

Plan de Prevención y Erradicación de la Mutilación Genital Femenina en Wajid.



"Mirar el mundo a través de los ojos de las mujeres no es sólo una cuestión de justicia o de derechos humanos, sino también el camino para promover la paz".

Angela King

Francisca Anaya Cintas
Salud Internacional
Título Superior en Enfermería 2003
Universidad de Alicante
fanayacint@enfermeriacomunitaria.org

JUSTIFICACIÓN

"Tenía 10 años cuando mi abuela me dijo que me llevaba al río para realizar una ceremonia de iniciación. Insistió en que cuando terminara me darían muy bien de comer. Yo era muy pequeña y no tenía ni idea de lo que iba a pasarme. Cuando llegué a aquel lugar escondido entre unos matorrales, junto al río, fui desvestida. Me taparon los ojos y me quitaron la ropa completamente. Fui obligada a tumbarme. Cuatro mujeres sujetaban mis extremidades, mientras otra se sentaba en mi pecho para evitar que me moviera. Me colocaron un trozo de tela en la boca, y entonces... me cortaron. El dolor era insoportable. Como me resistía e intentaba levantarme, perdí mucha sangre. Por supuesto, no me dieron ningún tipo de anestesia ni calmante para el dolor. La operación me produjo una hemorragia que me provocó una fuerte anemia. Durante mucho tiempo, cada vez que orinaba me dolía. A veces trataba de aguantar las ganas, por el miedo que me producía el dolor. Sufrí también infecciones vaginales. El corte me lo hicieron con una simple navaja".

Este es el testimonio de Hannah Koroma, una mujer de Sierra Leona que sufrió en sus propias carnes una práctica todavía habitual en muchos países de África: la mutilación genital femenina¹.

Cuatro niñas son mutiladas cada minuto en el mundo². La mutilación Genital femenina (MGF) es quizás una de las violaciones sistemáticas más extendidas de los derechos humanos basadas en el género, que pretenden controlar la sexualidad de la mujer y mermar su autonomía.

El tipo de mutilación, la edad y la manera en que se practica la

MGF varían según el grupo étnico, el país, el carácter rural o urbano del área y el origen socioeconómico. La forma más severa de mutilación genital es la infibulación, también denominada "circuncisión faraónica": el procedimiento incluye la "clitoridectomía" (extirpación total o parcial del clítoris), la "excisión" (extirpación de la totalidad o parte de los labios menores) y la "ablación" de los labios mayores para crear superficies en carne viva que después se cosen o se mantienen unidas con el fin de que, al cicatrizar, tapen la vagina. El procedimiento menos extremo consiste en la "ablación del prepucio del clítoris". El 15% de las mutilaciones genitales que se practican en África son infibulaciones, el resto son clitoridectomías o excisiones.



Generalmente la MGF se lleva a cabo entre los cuatro y los ocho años, aunque, según la Organización Mundial de la Salud, la media de edad está descendiendo, lo que indica que la práctica está cada vez menos asociada con la iniciación a la edad adulta.

Aunque algunas niñas sufren la mutilación individualmente, normalmente se practica en grupo, especialmente allí donde forma parte de una ceremonia de iniciación. En otros lugares realiza en grupos de hermanas o parientes o grupos de vecinas.

La persona que realiza la mutilación puede ser una anciana, una partera, una curandera, un barbero, una comadrona,...

Lo más frecuente es que no se tome ninguna medida para reducir el dolor. La mutilación se lleva a cabo utilizando un cristal roto, la tapa de una lata, unas tijeras, la hoja de una navaja u otro instrumento cortante.

La mutilación genital femenina puede provocar y provoca la muerte, pero no sólo eso. Cuando se lleva a cabo produce dolor, conmoción, hemorragias y daños en los órganos que rodean el clítoris y los labios. La utilización del mismo instrumental con muchas niñas puede propagar el VIH. Posteriormente puede provocar retención de orina, hemorragias intermitentes pequeños tumores del nervio que provocan un intenso dolor. A largo plazo puede ser la causa de infecciones graves y crónicas en el tracto urinario, piedras en la vejiga y uretra, trastornos renales, infecciones del tracto genital por la obstrucción del flujo menstrual, infecciones en la pelvis, infertilidad, tejido cicatrizal excesivo y quistes dermoides. El primer acto sexual sólo puede realizarse tras la dilatación gradual y dolorosa de la abertura que ha quedado tras la mutilación, convirtiéndola en una experiencia extremadamente dolorosa y peligrosa. En algunos casos es necesario practicar una incisión previa. En el parto, la cicatriz que ha quedado puede desgarrarse. A las mujeres que han sufrido infibulación es necesario practicarles un corte para permitir la salida del bebé, pues no disponen apenas de abertura. Tras el alumbramiento, a menudo les vuelven a practicar la infibulación.

A nivel psicológico, la MGF puede ir acompañada de efectos como sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición. La conmoción y el trauma causado por la operación puede contribuir a desarrollar un comportamiento dócil, considerado positivo en las sociedades que la practican. Es posible que una mujer que no se someta a la MGF sufra problemas psicológicos a causa del rechazo social.

Las razones más esgrimidas para justificar esta práctica son la costumbre, la tradición y la religión: la práctica define quién pertenece al grupo. A menudo, la MGF se estima necesaria para que una niña sea plenamente considerada como mujer y la práctica marca la diferenciación de sexos y de papeles en la vida y en el matrimonio. Se cree que incrementa la feminidad, sinónimo de docilidad y obediencia. El control de la sexualidad y de las funciones reproductivas de la mujer es otra de las causas de la MGF. Existe la creencia de que mitiga el deseo sexual de la mujer y, por tanto, reduce las posibilidades de infidelidad. En muchas sociedades es muy difícil, si no imposible, que una mujer se case si no se ha sometido a la mutilación. De ésta depende el honor de toda la familia. Curiosamente la higiene y la limpieza son otras de las razones que se invocan para justificar la MGF: así los términos populares para referirse a la mutilación son sinónimos de purificación o limpieza, incluso en algunas sociedades a las mujeres no mutiladas se las considera poco limpias y no se les deja manipular el agua. Otras creencias mantienen que los genitales femeninos son feos y voluminosos, que pueden crecer y resultarles incómodos colgando, que el clítoris es peligroso y puede provocar la muerte del hombre, si tiene contacto con su pene, o del bebé si lo roza durante el alumbramiento. En algunas sociedades se cree que aumenta la fertilidad o que hace el parto más seguro.

Aunque la práctica de la MGF es anterior al Islam, ha adquirido una dimensión religiosa, invocada en aquellos países musulmanes que la practican. Los líderes islámicos no se muestran unánimes al respecto. El Corán no contiene ningún llamamiento en favor de la mutilación, pero algunos proverbios atribuidos a Mahoma cuentan que, preguntado por la mutilación, el profeta contestó "Reduce pero no destruyas".

Hoy en día, son numerosas las normas internacionales que instan o exigen a los gobiernos a erradicar la MGF: desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981), o sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín (1995), la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, etc. Sin embargo, 135 millones de niñas han sido mutiladas hasta ahora y dos millones más se añaden cada año a esta cifra (unas 6.000 al día). En cuanto a la distribución geográfica de todos los continentes donde se practica, África resulta el más afectado y concretamente Somalia, representa el país con mayor porcentaje a nivel mundial de mujeres y niñas que sufren la mutilación genital (98%)¹ de ahí que, entre otros factores y que en el análisis de la situación emergen, la elección del país con el que actuar sea Somalia.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

SOMALIA es el Estado del Noreste de África, (637.660 km² y 9.157.000 hab. en 2003)³, que limita al Norte con el golfo de Adén y Djibuti, al Sur y al este con el Océano Indico y al Oeste con Etiopía y Kenya, y como capital: Mogadiscio.

El clima es en gran parte del país semidesértico y muy caluroso, con una temperatura media anual de 27° C y escasas precipitaciones que no alcanzan los 250 mm al año.

Su relieve está formado por llanuras y mesetas desérticas, sobre las que se eleva, en el norte, una cadena montañosa que llega a los 2.408 mts de altitud en su cumbre más alta, el monte Surud Ad. La llanura termina en una costa baja.



Los ríos Shebeli y Yuba, procedentes de Etiopía, atraviesan el país hasta desembocar en el Índico, formando en su recorrido los dos valles principales sobre los que se asienta fundamentalmente la población somalí. La vegetación es esencialmente esteparia, con bosques en las montañas costeras del sur.

La forma de estado actual es República, con un PIB total de 4.300 millones de \$ (490\$ por habitante), con una deuda externa de 2.562 millones \$, importaciones valoradas en 343 millones \$ y exportaciones (principalmente a África, Asia y UE) que representan 197 millones \$. El gasto en defensa es de un 4'5% mientras que para educación es del 0'5%, por lo que no es de extrañar que el analfabetismo sea de un 64% en hombres y un 86% en mujeres (con sólo un 10'3% de niños escolarizados de 12-17 años).

La base de la economía es la ganadería trashumante, mientras que la agricultura sólo se desarrolla en las zonas meridional, por tanto la población es básicamente nómada.

La mortalidad infantil es del 122 por mil. Según MSF⁴, un 72% de la población no tiene acceso a asistencia sanitaria y un 77% no tiene acceso a agua potable. Somalia ocupa el décimo lugar en los índices de mortalidad mundial y el tercero en los de mortalidad materna. La esperanza de vida es de 44 años para el hombre y de 47 para la mujer.

El número de ONGs en el país se han visto reducidas: si en 1992 habían 200 organizaciones de ayuda internacional hoy sólo quedan 61 y sólo un puñado de las mismas trabajan en las zonas más inseguras y aisladas. Pero además el obstáculo principal a cualquier puesta en marcha de un proyecto es la ausencia de recursos humanos cualificados.

WAJID. La ausencia de autoridades centrales y regionales de gobierno y/o la ausencia total de gastos de gobierno para cualquier clase de servicios sociales sobre todo en la zona central y sur de Somalia⁵, justifican la elección del distrito de Wajid. El distrito de Wajid⁶ es uno de los cinco de la región de Bakool, situado a 90 km al Noroeste de Baidoa y a 90 km de la frontera somalí con Etiopía. Alrededor del 80% de la población son pastores, mientras que el 15% tienen granjas y el 5% algún pequeño negocio. Antes de la guerra contaba con 60-80000 habitantes pero muchas ciudades fueron destruidas, lo que unido a las luchas interclanes y los años de sequía

la han reducido a 30.000 habitantes en el distrito, de los cuales 6.700 residen en la ciudad de Waijid.

ONG

"AISHA, Asociación por el Derecho a la Integridad Corporal de Mujeres y Niñas" (Aisha era el nombre de la mujer más joven del profeta Mahoma; es de origen africano, árabe y musulmán y significa VIDA).

PAÍS Y ZONA RECEPTORA

Somalia; ciudad de Waijid.

ORGANIZACIÓN CONTRAPARTE

En Somalia es el "Cuerpo de Coordinación de Ayuda a Somalia" (SACB) quien se encarga de la coordinación entre las agencias de las Naciones Unidas, donantes y ONG. Pero en este caso nuestros esfuerzos se coordinarían finalmente con la ONG con presencia en África: RAINBO y que trabaja por la Investigación, Acción e información para la protección de la integridad del cuerpo de la mujer.

RAINBO (<http://www.rainbo.org>) es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja sobre cuestiones dentro de la intersección entre salud y derechos humanos de las mujeres. Su objetivo último es proteger los derechos de la mujer respecto a la sexualidad y la salud reproductiva, comenzando por la cuestión de la MFG. Proporcionan ayuda técnica a nivel internacional y a agencias donantes, y trabajan en colaboración con organizaciones locales para desarrollar y avanzar política y eficazmente en programas que tratan estas cuestiones cruciales. Su trabajo está enfocado en programas en África y en el inmigrante africano y comunidades de refugiados.

PERIODO DE REALIZACIÓN

De Octubre de 2003 a Octubre de 2006. Empezaría la actividad en Waijid para ir extendiéndose al resto de las 15 poblaciones del distrito donde se ubica.

OBJETIVOS

Generales:

Erradicación de la práctica de la MGF en las niñas de la ciudad de Waijid.

Específicos:

1. Determinar el número de niñas en periodo prepuberal existentes en la comunidad.
2. Determinar quiénes toman decisiones importantes respecto a la MGF (autoridad moral y de poder) sobre la comunidad o influyen o contribuyen en esas decisiones.
3. Sensibilizar e informar a la opinión pública sobre la Mutilación Genital Femenina.
4. Promover un estado de opinión favorable a la necesidad de introducir cambios culturales y estructurales en la zona elegida.
5. Favorecer una movilización social afín a la consecución de los

objetivos planteados en nuestra campaña.

6. Aportar esfuerzos para, sin estigmatizar a las mujeres que han sufrido algún tipo de mutilación genital, favorecer su reinserción mediante apoyos puntuales.

7. Formación y sensibilización del personal sanitario, las parteras tradicionales, los curanderos, los jefes religiosos y políticos.

RESULTADOS

Se reducirá en un 80% de la práctica de la MGF durante el periodo octubre 2003-octubre 2004 en las niñas de 4 a 14 años de la ciudad de Waijid.

ACTIVIDADES

1. Estudio de la comunidad de Waijid, su organización social, valores, creencias y actividades religiosas, economía, demografía, patrones familiares, líderes influyentes, ... Primera toma de contacto con la comunidad.

2. Identificación y reclutamiento del grupo de personas adecuadas para trabajar con el equipo de "AISHA". Evitando al principio, a los oponentes a la MGF, ya que primero tendremos que consolidar la confianza de nuestro grupo destinatario. Buscaremos personas religiosas practicantes que apoyen nuestras actividades. Les pediremos interpretaciones religiosas de la MGF y preguntaremos si quieren ayudar a su erradicación. Si están de acuerdo, les pediremos que nos ayuden anunciando nuestros esfuerzos para consolidar la confianza en la mezquita, y quizá más adelante declarando que la MGF no es necesariamente islámica.

3. Investigación exhaustiva de la práctica en la zona tal y como sugiere el Informe del Parlamento Europeo sobre Mutilaciones Genitales Femeninas (A-0285/2001)⁷ para conocer la naturaleza y difusión de la MGF en la comunidad de Waijid. Para lo cual utilizaremos distintas fuentes: agentes de salud de la zona, documentos oficiales, informadores locales.

4. Selección del grupo inicial de trabajo. Con él trataremos de conocerlo bien, que comprenda nuestras motivaciones, experiencia y personalidad. Evaluaremos sus puntos fuertes y débiles, y qué tipo de tareas pueden emprender, si en cada caso ayudarán u obstaculizarán la estrategia.

Celebraremos varias reuniones iniciales con el grupo, asegurándonos de que entienden los principios que desea usar en la estrategia. Facilitaremos el diálogo para obtener los puntos a trabajar en discusiones de grupo en lugar de darles conferencias.

5. Identificar los mecanismos de afrontamiento y los patrones de interacción para determinar previamente el conocimiento que tiene sobre la enfermedad y las medidas de prevención.

Partiendo del contenido y bagaje étnico del que disponen, de lo que son y desde lo que quieren ser.

6. Talleres a desarrollar dirigidos a padres y madres de niñas en edad prepuberal (de 4 a 14 años):

- El descubrimiento del cuerpo: estructura y funciones.
- Mutilación Genital Femenina.
- Consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones acarrear.
- Sexualidad femenina.
- Igualdad y género.

En estos talleres también se implicará a los hombres para que comprendan la gravedad.

7. Uso del sociodrama como medio de expresión y comunicación de las madres que lo sufrieron así como para mostrar al resto cómo se lleva a cabo (incluidos los hombres)

8. Identificaremos posibles actos sociales para la celebración de la pubertad de las niñas. Organizaremos un grupo de mujeres que diseñe un acto social para su reconocimiento, basado en elementos históricos y tradicionales, pero que no incluya la mutilación física. Buscaremos formas de honrar y pagar pequeños honorarios a las ancianas respetadas, incluyendo a las practicantes de la MGF, como que supervisen y presidan los actos. Haremos estas ceremonias tan alegres y festivas como sea posible.

9. Buscaremos formas de propagar el mensaje, primero a las víctimas, después a los padres, luego a los practicantes, finalmente al conjunto de la comunidad, de que la MGF es innecesaria, que no es una exigencia del Islam, que es dañina, y un obstáculo al fortalecimiento de la comunidad y a su integración en la comunidad mundial. Para ello contaremos con el soporte de aliados y líderes que puedan colaborar incluyendo a religiosos islámicos (ya que el Corán no exige la MGF y si en cambio proscribiera contra cualquier acto dañino hacia el cuerpo).

10. Durante todo el periodo se llevarán registros, tanto de las actividades como de los resultados, y se redactarán informes.

11. A los practicantes tradicionales se desarrollará algún adiestramiento médico, principios de higiene, y formas de prevención o reducción de la enfermedad, será algo valioso que pueden utilizar.

RECURSOS E IMPORTE

La participación activa de usuarios y autoridades locales en el diseño y la dirección de servicios sociales es esencial para alcanzar la responsabilidad pública y crear una conciencia responsable hacia la MGF por lo que se contará con los seleccionados por el equipo enviado a la zona de la ONG "AISHA".

Se enviarán 3 profesionales a Waijid: 1 enfermera que coordinará el proyecto, 1 matrona y 1 psicóloga.

Los gastos previstos para el periodo de los 3 años que durará el proyecto son los siguientes:

Billetes de avión de los 3 miembros del equipo:	4.000 €
Material para los talleres:	9.000 €
Otros gastos:	12.000 €
Sueldo de los 3 profesionales:	237.600 €
TOTAL:	262.600 €

INDICADORES

Nº de niñas de entre 4 y 14 años al inicio del proyecto mutiladas.
Nº de niñas de entre 4 y 14 años al inicio del proyecto sin mutilar.
Nº de mujeres adultas (mayores de 15 años sin mutilar)
Posibles causas que provocaron la no mutilación de estas mujeres.
Nº de niñas al final del proyecto mutiladas.
Nº de niñas al final del proyecto sin mutilar.

FUENTES DE VERIFICACIÓN

Registro llevado a cabo desde el inicio por la ONG "AISHA" y posibles registros de los agentes de salud (parteras, autoridades religiosas practicantes de la MGF) de la zona.

VIABILIDAD DEL PROYECTO

La viabilidad futura del proyecto dependerá del grado de implicación de la comunidad con la que vamos a trabajar y del grado de participación y colaboración que consigamos lograr. La sensibilización hacia este problema, así como los conocimientos adquiridos, tanto de la población como del equipo multidisciplinar, así como el compromiso adquirido por parte de las autoridades religiosas y sanitarias y líderes de la zona incidirán claramente en su mayor o menor éxito.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La puesta en marcha, seguimiento y desarrollo del mismo será efectuada por 3 miembros de la organización. A él se deberá incorporar miembros de la comunidad (agentes de salud + líderes) que serán los que mantendrán a largo plazo el proyecto.

El tipo de evaluación que se llevará a cabo será: por un lado de los recursos utilizados, la población captada, las actividades desarrolladas, y de los resultados de éstas últimas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD El Cairo 1994) se acuñó el nuevo concepto de Salud Reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por ello, los derechos reproductivos implican garantizar que las personas puedan tener una vida satisfactoria, sin riesgos, la capacidad de reproducirse así como la libertad de decidir sí, cuándo, y qué tan a menudo hacerlo⁸. Con proyectos para la prevención y concienciación de la Mutilación Genital Femenina, las mujeres podrán ver desarrollados sus derechos fundamentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez de las Heras M. La ablación. OeNeGe. En URL: <http://perso.wanadoo.es/avgar/ablacion.htm>
2. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. En URL: <http://www.a-i.es/infos/mgf/default.shtm>
3. SOMALIA. El estado del Mundo. Ed. Akal En URL: <http://www.ikuska.com/Africa/Paises/Somalia.htm>
4. MSF. es. La realidad de la vida en Somalia. Ed. Médicos Sin Fronteras. 2002.
5. UNICEF Somalia. En URL: <http://www.unicef.org/somalia/>
6. BAIDOA OFFICE. Nutrition Survey Report Wajid district; Bakool Regio. UICEFR 2000. En URL: <http://www.univ-lille1.fr/pfeda/Ethiop/Docs/1212unicef1.pdf>
7. Amnistía Internacional. Protección efectiva ,¡ya! Análisis de las reformas legislativas propuestas por le gobierno español sobre violencia contra las mujeres. 2003.
8. Kaplan Marcusán A. Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones. II Congreso sobre la inmigración en España Octubre 2000.
9. OMS. El agente de Salud Comunitario. Ginebra: OMS; 1987.
10. Spector RE. Las culturas de la salud. Madrid: Pearson Educación; 2003.
11. Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto: Fundación Hesperian; 1989.
12. OMS. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1989.