar esta práctica (a pesar del notable progreso en algunos países, como Ghana del Norte), los evaluadores deben rastrear la evidencia de cambio en el conocimiento y en las actitudes, además que en la propia disminución de la práctica de MGF.

Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas para Erradicar la MGF

Hasta la fecha, los gobiernos y ONG han experimentado con distintos enfoques para erradicar la MGF. En los años 1980 y 1990, los grupos que trabajan en promoción y defensa pública denunciaron la práctica en algunos países seleccionados a través de los medios de comunicación, con la esperanza que la comunidad internacional ejerciera presión sobre los gobiernos locales para prohibir la práctica. De hecho, la MGF ya es ilegal en muchos países africanos: Burkina Faso, República Centroafricana, Costa de Marfil, Djibuti, Ghana, Guinea, Senegal, Tanzania y Togo (CRLP, 2001). Sin embargo, estos países pueden hacer o no hacer que se cumplan las leyes. Una segunda ola de iniciativas, iniciada en los años 1990, ha intentado eliminar la MGF por medio de ayuda a las comunidades para comprender los factores que sustentan la MGF y a explorar estrategias alternativas para introducir a las niñas a su condición de mujeres. Estas iniciativas pretenden conservar los valores culturales positivos asociados con las ceremonias tradicionales, pero eliminando el trauma físico y psicológico de la MGF (Nazzar et al., 2001; LSC, 1998a; LSC, 1998b). Pocas organizaciones han evaluado de manera sistemática estas iniciativas; con bastante frecuencia, la implementación es lo suficientemente intimidatoria como para que las organizaciones no consideraran ni siquiera evaluarla. Sin embargo, están surgiendo notables excepciones.

Por ejemplo, el Centro de Investigación de Salud de Navrongo está realizando un experimento de comunidad informada para evitar la mutilación genital femenina entre los Kassena-Nankana del norte de Ghana. Durante la primera fase de este experimento de cuatro años, el equipo de investigación usará métodos de investigación cualitativa para aclarar el complejo razonamiento social justificado que hay detrás de la práctica de la circuncisión femenina, para identificar estrategias

socialmente aceptables que respondan a estas tradiciones y para identificar actividades de extensión para evitar la MGF. En la segunda fase, el equipo utilizará las lecciones aprendidas del micro proyecto piloto en la aldea, para validar en la comunidad el impacto de la estrategia de la Fase I a mayor escala. La intervención continuará durante un período de cuatro años. En contraste con muchas de las intervenciones programáticas a nivel nacional que se cubren en este *Compendio*, este proyecto experimentará en una única, pequeña y aislada aldea en el norte de Ghana. Este proyecto ilustra dos de los problemas metodológicos potenciales que pueden surgir al evaluar las intervenciones para eliminar la MGF:

- **A medida que la gente se vuelve cada vez más consciente que estas prácticas son ilegales y socialmente inaceptables, el sesgo de respuesta aumentará.**

A medida que los programas para evitar estas prácticas llegan a un mayor número de personas, aquellas que anteriormente podrían haber reportado la práctica, estarán cada vez más reacias a hacerlo. Un enfoque para combatir este problema es obtener la información de más de una fuente (por ejemplo, la mujer joven, sus padres y otros miembros de la comunidad).

La incidencia del sub-reporte puede estar relacionada con la edad de la persona que responde, particularmente si las mujeres más jóvenes están más conscientes de las iniciativas en contra de la MGF y/o más motivadas a parecer “modernas.” Por lo tanto, la comparación del porcentaje circuncidado por distintos cohortes de edad puede estar sujeta a este sesgo.

- **Los miembros de la población clave pueden irse de sus casas, creando un problema “censal” en los datos.**

En el caso de investigación de MGF, una población de interés clave son las mujeres jóvenes. Sin embargo, los adultos jóvenes suelen irse de su ámbito rural para dedicarse a actividades económicas en ciudades más grandes. En las áreas en las que hay niveles altos de migración hacia las zonas urbanas, los estudios en la áreas rurales pueden tener una tasa alta de “inaccesibles para observación” entre las mujeres adolescentes (Nazzari et al., 2001). Los resultados estarán sesgados si las jóvenes que emigran tienen menos probabilidad de ser circuncidadas que las que se quedan (es decir, selectividad).

Un tercer aspecto metodológico a considerar, que se aborda en conexión con la DHS de 1995 de Egipto, es el siguiente:

- **Es posible que las mujeres no puedan reportar con exactitud si están circuncidadas o no.**

Los datos de los autoreportes siempre están sujetos a sesgos, particularmente con relación a un procedimiento médico, tal como el tipo de circuncisión al que fueron sometidas. Algunos investigadores de MGF se cuestionan si las mujeres **saben** que han sido circuncidadas o no; puede que incluso sus esposos no lo sepan con seguridad.

Esta duda surgió en conexión con la DHS de 1995 en Egipto, un país con alta prevalencia de MGF (97 por ciento hasta el año 1995). Un estudio especial a nivel de las clínicas, comparó las respuestas de las clientes (autoreportes) con la evidencia física obtenida durante el examen pélvico realizado por ginecólogos especialmente capacitados. Las 1,339 mujeres incluidas en el estudio—clientes de la clínica para planificación familiar o para problemas ginecológicos—no eran representativas de la población nacional, pero proporcionaron una base útil para esta evaluación. En 94 por ciento de los casos, el autoreporte de la mujer coincidió con la evidencia física de la cantidad de tejido extirpado durante la circuncisión. En 5 por ciento de los casos, las mujeres reportaron haber sido circuncidadas cuando en efecto los ginecólogos no encontraron evidencia alguna de ello. Y el uno por ciento de las mujeres reportaron no haber sido circuncidadas, cuando en efecto lo habían sido (El-Zanaty et al., 1996).

Los hallazgos de este estudio en particular sugieren que las mujeres pueden reportar con fiabilidad el tipo de procedimiento al que fueron sometidas. Sin embargo, estos hallazgos son opuestos a la evidencia anecdótica respecto a que algunas mujeres ni siquiera saben si están circuncidadas, mucho menos el tipo de circuncisión que les fue realizada. Además, a medida que los programas promocionales/informativos sobre MGF se vuelven más frecuentes y la MGF se vuelve menos “moderna” o menos aceptable socialmente, la fiabilidad de los autoreportes puede disminuir.

Todos los indicadores que se presentan a continuación son cualitativos por naturaleza. Para desarrollar un entendimiento más profundo de la MGF, la investigación cualitativa es esencial. Un área prometedora para hacer más investigación consiste en los rituales de arribo a

la mayoría de edad y los derechos de pubertad. Por ejemplo, según cuestiona Reason (2001): “¿Hay cambios a lo largo del tiempo en respuesta a las iniciativas para erradicar la MGF?”

Debido a que la MGF es un área nueva en la evaluación de programas, limitamos el número de indicadores propuestos a tres, con la esperanza de que surjan otros indicadores adicionales conforme evolucione el trabajo en este campo. Los primeros borradores de este volumen incluían un cuarto indicador sobre el tipo de (severidad) circuncisión realizada, con la justificación razonada de que el cambio hacia las modalidades menos radicales del procedimiento representaba algún tipo de progreso. Sin embargo, a sugerencia de los revisores, descartamos este indicador, bajo el fundamento de que podría implicar la aceptación de modalidades menos severas de MGF.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE SABE DE LA MGF: LA CONDICIÓN LEGAL, LA POSTURA RELIGIOSA, LOS RIESGOS PARA LA SALUD

Definición

“Saber de” la MGF se refiere a tener información específica con base en hechos reales sobre el procedimiento, lo que puede afectar o no las actitudes hacia el mismo. Los elementos específicos a examinar pueden diferir de un país a otro, pero los elementos ilustrativos para el conocimiento incluyen los siguientes:

Legal: ¿La práctica de la circuncisión femenina es legal o ilegal en este país?

Religiosa: ¿Requiere la fe islámica que las niñas sean circuncidadas?²

Riesgos para la Salud: ¿Están en mayor riesgo de salud las niñas que se someten a una MGF que las que no se someten?

Este indicador se calcula como:

$$\frac{\# \text{ de personas que responden que conocen sobre la (condición legal/postura religiosa/ riesgos para la salud) de la MGF}}{\# \text{ total de personas que responden}} \times 100$$

El término que se utiliza localmente para la circuncisión femenina suele usarse para este tipo de pregunta, en vez de la clasificación más técnica de la OMS presentada.

Datos Requeridos

Las respuestas a las preguntas de la encuesta

Fuente(s) de Datos

Una encuesta representativa de la población

Propósito y Temas a Considerar

Un primer paso importante para erradicar la MGF es hacer sensibilización con relación al procedimiento y

expulsar los mitos que están ampliamente sustentados. Dos puntos clave que resultan útiles para este fin son: (1) Que la MGF es ilegal en determinado país y (2) que la MGF no está decretada por el Islam.

Un tercer punto que suele ser utilizado por los grupos de promoción y defensa pública se refiere a las consecuencias negativas de la MGF para la salud. En efecto, la principal objeción a esta práctica en los estudios realizados ha sido las consecuencias negativas para la salud. Por lo tanto, parecería lógico que los evaluadores validen este punto de los conocimientos. Sin embargo, el tema de las consecuencias negativas de la MGF para la salud no está claramente definido. Tal como se indica en la introducción a esta sección, la revisión de Obermeyer (1999) documentó efectos a corto plazo (dolor, hemorragia, conmoción e infección) y efectos a largo plazo (infección urinaria, tejido cicatrizado, problemas de fertilidad y complicaciones durante el parto); no obstante, la evidencia de la revisión sugiere que las complicaciones severas son relativamente poco frecuentes. Obermeyer concluye que es posible que existan consecuencias negativas para la salud, pero advierte que la evidencia disponible es menos apremiante que lo que sugieren los recuentos anecdóticos. Por ello, si los evaluadores están tratando de averiguar el “conocimiento preciso” de la MGF, deben estar atentos para no exagerar la frecuencia de las consecuencias negativas para la salud, aunque los grupos de promoción y defensa pública que se oponen a la MGF señalen dichas consecuencias como una de las razones principales para prohibir su práctica.

De la misma manera, el informar sobre la condición legal de la MGF puede reforzar la determinación de los miembros de la comunidad de oponerse a su práctica. Y el informar sobre la postura de la fe Islámica con relación a la MGF puede disipar el mito ampliamente sostenido en cuanto a que las mujeres que profesan la fe islámica deben ser circuncidadas.

² La respuesta es “no.”

Estas preguntas pueden servir, también, como marcadores del progreso, útiles para aplicarse inmediatamente después de las campañas de información pública diseñadas para lograr mayor sensibilización respecto a la MGF y para combatir los conocimientos erróneos relativos a su práctica.

Sin embargo, es probable que aunque se tengan conocimientos precisos y útiles sobre la MGF, las personas no cambien sus actitudes o sus comportamientos. En las áreas en las que se mantiene vigente la MGF a causa de las fuertes costumbres y tradiciones sociales que afectan el papel de la mujer, es posible que dichas fuerzas predominen, aunque haya mayor conocimiento.

Los evaluadores deben desglosar los indicadores que miden el conocimiento, por edad, sexo y educación, para comprender mejor las diferencias entre estos subgrupos.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE ESTÁ A FAVOR DE QUE SE CONTINÚE CON LA MGF

Definición

“Que se continúe” se refiere a perpetuar la práctica de la MGF. “Favorable” se define operativamente por elementos como los que se señalan más adelante.

Este indicador se calcula como:

$$\frac{\# \text{ de personas que responden que están a favor de que se continúe con la MGF}}{\# \text{ total de personas encuestadas}} \times 100$$

Datos Requeridos

Las respuestas a las preguntas de la encuesta

Fuente(s) de Datos

Una encuesta grande representativa de la población (por ejemplo, la DHS)

Propósito y Temas a Considerar

La pregunta, “¿piensa usted que la circuncisión femenina debe continuar o que debe ser descontinuada?” (del módulo sobre circuncisión femenina de la encuesta DHS), proporciona un indicador útil de la aceptación pública de la MGF en un país específico. Los evaluadores pueden hacer esta pregunta a todas las personas que responden, hombres o mujeres, en una encuesta y pueden presentar las respuestas por separado para los hombres y para las mujeres. Una pregunta similar, que resulta adecuada para las mujeres que tienen hijas, es: “¿Tiene usted la intención de que cualquiera de sus hijas sea circuncidada?” o, “¿alguna de sus hijas ha sido circuncidada?”

Las respuestas a estos elementos de las encuestas representativas de la población sirven para dos propósitos: (1) Señalan las creencias de que las campañas de información pública deben abordar la eliminación de esta práctica; y (2) sirven para “marcar el progreso,” cuando se dispone de datos de dos o más encuestas.

Cualquier esfuerzo para abolir la circuncisión femenina debe tomar en cuenta las creencias ampliamente sostenidas por los miembros de la población objetivo. El módulo de la DHS sobre circuncisión femenina da lugar a medir las creencias específicas que apoyan la continuación de la MGF. Otras fuentes señalan las mismas creencias en términos ligeramente distintos. Para los propósitos de evaluación, se pueden rastrear cambios de actitud respecto a la MGF a través de las encuestas a nivel de la población. Entre las creencias para ilustrar una disposición favorable a que se continúe con la MGF, se pueden mencionar las siguientes:

- Los hombres prefieren a las mujeres que están circuncidadas (mejores perspectivas de matrimonio);
- El Islam/la religión requiere la circuncisión femenina;
- La circuncisión es una buena tradición/es parte de nuestra herencia cultural;
- La circuncisión es importante para evitar la ira de nuestros antepasados;
- La circuncisión femenina proporciona mayor placer al esposo;
- La circuncisión femenina conserva la virginidad;
- La circuncisión femenina evita el adulterio; y
- La circuncisión es parte importante de la identidad de género para las mujeres.

Implicaciones de Género de este Indicador

La MGF es una práctica tradicional cuyo fundamento es controlar la sexualidad femenina y hacer que una mujer sea “casadera.” Aunque la MGF viola los derechos humanos de las mujeres y de las niñas, las mujeres tienen la misma probabilidad que los hombres de apoyar la continuación de la práctica, mientras crean en los mitos perpetuados para apoyar dicha práctica (por ejemplo, que las mujeres no circuncidadas son “sucias,” no pueden tener hijos y son promiscuas). Muchos grupos que están en contra de la MGF están tratando de llegar a los hombres, a las mujeres, a los niños y a las niñas con información que contrarreste los mitos con hechos, que exponga los riesgos para la salud y que fomente el entendimiento del concepto de inequidad de género y los derechos humanos.

Indicador

PORCENTAJE DE LAS MUJERES ENTRE 15-19 AÑOS DE EDAD A LAS QUE SE LES HA HECHO UNA CIRCUNCISIÓN FEMENINA

Definición

Este indicador se refiere a todas las modalidades de la MGF descritas en la introducción. La pregunta en el módulo de la DHS se lee: “¿Ha sido usted misma circuncidada en algún momento?”

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres entre 15-19 años de edad que reportan que se les ha hecho una circuncisión alguna vez}}{\text{\# total de mujeres entre 15-19 años de edad encuestadas}} \times 100$$

Datos Requeridos

Los autoreportes; las respuestas a las preguntas de la encuesta

Fuente(s) de Datos

Una encuesta grande representativa (por ejemplo, la DHS)

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el éxito de las iniciativas programáticas para reducir la práctica de la MGF. Aunque la meta de los programas de erradicación es eliminar la MGF totalmente para todos los grupos de edad, el cambio se puede detectar más rápidamente si se concentra en el grupo de edad entre 15-19 años. En la mayoría de las sociedades que practican la MGF, el procedimiento se realiza antes o alrededor de la pubertad; por lo tanto, cualquier reducción en la incidencia de la práctica se manifestará primero entre este grupo de edad.

Si ocurren cambios en esta variable entre este grupo de edad, los evaluadores pueden analizar después este cambio, por el nivel de educación, por la situación geográfica, por la religión y por otras variables que pueden ayudar a explicar el cambio y a identificar a los innovadores.

Una advertencia importante se refiere a la muestra de la encuesta. En los países en que la DHS se limita a las mujeres casadas (por ejemplo, Egipto), sacar conclusiones sobre las tendencias de la práctica de MGF pueden ser engañosas, porque las mujeres que se casan siendo adolescentes tienen mayor probabilidad de haber sido circuncidadas que las que se casan más tarde. En las poblaciones en las que la MGF está disminuyendo, las comparaciones de los datos de la DHS con relación a la MGF entre cohortes de edad no mostrarán cambios que realmente están ocurriendo. En resumen, la muestra debe incluir a todas las mujeres entre 15-19 años de edad para estimar la prevalencia de MGF con los datos de la DHS o de otra encuesta (Mensch, 2001).

Un indicador relacionado es la edad a la circuncisión. En Ghana, las leyes que prohíben la práctica la podrían llevar a la clandestinidad, y un resultado podría ser la circuncisión a edades más jóvenes en el curso de la vida. La evaluación de programas para erradicar la MGF debe rastrear esta variable como una consecuencia posible en la que no se había pensado.