

Declaración de la IMAP sobre la prevención de la mutilación genital femenina

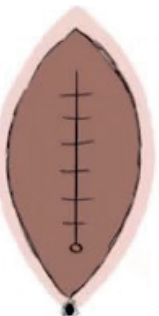
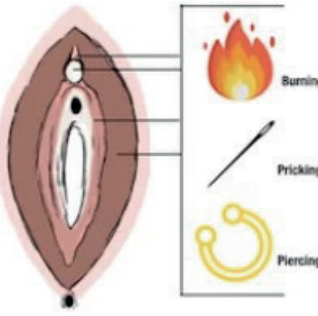
Introducción

La mutilación genital femenina (MGF) comprende una serie de procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones, realizadas por motivos culturales u otras razones no médicas. Constituye una violación de los derechos humanos, una forma de abuso infantil y una manifestación extrema de la violencia de género (VG), que afecta a más de 230 millones de personas en todo el mundo (1). La MGF se practica en más de 90 países de África, Asia y Oriente Medio, con consecuencias directas graves tanto en términos de mortalidad como de morbilidad. Un estudio estima que esta práctica provoca aproximadamente 44 320 muertes adicionales cada año en los países donde se lleva a cabo. Asimismo, diversas investigaciones han demostrado que la MGF es una de las principales causas de muerte entre niñas y mujeres jóvenes en los países donde persiste esta práctica (2). La MGF también se presenta en comunidades de la diáspora, lo que la convierte en un problema verdaderamente global (3,4).

A pesar de que la MGF es considerada una práctica cultural en determinados países, no aporta ningún beneficio para la salud y puede provocar consecuencias físicas y psicológicas permanentes e irreversibles. Entre las complicaciones a corto plazo se incluyen dolor intenso, hemorragias, shock, infecciones e incluso la muerte. Las consecuencias a largo plazo pueden abarcar resultados adversos maternos y neonatales durante el embarazo y el parto, dolor pélvico crónico, incontinencia urinaria, alteraciones menstruales, trastornos de la salud mental y disfunciones

sexuales (5). Esta práctica es ilegal en más de 80 países, ya sea mediante legislaciones nacionales que prohíben explícitamente la mutilación genital femenina dentro de su territorio, que la penalizan cuando se practica a sus ciudadanas en el extranjero o que permiten su persecución a través de otras disposiciones legales (6-8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro tipos de mutilación genital femenina (9,10):

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4
Extirpación parcial o total del glándulo del clítoris o de la parte externa del clítoris. También se conoce como "clitoridectomía".	Extirpación parcial o total del glándulo del clítoris o de la parte externa del clítoris, junto con los labios mayores o menores (los pliegues internos y externos que rodean la vagina). Este procedimiento también recibe el nombre de "escisión".	Extirpación parcial o total del glándulo del clítoris y de los labios menores, seguida de la sutura de los labios para reducir el tamaño de la abertura vaginal (infibulación). En algunos casos, el clítoris puede dejarse intacto.	Cualquier otro procedimiento lesivo realizado sobre los genitales femeninos con fines no médicos, como pinchazos, perforaciones, cortes, raspados o cauterización (quemaduras).
			
TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4

Propósito de la declaración y público destinatario:

Esta declaración fue elaborada por el Panel Asesor Médico Internacional (IMAP, por sus siglas en inglés) y aprobada en febrero de 2026.

El documento ofrece orientación a las Asociaciones Miembro y a las entidades socias colaboradoras de toda la Federación para el diseño y la implementación de programas integrales destinados a prevenir la mutilación genital femenina, dar respuesta a sus consecuencias y mitigar su impacto. Asimismo, presenta una actualización sobre la prevalencia de la MGF y sobre cuestiones emergentes, como su medicalización, además de abordar consideraciones específicas relacionadas con contextos humanitarios, migración y desplazamiento. En la declaración se sintetiza la evidencia más reciente sobre estrategias eficaces de prevención y modelos de prestación de servicios centrados en las personas sobrevivientes, con el fin de orientar la respuesta de las organizaciones afiliadas a la IPPF. Por último, el documento aboga por la erradicación de todas las formas de mutilación genital femenina, incluidas aquellas realizadas por personal médico cualificado, y respalda el compromiso del personal clínico con los principios de derechos humanos y los estándares éticos de la práctica profesional. Asimismo, apoya a las partes interesadas que trabajan para poner fin a la MGF, entre ellas, profesionales de la salud, responsables de la formulación de políticas públicas, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales y agencias financiadoras.

La MGF tiene sus raíces en sistemas de desigualdad de género y normas sociales

La mutilación genital femenina ha estado profundamente arraigada en algunas comunidades durante miles de años. En el núcleo de esta práctica se encuentran expectativas sociales que refuerzan el control y el abuso de los cuerpos de las mujeres y las niñas, vinculadas a ideales de modestia, castidad, pureza y obediencia. Con frecuencia, la práctica es impuesta por mujeres de mayor edad y se sustenta en normas patriarcales relacionadas con la posibilidad de contraer matrimonio y con el honor familiar; además, suele ir acompañada de estigmatización y aislamiento de quienes no se ajustan a estas normas (4,11,12). Todos los instrumentos internacionales de derechos humanos y muchos de ámbito regional condenan la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos, incluidos el derecho a la autonomía corporal, a la salud y a vivir libres de tortura (8).

La Carta de Valores de la IPPF de 2025 afirma que la autonomía corporal y la vida libre de violencia son condiciones indispensables para la dignidad humana (13). La mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas que vulneran el derecho de las personas a una sexualidad plena y placentera deben ser condenadas sin excepción.

La MGF sigue aumentando a pesar de los compromisos globales para erradicarla antes de 2030

En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, orientado a lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas, los Estados se han comprometido a eliminar todas las prácticas nocivas, incluida la mutilación genital femenina, para el año 2030 (14). No obstante, pese a los esfuerzos globales, la prevalencia de la MGF continúa en aumento. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y UNICEF, la inseguridad persistente y las crisis humanitarias en curso, incluidos los retrocesos derivados de la respuesta a la pandemia de COVID-19 y los brotes de viruela símica (o mpox), podrían dar lugar a aproximadamente cuatro millones de nuevos casos de MGF cada año. Se estima que África concentrará 144 millones de casos, seguida de Asia (80 millones) y Oriente Medio (6 millones). Las mujeres y niñas que viven en países con una prevalencia extremadamente alta de MGF (superior al 90%), como Yibuti, Somalia y Guinea, serían las más afectadas por el incremento proyectado (15). Además, el rápido crecimiento demográfico contribuye al aumento del número absoluto de niñas en riesgo. La mayoría de los países con alta prevalencia de MGF presentan también tasas de fertilidad elevadas, lo que implica que la población de niñas expuestas a esta práctica continúa creciendo. Por ejemplo, en Somalia, la tasa global de fecundidad es de 6,13 nacimientos por mujer y la prevalencia de la MGF es casi universal (99 %) (16,17). Un estudio reciente sobre los factores asociados a la prevalencia de la MGF entre las hijas en Somalia concluyó que las adolescentes de entre 15 y 19 años que viven en zonas rurales tienen mayor probabilidad de ser sometidas a la MGF en comparación con niñas de mayor edad, aquellas cuyas madres cuentan con educación primaria y las que residen en áreas urbanas (16). El aumento previsto del número de niñas afectadas por la MGF en países con alta prevalencia y elevadas tasas de fertilidad incrementará la demanda de actividades de alcance comunitario, educación y servicios de protección en contextos de bajos recursos, donde los sistemas de salud y de atención social ya se encuentran severamente sobrecargados.

Medicalización de la MGF

Uno de los factores que contribuye a la falta de avances en la erradicación de la mutilación genital femenina es la creciente medicalización de esta práctica (18). La OMS señala que, hasta 2020, aproximadamente 52 millones de mujeres y niñas —alrededor de uno de cada cuatro casos de MGF en el mundo— fueron mutiladas por personal sanitario, incluido personal médico, de enfermería y partería, en clínicas, hospitales o domicilios particulares, en una tendencia que amenaza con legitimar esta práctica (19).

Otras formas de medicalización que pretenden reducir los riesgos para la salud asociados a la MGF incluyen: a) proveer equipos y materiales médicos estériles; b) ofrecer capacitación médica de las personas que tradicionalmente realizan el procedimiento u otras que lo practican; y c) promover formas consideradas “menos graves” de MGF con el objetivo de disminuir las complicaciones de salud asociadas al tipo III o infibulación (20). Sin embargo, la medicalización de la MGF no elimina los daños físicos, psicológicos ni sexuales a largo plazo que sufren las

sobrevivientes. Por ello, la medicalización no constituye una estrategia de reducción de daños y representa una clara vulneración de los derechos humanos y de los principios éticos de la práctica médica (5,21).

¿Qué es la medicalización de la MGF?

La medicalización se refiere a las situaciones en las que la mutilación genital femenina, independientemente de su tipo, es realizada por cualquier categoría de personal sanitario, ya sea en servicios de salud públicos o privados, en el domicilio o en cualquier otro entorno. También abarca el procedimiento de reinfibulación por parte de personal de salud en cualquier momento de la vida de una mujer (17).

Además, la evidencia sugiere que la medicalización puede fomentar la realización de la MGF a edades más tempranas, lo que exponería a las niñas a riesgos graves para la salud desde etapas más precoces de la vida. Contrariamente a los argumentos de quienes defienden la medicalización de la MGF, los datos indican que esta práctica puede llevar a que el personal sanitario realice mutilaciones más extensas. Por ejemplo, en Indonesia, donde más de 60 millones de mujeres han sido sometidas a MGF realizada principalmente por profesionales médicos, un análisis de 26 estudios mostró que el personal sanitario tenía mayor probabilidad de extirpar el prepucio del clítoris (46 %) en comparación con las personas que tradicionalmente realizan el procedimiento (23 %)(22).

Entre las principales motivaciones del personal sanitario para medicalizar la mutilación genital femenina se encuentra la percepción de que esto permite mantener las expectativas culturales asociadas a la MGF al tiempo que reduce los riesgos inmediatos para la salud, como infecciones, dolor o muerte (23). En el caso del personal de la salud, la creencia de que la medicalización constituye una estrategia de reducción de daños, los incentivos económicos derivados de la realización de la MGF, así como la presión comunitaria o la falta de formación adecuada sobre la MGF como violación de los derechos humanos y forma de violencia de género, continúan perpetuando esta práctica(12,24). Asimismo, la aplicación inconsistente de las leyes que prohíben la MGF permite que la MGF medicalizada tenga lugar tanto en centros de salud como en domicilios particulares, lo que dificulta su detección y persecución penal(19).

La medicalización de la mutilación genital femenina es inaceptable, es ilegal en muchos países y el personal sanitario debe tener expresamente prohibida la realización de este procedimiento mediante leyes, políticas públicas o códigos de conducta.

En 2010, la OMS, junto con otras siete agencias de las Naciones Unidas y seis organizaciones profesionales, publicó una estrategia global destinada a impedir que el personal sanitario practique la MGF (25). La IPPF respaldó esta estrategia y reafirma su compromiso de intensificar los esfuerzos para erradicar la mutilación genital femenina (26).

La MGF en contextos humanitarios

Durante las respuestas humanitarias, los sistemas de salud y los servicios de protección suelen verse gravemente interrumpidos, lo que aumenta el riesgo de mutilación genital femenina. Además, en situaciones de colapso social, se tiende a reforzar la dependencia de normas culturales tradicionales, y la MGF puede ser percibida como una expresión cultural que debe preservarse. De los 15 países con mayor prevalencia de MGF, nueve se ven afectados por conflictos armados, desplazamientos y crisis climáticas (27). Las agencias de las Naciones Unidas y sus entidades socias informan de importantes dificultades para integrar la prevención de la MGF en los programas humanitarios, debido a la limitada financiación destinada a la violencia sexual y de género, al aumento de la medicalización de la práctica y a su realización a través de fronteras nacionales. En el marco de las respuestas de emergencia, la MGF puede ser considerada una cuestión secundaria para entidades donantes y responsables de la formulación de políticas que intervienen en la programación y la acción humanitaria (28). Las estrategias para eliminar la MGF en contextos humanitarios pueden incluir la creación de redes de liderazgo comunitario que faciliten la detección temprana de casos y garanticen la existencia de protocolos de respuesta multisectoriales.

Las razones que explican el aumento de la persistencia de la mutilación genital femenina en contextos humanitarios se resumen a continuación:

Factores	Descripción
Entornos de alto riesgo	De los 15 países con mayor prevalencia de MGF, nueve se ven afectados por conflictos armados, desplazamientos y crisis climáticas.
Sistemas de protección debilitados	Las crisis suelen debilitar la aplicación de la ley, así como los sistemas educativos y de salud, que actúan como factores clave de disuasión frente a la MGF.
Mayor vulnerabilidad	El desplazamiento aumenta la exposición de las niñas a la violencia de género debido a la ruptura de las estructuras comunitarias y de los mecanismos de protección (18).

Evidencia sobre intervenciones para prevenir y erradicar la MGF

La evidencia disponible sobre las estrategias eficaces para prevenir y eliminar la mutilación genital femenina incluye las siguientes: **A) Los enfoques que actúan a distintos niveles y sectores**, incluidas las **intervenciones a nivel de sistemas**, como marcos legislativos integrales y la adopción de códigos de conducta para el personal sanitario, resultan más eficaces cuando se articulan con **intervenciones a nivel de los servicios** que previenen y dan respuesta de manera efectiva a la MGF (29). **B) Las estrategias de movilización comunitaria** que generan cambios conductuales y de actitudes frente a la MGF, mediante la colaboración con líderes culturales y de religión, así como la implicación activa de hombres y niños para rechazar la práctica, tienden a ser especialmente efectivas (19,29,30). Asimismo, cada vez más intervenciones recurren al personal sanitario como líderes de opinión en la prevención de la MGF y como agentes clave para influir en madres y demás integrantes de la familia a través de una comunicación centrada en la persona (31,32). **C) Las estrategias a nivel individual**, como la educación formal de las niñas, constituyen una prioridad a largo plazo, ya que fomentan la capacidad de agencia, la independencia económica y la exposición a modelos de vida libres de MGF. La evidencia indica que las madres que al menos completaron la educación primaria tienen un 40 % menos de probabilidades de someter a sus hijas a la MGF (16,30). **D) Las intervenciones digitales y mediáticas**, incluidas campañas en radio, televisión y redes sociales, desempeñan un papel fundamental en la transformación de las percepciones públicas y en la promoción del cambio social en relación con la MGF. Al incluir activamente a las comunidades en la creación y difusión de los contenidos, estas iniciativas contribuyen a cuestionar creencias arraigadas y a promover nuevas actitudes orientadas a la eliminación de la práctica. Las campañas exitosas que incluyen a personas sobrevivientes e integrantes de la comunidad que denuncian la MGF garantizan mensajes auténticos y con mayor impacto (30). Asimismo, el uso de narrativas culturalmente pertinentes resulta clave para que la comunicación sea cercana y no ofensiva, y para evitar la romantización de la MGF (por ejemplo, mediante metáforas que suavizan como

“cortar la flor”); estas metáforas, lejos de cuestionar la práctica, contribuyen a reforzarla (33). E) Entre las **medidas legislativas** eficaces se encuentra la adopción de instrumentos jurídicos de carácter integral, como la incorporación de la MGF en las leyes de protección de la infancia, de violencia de género y de salud, con el fin de fomentar un abordaje holístico de esta práctica (29). El UNFPA y UNICEF recomiendan alinear la legislación contra la MGF con las normas internacionales de derechos humanos y de protección de la infancia, así como con las obligaciones derivadas de instrumentos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), la Convención sobre los Derechos del Niño y el Protocolo de Maputo, entre otros (8).

Centro de Excelencia de la IPPF sobre la MGF

Con el fin de acelerar respuestas coordinadas frente a la mutilación genital femenina, en 2022, la IPPF puso en marcha un Centro de Excelencia (CE), con sede en Mauritania. La Teoría del cambio integral del centro, desarrollada en 2023, se articula en torno a las siguientes áreas clave:

- **Transformación de normas sociales:** incluye intervenciones comunitarias, la participación activa de hombres y líderes comunitarios, la promoción de ritos de pasaje alternativos y el uso de campañas en medios de comunicación para cuestionar normas de género nocivas y percepciones erróneas en torno a la MGF.
- **Incidencia y cambio de políticas públicas:** la IPPF promueve la adopción y aplicación efectiva de marcos legislativos que prohíban la MGF, incluida su medicalización.
- **Prestación de servicios integrados:** reforzar la capacidad de las Asociaciones Miembro de la IPPF para ofrecer servicios integrales de salud sexual y reproductiva (SSR), así como apoyo psicológico a sobrevivientes de la MGF, con el objetivo de que actúen como primer punto de contacto para las mujeres afectadas.
- **Fortalecimiento de alianzas:** el marco prioriza la colaboración con una amplia gama de partes interesadas, como organizaciones de la sociedad civil, ministerios gubernamentales y agencias de las Naciones Unidas.
- **Generación de evidencia y recopilación de datos:** la IPPF impulsa la investigación y la recolección sistemática de datos sobre la prevalencia de la MGF y sobre intervenciones eficaces, con el fin de fundamentar políticas y programas basados en evidencia.
- **Educación:** la educación integral en sexualidad (EIS) se utiliza como herramienta para informar a adolescentes y jóvenes sobre la autonomía corporal y los daños asociados a la MGF, lo que fortalece su capacidad para convertirse en agentes de cambio.

Respuestas sanitarias integradas frente a la MGF

Desde la perspectiva del sector salud, uno de los pasos fundamentales para la prevención y erradicación de la mutilación genital femenina es la condena firme de su medicalización, mediante la aplicación efectiva de la ley, la formación del personal sanitario, los procesos de clarificación de valores y cambio de comportamientos, así como el fortalecimiento de capacidades en comunicación centrada en la persona para la prevención de la MGF y el compromiso con una atención ética (34). Las respuestas sanitarias frente a la MGF deben evolucionar desde servicios fragmentados de salud sexual y reproductiva (SSR) y de violencia sexual y de género hacia modelos integrados que incorporen la prevención y la respuesta a la MGF en todo el sistema de salud (29). Adoptar un enfoque interseccional y transformador de género en la prestación de servicios resulta clave para cuestionar normas de género nocivas y promover la equidad. Por último, la colaboración multisectorial entre los servicios sociales, de justicia y de salud es esencial para garantizar la articulación entre sectores, la continuidad de la atención y el apoyo, la coherencia de los mensajes y la sostenibilidad (35).

La integración de los servicios de prevención de la MGF implica adaptar las intervenciones en los distintos puntos de entrada al sistema de salud, en particular en la atención primaria y la salud materna, donde parteras, personal de enfermería, personal médico de atención general, gineco-obstetras y pediatras pueden identificar la MGF como un factor de riesgo y brindar una atención centrada en la persona y sensible al trauma. Otro punto de entrada crucial es la alineación del sistema de salud con los protocolos de protección, como los protocolos nacionales de protección de la infancia, a fin de garantizar derivaciones oportunas y el cumplimiento de las obligaciones legales (19).

Se ha demostrado que determinadas intervenciones clínicas específicas previenen tanto las complicaciones inmediatas como las tardías derivadas de la mutilación genital femenina, según la evaluación de los resultados en salud y de las preferencias y necesidades de sobrevivientes. La OMS recomienda firmemente la desinfibulación¹ en mujeres y niñas con MGF tipo III, ya sea durante el embarazo o en el parto, en particular durante la tercera etapa del trabajo de parto, o en el momento de una interrupción del embarazo, con el fin de mejorar los resultados de salud y reducir los riesgos asociados al parto (19). Hasta 2026, no existe evidencia concluyente sobre el momento óptimo para realizar la desinfibulación. La decisión sobre el momento del procedimiento depende de diversos factores, como la competencia del personal sanitario, las preferencias de las mujeres y el acceso y uso de la atención prenatal; todos ellos son elementos esenciales para garantizar una atención de calidad basada en derechos. El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomienda que la desinfibulación se ofrezca antes del embarazo y, preferentemente, antes de la primera relación sexual (36). La OMS subraya que toda decisión relacionada con la MGF debe incluir un proceso adecuado de asesoramiento y consentimiento informado, que puede incorporar, cuando sea pertinente, a integrantes de la familia que puedan oponerse a la desinfibulación o promover la reinfibulación (19).

¹ La desinfibulación es un procedimiento quirúrgico destinado a abrir el introito vaginal sellado en mujeres con MGF tipo III (infibulación), mediante la incisión del tejido cicatricial que cubre la abertura vaginal. Fuente: WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

La evidencia sobre las cirugías de reconstrucción del clítoris² sigue siendo limitada, según la guía más reciente de la OMS, basada en 13 estudios (19). Entre ellos se incluye una revisión de 2024 que analizó 40 estudios y descubrió que, de las 7274 mujeres que se sometieron a este tipo de cirugía, el 94 % reportó mejoras postoperatorias, como una mejor función sexual y reducción del dolor. La revisión también identificó una baja tasa de complicaciones, con solo un 3 % (207 casos), lo que sugiere que estos procedimientos son generalmente seguros cuando los realizan profesionales con la debida capacitación (37). No obstante, esta evidencia no fue considerada suficiente para recomendar de forma rutinaria la reconstrucción del clítoris en sobrevivientes de la MGF, debido a limitaciones en el diseño de los estudios, a la falta de estandarización de los tratamientos (variabilidad en las técnicas quirúrgicas, la selección de pacientes y la medición de resultados) y al predominio de resultados a corto plazo (19). Por ello, la OMS recomienda la reconstrucción del clítoris únicamente para mujeres que viven con MGF y presentan disfunción sexual, cuyas expectativas sean coherentes con los posibles resultados de esta intervención quirúrgica, dada la baja certeza de la evidencia disponible y los posibles riesgos quirúrgicos. La implementación de este procedimiento requiere que las mujeres reciban asesoramiento en salud sexual y apoyo psicosocial de manera complementaria a la cirugía, que esta sea realizada por personas cirujanas con formación especializada y que se apliquen procedimientos adecuados de consentimiento informado. En algunos casos, el asesoramiento en salud sexual puede ser suficiente para que determinadas mujeres superen la disfunción sexual asociada a la MGF sin exponerse a los riesgos de la cirugía, incluido el riesgo de que la intervención no produzca los resultados esperados, ya que la salud sexual está determinada por una combinación de factores psicológicos, sociales, biológicos y relacionales (19).

La evidencia sobre las cirugías de reconstrucción del clítoris sigue siendo limitada, según la guía más reciente de la OMS, basada en 13 estudios (19). Entre ellos se incluye una revisión de 2024 que analizó 40 estudios y descubrió que, de las 7274 mujeres que se sometieron a este tipo de cirugía, el 94 % reportó mejoras postoperatorias, como una mejor función sexual y reducción del dolor. La revisión también identificó una baja tasa de complicaciones³, con solo un 3 % (207 casos), lo que sugiere que estos procedimientos son generalmente seguros cuando los realizan profesionales con la debida capacitación (37). No obstante, esta evidencia no fue considerada suficiente para recomendar de forma rutinaria la reconstrucción del clítoris en sobrevivientes de la MGF, debido a limitaciones en el diseño de los estudios, a la falta de estandarización de los tratamientos (variabilidad en las técnicas quirúrgicas, la selección de pacientes y la medición de resultados) y al predominio de resultados a corto plazo (19). Por ello, la OMS recomienda la reconstrucción del clítoris únicamente para mujeres que viven con MGF y presentan disfunción sexual, cuyas expectativas sean coherentes con los posibles resultados de esta intervención quirúrgica, dada la baja certeza de la evidencia disponible y los posibles riesgos quirúrgicos. La implementación de este procedimiento requiere que las mujeres reciban asesoramiento en salud sexual y apoyo psicosocial de manera complementaria a la cirugía, que esta sea realizada por personas cirujanas

2 Técnica quirúrgica destinada a restaurar la anatomía y la función del clítoris tras la mutilación genital femenina, generalmente indicada para mujeres que han sido sometidas a MGF tipo II o III. Fuente: WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

3 La cirugía de reconstrucción del clítoris puede conllevar distintas complicaciones, que van desde efectos inmediatos, como hematomas y edema, hasta consecuencias a largo plazo, como dolor clitoriano o enterramiento del clítoris. Fuente: WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

con formación especializada y que se apliquen procedimientos adecuados de consentimiento informado. En algunos casos, el asesoramiento en salud sexual puede ser suficiente para que determinadas mujeres superen la disfunción sexual asociada a la MGF sin exponerse a los riesgos de la cirugía, incluido el riesgo de que la intervención no produzca los resultados esperados, ya que la salud sexual está determinada por una combinación de factores psicológicos, sociales, biológicos y relacionales (19).

Enfoque centrado en sobrevivientes de la MGF

Un enfoque centrado en las sobrevivientes de la mutilación genital femenina prioriza las voces y el liderazgo de mujeres y niñas con experiencia vivida, situando su dignidad y su proceso de sanación en el centro de las intervenciones destinadas a poner fin a la MGF. Entre los principios clave de este enfoque se incluyen: 1) empoderar a las sobrevivientes para que lideren, aboguen e influyan en la programación y en los cambios de políticas públicas (38); y 2) promover una comunicación centrada en la persona con las sobrevivientes de la MGF y con mujeres embarazadas, con el fin de mejorar la detección, la prevención y la respuesta frente a esta práctica. Para alcanzar estos objetivos, el personal proveedor de servicios debe contar con competencias en comunicación positiva con sobrevivientes, demostrar empatía mediante la escucha activa, así como aplicar sensibilidad cultural, un lenguaje adecuado y una interacción genuina (39).

Abordar el impacto psicológico de la MGF es fundamental, y la provisión de una atención sensible al trauma resulta esencial. Servicios como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) cuentan con respaldo clínico para el tratamiento del trauma y la ansiedad (40,41). Estos enfoques colocan en el centro la autonomía, la voz y la capacidad de decisión de las sobrevivientes, y contribuyen a generar confianza en comunidades donde la MGF está profundamente arraigada.

Recomendaciones para las Asociaciones Miembro de la IPPF sobre la prestación de servicios relacionados con la MGF desde un enfoque centrado en las sobrevivientes y basado en derechos:

Estas recomendaciones promueven un alejamiento de la primacía de leyes y políticas de carácter punitivo para priorizar la educación comunitaria, el empoderamiento y los enfoques centrados en las sobrevivientes en la prevención y respuesta a la mutilación genital femenina. Este cambio resulta esencial, ya que las estrategias actuales no han logrado reducir de manera suficiente la prevalencia de la MGF, y los avances sostenibles solo pueden alcanzarse fomentando la comprensión, la resiliencia y la participación activa de las comunidades afectadas.

Las recomendaciones se basan en el marco de acción existente de la IPPF para la eliminación de la MGF, centrado en la integración de servicios, la incidencia y el cambio de comportamientos. Asimismo, orientan la programación sobre MGF desarrollada por y con las Asociaciones Miembro

de la IPPF en el marco de la estrategia 2028 de la IPPF y la Carta de Valores de la IPPF, reafirmando los principios de autonomía corporal, vida libre de violencia, dignidad y placer (13,42,43).

1. Enfoques multinivel y multisectoriales para la prevención de la MGF:

- a. **Cambio social y de comportamientos:** las Asociaciones Miembro deben planificar campañas de cambio de comportamiento a largo plazo y de carácter multisectorial, que integren, entre otros elementos, la protección de la infancia, el empoderamiento de las mujeres y la prevención de la violencia de género. Estas campañas deben ir acompañadas de estrategias sólidas de monitoreo y evaluación.
- b. **Marcos legales y legislativos integrales:** las Asociaciones Miembro deben contribuir a los esfuerzos de incidencia y a las iniciativas legales a nivel nacional e internacional para eliminar la MGF, sin comprometer la seguridad de sus organizaciones ni de su personal. Se alienta a abogar por legislaciones sólidas y por su aplicación efectiva, así como a promover servicios centrados en las sobrevivientes dentro de los sistemas nacionales de salud y justicia.
- c. **Intervenciones digitales y mediáticas participativas a nivel comunitario:** se alienta a las Asociaciones Miembro a colaborar con liderazgos juveniles para crear y difundir contenidos digitales que cuestionen creencias arraigadas y promuevan actitudes nuevas y más saludables orientadas a la eliminación de la MGF.
- d. **Integración de la prevención de la MGF en la educación formal e informal, incluida la formación previa al ejercicio profesional:** las Asociaciones Miembro deben abogar por la inclusión de contenidos sobre prevención de la MGF en los planes de estudio escolares y en la educación integral en sexualidad. Asimismo, deben promover la incorporación de la MGF en la formación previa al ejercicio profesional del personal sanitario en todos los niveles.
- e. **Incidencia conjunta en favor de los derechos, la elección y la capacidad de agencia de las niñas:** se alienta a las Asociaciones Miembro a colaborar con organizaciones defensoras de los derechos de las infancias y de las niñas para promover el acceso de las niñas a una educación formal continua, como una de las vías con mayor respaldo empírico para la eliminación de la MGF. Asimismo, deben promover y defender la educación integral en sexualidad en los entornos escolares.

2. Alianzas y coaliciones para fortalecer la colaboración en la eliminación de la MGF:

Las Asociaciones Miembro deben desarrollar alianzas a nivel nacional, regional y global siempre que sea posible, incluidas colaboraciones con agencias de las Naciones Unidas, entidades donantes y otros actores relevantes, con el fin de unificar esfuerzos en la prevención, eliminación y respuesta frente a la MGF. Estas alianzas y colaboraciones también son especialmente importantes en contextos de respuesta humanitaria, para garantizar la coordinación en el apoyo a comunidades afectadas o en riesgo de MGF.

3. Respuesta frente a la medicalización de la MGF:

- a. Las Asociaciones Miembro de la IPPF deben participar en los esfuerzos nacionales, regionales y globales para denunciar y condenar la medicalización de la MGF.

- b. Las Asociaciones Miembro deben reforzar los códigos de conducta profesional y adoptar una política de tolerancia cero frente a cualquier personal sanitario que practique la MGF bajo cualquier circunstancia.
- c. Se alienta a las Asociaciones Miembro a establecer y/o apoyar mecanismos nacionales de notificación de casos sospechosos de MGF medicalizada y a supervisar el cumplimiento de las obligaciones legales y éticas.
- d. Se recomiendan intervenciones de sensibilización y clarificación de valores para fortalecer la capacidad del personal sanitario en la prevención de la MGF. Garantizar que el personal esté debidamente formado es esencial para que pueda abogar en la comunidad contra la práctica y reforzar el mensaje de que la medicalización sigue constituyendo una violación de los derechos y de la autonomía corporal de mujeres y niñas.

4. Respuestas sanitarias integradas frente a la MGF:

- a. **Los enfoques centrados en las sobrevivientes deben guiar** los servicios clínicos y de rehabilitación, garantizando que sean sensibles al trauma, integrados y debidamente documentados cuando sea necesario.
- b. Todo el personal médico y no médico de los centros de salud afiliados o asociados a la IPPF debe **adherirse a la Carta de Valores de la IPPF y aplicar una política de tolerancia cero frente a la MGF.**
- c. **Se debe abordar el impacto de la MGF en la salud menstrual**, incluido el dolor menstrual, que afecta la asistencia escolar y la continuidad educativa y contribuye a mayores tasas de abandono escolar entre las niñas afectadas. Se requieren intervenciones multisectoriales que involucren al Ministerio de Educación y a otros organismos gubernamentales pertinentes para mitigar el impacto de la MGF en la educación de las niñas, incluida la provisión de insumos para la higiene menstrual en escuelas y centros de atención primaria.
- d. **Es necesario proporcionar atención especializada a las sobrevivientes de la MGF que enfrentan mayores riesgos de infecciones pélvicas y del tracto urinario** debido a la alteración anatómica, a condiciones sanitarias deficientes y a obstrucciones causadas por tejido cicatricial, y que pueden no ser capaces de utilizar productos estándar de higiene menstrual.
- e. **Se recomienda la desinfibulación para mujeres con MGF tipo III**, de conformidad con las recomendaciones de la OMS, ya sea durante el embarazo, el parto o la prestación de servicios de aborto, con el fin de mejorar los resultados de salud y reducir los riesgos durante el parto (19).
- f. Se deben reconocer las necesidades específicas de las mujeres que viven con MGF **durante la atención obstétrica y del aborto**, incluidas la mayor probabilidad de cesáreas y partos asistidos (extracción con ventosa o fórceps), el mayor riesgo de hemorragia obstétrica y la mayor incidencia de trabajo de parto prolongado. Asimismo, las mujeres con infibulación suelen requerir episiotomía ya que el tejido cicatricial tiene capacidad limitada de distensión. La desinfibulación puede reducir la necesidad de hacer episiotomía.

- g. De acuerdo con las directrices de la OMS, **la reconstrucción del clítoris puede recomendarse cuando sea necesario para mujeres que viven con MGF**, como una recomendación condicional basada en evidencia de baja certeza, en los posibles riesgos quirúrgicos y en su disponibilidad limitada, principalmente en algunos países de altos ingresos. Se requiere mayor investigación para evaluar los resultados a largo plazo de este tipo de cirugía.
- h. **Se recomiendan servicios sensibles al trauma para las sobrevivientes de la MGF**, incluidos distintos enfoques terapéuticos conductuales y tratamientos para la ansiedad, siempre que el personal tenga la capacitación adecuada y aplique un enfoque centrado en las personas.

5. Investigación y generación de evidencia sobre la MGF:

- a. Es necesaria una mayor inversión en estrategias eficaces de integración de la MGF en los sistemas de salud para su prevención y tratamiento, así como en la evaluación de opciones quirúrgicas existentes o innovadoras y de sus resultados a largo plazo.
- b. Se requiere más evidencia sobre el impacto a largo plazo de la MGF (por ejemplo, en la salud mental y la disfunción sexual) en las mujeres y sus parejas, con el fin de reforzar los argumentos a favor de cambios legales y de políticas públicas.
- c. Se necesita mayor conocimiento basado en la práctica sobre la integración de estrategias de prevención de la MGF. Por ejemplo, la investigación de implementación con diseños experimentales podría generar hallazgos escalables a partir de intervenciones existentes e informar futuras campañas.
- d. La investigación y los procesos de aprendizaje deben diseñarse de manera conjunta con sobrevivientes o personas defensoras de la causa en países altamente afectados, incluidos estudios sobre desviación positiva en países, comunidades y lideresas que hayan logrado transformar normas sociales en torno a la MGF.

Reconocimientos

La declaración fue elaborada por Rania Abu Elhassan, Nihal Said y Hanan Tahir. Fue revisada por Manuelle Hurwitz, Nathalie Kapp y Mallah Tabot (IPPF) y respaldada por las personas integrantes del IMAP: Luchuo Engelbert Bain, Paul D Blumenthal, Arachu Castro, Rathnamala Desai, Michalina Drejza, Metin Gulmezoglu, Chipso Gwanzura, Gail Knudson, Edmore Munongo, Aparna Sridhar y Suzanne Veldhuis; también fue revisada por personal de la OMS (Christina Pallitto).

Referencias

1. UNFPA. Mutilación genital femenina [internet]. 2025. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>
2. Ghosh A, Flowe H, Rockey J. *Estimating excess mortality due to female genital mutilation*. Sci Rep. 16 de agosto de 2023; 13(1):13328.
3. Pallitto C, Ruiz-Vallejo F, Mochache V, Stein K, Vogel JP, Petzold M. *Exploring the health complications of female genital mutilation through a systematic review and meta-analysis*. BMC Public Health. 14 de abril de 2025; 25(1):1387.

4. Eldin A, Babiker S, Sabahelzain M, Eltayeb M. *FGM/C decision-making process and the role of gender power relations in Sudan* [internet]. Population Council; 2018 [consultado el 1.º de diciembre de 2025]. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/550
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Poner fin a la mutilación genital femenina: un llamado global a la acción de FIGO [internet]. 2025. Disponible en: <https://www.figo.org/es/poner-fin-la-mutilacion-genital-femenina-un-llamado-global-la-accion-de-figo>
6. OMS. Nota descriptiva sobre mutilación genital femenina [internet]. 2025 [consultado el 16 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
7. UNFPA. Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina [internet]. Febrero de 2025. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilacion-genital-femenina-mgf>
8. World Bank. Compendium of International and National Legal Frameworks on Female Genital Mutilation/Cutting [internet]. Febrero de 2025. Disponible en: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/83bf1f09e48c77b9ffd7c23fc9c3ae90-0260012025/original/Compendium-FGM.pdf>
9. Equality Now. *The time is now: End female genital mutilation/cutting, an urgent need for global response* [internet]. 2025. Disponible en: <https://equalitynow.org/resource/reports/the-time-is-now-end-female-genital-mutilation-cutting-an-urgent-need-for-global-response-2025-update/>
10. National FGM Centre, Reino Unido. *Female Genital Mutilation* [internet]. 2025. Disponible en: <https://nationalfgmcentre.org.uk/fgm/>
11. El-Dirani Z, Farouki L, Akl C, Ali U, Akik C, McCall SJ. *Factors associated with female genital mutilation: a systematic review and synthesis of national, regional and community-based studies*. BMJ Sex Reprod Health. Julio de 2022; 48(3):169-78.
12. O'Neill S, Pallitto C. *The Consequences of Female Genital Mutilation on Psycho-Social Well-Being: A Systematic Review of Qualitative Research*. Qual Health Res. Julio de 2021; 31(9):1738-50.
13. International Planned Parenthood Federation. *IPPF Charter of Values* [internet]. Noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.ippf.org/news/we-made-it-charter-ippfs-declaration-values>
14. The Global Goals. Igualdad de género [internet]. 2015. Disponible en: <https://globalgoals.org/es/5-gender-equality/>
15. UNFPA. *UNFPA research on FGM highlights increased risk: A call for evidence and action to end female genital mutilation by 2030* [internet]. Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.unfpa.org/resources/unfpa-research-fgm-highlights-increased-risk-call-evidence-and-action-end-female-genital>
16. Farih OA, Ali AO, Abokor AH, Ali MA, Muse AH, Egge AAA. *Prevalence and factors associated with female genital mutilation among daughters using Somalia Demographic Health Survey Data, SDHS 2020*. Atención Primaria. Abril de 2025; 57(4):103113.
17. Banco Mundial Tasa de fecundidad, total (nacimientos por mujer) - Somalia, Fed. Rep. [internet]. 2023. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=SO>
18. Organización Mundial de la Salud. *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation (FGM)* [internet]. 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.9>
19. OMS. *WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications* [internet]. 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23102286-d5fa-4c4d-8a4f-5a4f2bca7813/content>
20. End FGM European Network. *Female Genital Mutilation & Medicalisation* [internet]. 2023. Disponible en: <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Female-Genital-Mutilation-and-Medicalisation-Paper-3.0-Final-Version.pdf>
21. The Lancet. *Medicalised female genital mutilation must stop*. The Lancet. Agosto de 2024; 404(10451):405.

22. Kimani S, Barrett H, Muteshi-Strachan J. *Medicalisation of female genital mutilation is a dangerous development*. BMJ. 7 de febrero de 2023; p. 302.
23. Kisendi DD, Lyakurwa D, Paulo HA, Malingumu E, Vong V, Matthews E, et al. *Trends and determinants of female genital mutilation prevalence among women of reproductive age in Tanzania and Kenya: a demographic and health survey analysis (2008-2022)*. BMC Public Health. 4 de julio de 2025; 25(1):2380.
24. Doucet MH, Pallitto C, Groleau D. *Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature*. Reprod Health. Diciembre de 2017; 14(1):46.
25. NAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO,, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation* [internet]. 2010. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/738e10a2-6c39-4148-8265-eb8cf908c1a9/content>
26. IPPF. *IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation* [internet]. Julio de 2015. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf
27. End FGM European Network (End FGM EU). *Briefing - FGM in a Humanitarian Context* [internet]. Agosto de 2018. Disponible en: <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/End-FGM-EU-Briefing-FGM-in-a-Humanitarian-Context.pdf>
28. AIDOS, End FGM European Network y GAMS Belgium. *Preventing and Responding to Female Genital Mutilation in Emergency and Humanitarian Contexts Results from the Virtual International Stakeholder Dialogue* [internet]. 2020. Disponible en: https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Report_Preventing-and-responding-to-FGM-in-Emergency-and-Humanitarian-Contexts_17.12.20.pdf
29. Matanda DJ, Van Eekert N, Croce-Galis M, Gay J, Middelburg MJ, Hardee K. *What interventions are effective to prevent or respond to female genital mutilation? A review of existing evidence from 2008-2020*. Medina Arellano MDJ, editora. PLOS Glob Public Health. 16 de mayo de 2023; 3(5):e0001855.
30. UNICEF Innocenti. *Accelerating action towards FGM elimination: Lessons from evidence on effective interventions* [internet]. Marzo de 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/168581/file/What%20Works%20Paper.pdf>
31. Balde MD, Ndavi PM, Mochache V, Soumah AM, Esho T, King'oo JM, et al. *Cluster randomised trial of a health system strengthening approach applying person-centred communication for the prevention of female genital mutilation in Guinea, Kenya and Somalia*. BMJ Open. Julio de 2024; 14(7):e078771.
32. UNFPA, UNICEF, OMS y Population Council, Kenia. *Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation: A Review of Evidence*. [internet]. 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/106831/file/FGM-State-of-Evidence.pdf>
33. Ahmadu FSN, Bader D, Boddy J, Camara M, Carver N, Duivenbode R, et al. *Harms of the current global anti-FGM campaign*. J Med Ethics. 14 de septiembre de 2025; jme-2025-110961.
34. *Person-Centred Communication for Female Genital Mutilation Prevention: A Facilitator's Guide for Training Health-Care Providers*. 1.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. 1 p.
35. Bradley T, Kimani S, Mutunani P. *Towards a model for integrating end FGM/C efforts across sectors and systems: reflections from The Girl Generation*. Development in Practice. 4 de julio de 2025; 35(5):748-62.
36. Gupta S, Latthe P. *Female genital mutilation de-infibulation: antenatal or intrapartum?* Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. Marzo de 2018; 28(3):92-4.
37. Almadori A, Palmieri S, Coho C, Evans C, Elneil S, Albert J. *Reconstructive surgery for women with female genital mutilation: A scoping review*. BJOG. Noviembre de 2024; 131(12):1604-19.
38. Options Consultancy Services. *Guidelines for engaging with survivors of female genital mutilation/cutting*. The Girl Generation: Support to the Africa-Led Movement to End FGM/C [internet]. 2024. Disponible en: https://endfgmnetwork.org/wp-content/uploads/2025/03/Guidelines-for-engaging-with-survivors-of-FGMC_270324-1.pdf

39. Omwoha J. *Leveraging Person-Centered Communication to End FGM: In conversation with FGM Survivor, Habiba Haro* [internet]. 2025. Disponible en: <https://kujenga-amani.ssrc.org/2025/02/06/leveraging-person-centered-communication-to-end-fgm-in-conversation-with-fgm-survivor-habiba-haro/>

40. Smith H, Stein K. *Psychological and counselling interventions for female genital mutilation*. Intl J Gynecology & Obste. Febrero de 2017; 136(S1):60–4.

41. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. 1 p.

42. IPPF. *Come Together: IPPF Strategy 2028* [internet]. 2023. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/2024-09/ippf_strategy_2028_eng_2.pdf

43. IPPF AWRO. *Accelerating the Elimination of Female Genital Mutilation: A Comprehensive Framework* [internet]. 2024. Disponible en: <https://awr.ippf.org/resource/accelerating-elimination-female-genital-mutilation-comprehensive-framework#:~:text=The%20International%20Planned%20Parenthood%20Federation%20%28IPPF%29%20is%20spearheading,innovative%20Framework%20to%20Accelerate%20the%20Elimination%20of%20FGM.#>