

1.-LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

1.1-INTRODUCCIÓN.

La **Mutilación Genital Femenina** consiste en la extirpación total y parcial de los órganos genitales externos de las mujeres.

La **Mutilación Genital Femenina** además de constituir una **clara violación de los Derechos Humanos** es un problema de salud pública, que según las OMS afecta a unos **135 millones de mujeres y niñas** en todo el mundo.

Cada día 6 mil niñas de entre **4 y 10 años** son mutiladas. De hecho la edad a la que se practica la mutilación está descendiendo progresivamente para evitar que las niñas mayores, cada día, más informadas, gracias a las campañas de sensibilización se nieguen a someterse a ella.

Los motivos por los que se practica la Mutilación Genital Femenina son múltiples. Las razones más invocadas son la costumbre y la tradición, pero su objetivo es preservar la virginidad y fidelidad de la mujer. Aunque los defensores de estas prácticas las consideran como un rito necesario de iniciación a la edad adulta , cada vez más los hombres y mujeres en **África** y en todo el mundo se oponen a ella por considerarla una forma clara de violencia contra la mujer y una negación de sus derechos fundamentales.

Para erradicarla es necesaria una actuación global. Y el, principal papel de la **SOLIDARIDAD INTERNACIONAL**, en este tema debe ser el de complementar, respaldar el trabajo, que en las propias zonas afectadas, llevan a cabo las asociaciones Locales de mujeres y de defensa de los derechos humanos.

Por ello **MEDICUS MUNDI ANADALUCIA**, junto a la **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS**, **AMNISTIA INTERNACIONAL** y el **INSTITUTO ANADALUZ DE LA MUJER**, se unen para realizar campañas contra la **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**.

1.2.- ¿QUÉ ES?

Desde hace siglos las mujeres africanas se transmiten un terrible saber, el de la **ablación**. África es uno de los puntos donde pervive la mutilación genital femenina que **afecta entre 80 y 114 millones de mujeres y niñas**.

Suele practicarse en niñas de entre **4 y 10 años**. Habitualmente la realiza una partera tradicional o una anciana experimentada de la aldea.

Dos conceptos importantes son:

- **CLITORIDECTOMIA** , extirpación cruenta del clítoris; y
- **INFIBULACIÓN**, cosido y cerramiento casi total de los labios mayor y menor con diverso materiales (fibras, vegetales, alambre, hilo de pescar,).

Podemos diferenciar **3 formas básicas de intervención**:

1.- **Circuncisión SUNNA**, escisión del prepucio clitoral y de la punta del

clítoris. Esta es la forma menos radical.

2.- **Excisión Clitoridectomia**, extirpación del clítoris y parte o todos los labios. Se realiza en más del 80% de

los casos.

3.- **infibulación** o circuncisión faraónica, extirpación del clítoris, labios, parte del útero y cosido de parte de la vagina. Se suturan los costados de la vagina en carne viva , dejando tan sólo un orificio diminuto para el paso de la orina y la sangre menstrual. Se estima que la infibulación constituye cerca del **15 por ciento** de las operaciones que se realizan en África.

Antes de la ceremonia, los ancianos del clan se reúnen para seleccionar a las candidatas, la madrina y la fecha. Las chicas reciben una preparación psicológica para superar la prueba con valentía. Llegado el día en que se practica el rito, las jóvenes son amarradas para que no se muevan, se pronuncia una breve oración y se realiza la intervención que las chicas deben de soportar en silencio, para no deshonrar a sus padres. Luego la herida se cubre con un cataplasma de plantas medicinales para contener la hemorragia y ayudar a la cicatrización.

Con tijeras, cuchillos, hojas de afeitar o pedazos de vidrio.

1.3.- DONDE SE PRACTICA

Esta práctica está vigente, de una forma u otra, en unos **40 países** de todo el mundo, **la mayoría en Africa**, donde en algunos lugares como Somalia, Djibuti o Ethiopia llega a afectar a casi el **100%** de la población femenina. Se calcula que cada año son sometidas a esta operación unos dos millones de niñas. Y que en el mundo hay un total de unas 120 millones de mujeres mutiladas.

África es, junto con Asia, el continente donde más se practica la MGF. A continuación , estudio por países, lo más preocupante son los elevados porcentajes y la falta de legislación al respecto.

Porcentaje de mujeres y niñas que sufren la MGF

PAIS % TIPO LEGISLACIÓN

BENIN 50% Excisión No existe

BURKINA FASO 70% Excisión Está prohibida CAMERUN 20% Clitoridectomía y excisión No existe
REPUBLICA 50% Clitoridectomía y excisión Prohibida 1996

C. AFRICANA CHAD 60% Excisión e infibulación No existe

COSTA DE MARFIL 60% Excisión En proyecto

EGIPTO 97% Todas Se prohíbe desde 1.958 ERITREA 90% Todas No existe

ETIOPIA 90% Todas No existe

GAMBIA 60–90% Excisión No existe

GHANA 15–30% Excisión Desde 1.994 GUINEA 70–90% Todas No existe

GUINEA–BISSAU 50% Clitoridectomía y excisión No existe

KENIA 50% Clitoridectomía y excisión No existe

LIBERIA 50–60% Excisión No existe

MALI 90–94% Todas No existe MAURITANIA 25% Clitoridectomía y excisión No existe

NIGER 20% Excisión No existe

NIGERIA 50% Todas No existe

REP. DEMOCRATICA 5% Excisión No existe

DEL CONGO

SENEGAL 20% Excisión No existe

SIERRA LEONA 80–90% Excisión No existe

SOMALIA 98% Infibulación No existe

SUDAN 89% Infibulación Prohibida en 1.946 TANZANIA 10% Excisión e infibulación No existe

TOGO 12% Excisión No existe

UGANDA 5% Clitoridectomía y excisión No existe

YIBUTI 90–95% Excisión e infibulación Prohibida en 1.994

2.3.–Justificaciones.

Las razones que se dan para justificar como la circuncisión a llegado a ser una costumbre son muchas:

1.– Sociales: (Identificación con la herencia cultural, la iniciación de las chicas en el papel de hacerse mujeres, la integración social y el mantenimiento de la cohesión social.)

–**Tradición.** Si las niñas no se someten a esta operación, serán apartadas de la sociedad como marginadas, nadie querrá casarse con ellas. Y además mientras se practica la operación no pueden gritar ni llorar porque si lo hacen se convierten en la vergüenza de la familia.La ablación es signo de purificación y limpieza.

–**Hacer deseable a la mujer:** Muchos argumentan que incrementa el placer sexual de los hombres.

–**Castidad.** La mutilación conllevará una disminución de los deseos sexuales de la mujer, manteniéndose casta y virgen hasta su matrimonio.

2.–Religión.

Una de las falsas razones que se dan es que **la religión** islámica **exige la excisión**. De hecho, de los 600 millones de musulmanes que existen, aproximadamente, en el mundo, sólo una quinta parte practica la excisión. Es más, el Corán no dice que deba practicarse la mutilación genital femenina, pero existen algunos proverbios que se refieren a ella.La práctica en cualquier caso es anterior al Islam.

3.–Psicológicas:

–**Hacer dulces y sumisas a las mujeres:** las razones que dan es que el dolor de la relación sexual disminuye la libido de la mujer que , así no será infiel.De ésta, depende el honor de toda la familia.

–Preservar el buen juicio.

4.–Espirituales:

–Hay que diferenciar el hombre de la mujer. Según el mito la mutilación proporcionará a la víctima una mayor fertilidad y una larga vida a sus futuros hijos.

5.–Médicas:

–Evitar que el clítoris crezca a un tamaño anormal.

–Proteger al bebé: puede provocar la muerte de bebé si entra en contacto clítoris. Hace el parto más seguro.

– Proteger al esposo: puede provocar enfermedad o muerte al esposo si entra en contacto.

–Disminuir las secreciones vaginales indeseables (sexo seco).

–Hacer fértil a la mujer.

Se recurre a la tradición, la costumbre y la religión para argumentar la legitimidad de tal barbaridad; no obstante, los estudiosos no coinciden y no se llega a concretar si, efectivamente, la religión establece su práctica.

Todo ello es fruto de desinformación, supersticiones y dominación masculina. Las mujeres están adoptando las mutilaciones como algo normal, y como forma de ser socialmente reconocida y aceptada.

2.4.–CONSECUENCIAS EN LA SALUD.

La mutilación genital femenina puede ocasionar **la muerte**.

Las consecuencias, tanto inmediatas como a largo plazo, de la mutilación genital femenina varían dependiendo del tipo y la severidad del procedimiento con el que se ha llevado a cabo.

–Las *complicaciones inmediatas* incluyen, además del intenso dolor y heridas, colapsos, hemorragias, retención de orina. Las hemorragias y la infección pueden causar la muerte. Recientemente, han surgido complicaciones además en relación a la posible transmisión del SIDA debido a la utilización del mismo instrumento en distintas operaciones, aunque este tema se está estudiando.

–Las *consecuencias a largo plazo* incluyen quistes, abscesos, formación de cicatrices, daños en el útero que conllevan la retención de orina, disfunciones sexuales y dificultades para el parto.

–*Salud psicológica y sexual*: la mutilación genital conllevará una pesada marca por la vida y la salud mental de la mujer que la ha padecido. En términos amplios, las mujeres mutiladas genitalmente sufren sentimientos de inferioridad, ansiedad y depresión.

Las niñas a lo largo de su vida irán recordando el dolor de la mutilación. El primer acto sexual sólo podrá realizarse tras la dilatación gradual y dolorosa de la abertura que les han dejado. En algunos casos será necesario practicarles un corte. En el alumbramiento también será necesario practicarles un corte, para que pueda salir el bebé. En algunos casos las mujeres vuelven a ser infibuladas.

2.5.–¿CÓMO ERRADICARLA?

La mejor forma es por medio de la educación y sensibilización, y la prohibición sólo lograría empeorar la situación.

La circuncisión es asumida en muchos países africanos como una de sus señas de identidad, por lo que los intentos externos para erradicarla sobre todo si se sostiene que es un acto bárbaro y salvaje , no hacen más que afianzar su estimación por esta práctica.

Los **pocos intentos** que se han realizado para eliminarla **legalmente** fracasaron. Los misioneros cristianos asentados en **Burkina Faso** intentaron hace décadas abolirla, amenazando con excolmugar a quienes sometieran a sus hijas a este rito, pero también fue inútil. En países como Ghana han aprobado, más recientemente, normativas que prohíben la Mutilación Genital Femenina. Una enmienda introducida en 1994 en el Código Penal de este país fija en **3 años la pena** aplicable a aquellos que la practiquen.

El Gobierno de Eritreaa ha incluido, por su parte, información en contra de la mutilación genital femenina, en sus programas sanitarios y de educación general. Burkina Faso y Niger crearon, en 1990, comités encargados de formular y llevar a la práctica estrategias a fin de abolir paulatinamente la mutilación genital femenina y otras prácticas perjudiciales y educar a la población acerca de dichas prácticas. El comité de Burkina Faso intenta concienciar a la población, apoyándose en programas de radio y de televisión y en órganos creados al efecto en las regiones más afectadas. Además, apuesta por que el código penal del país incluya penas contra los que llevan a cabo la mutilación genital femenina.

La OMS apuesta a combatir el ritual con **información dirigida a jóvenes y líderes locales y religiosos** con capacidad para influir en sus ámbitos de pertenencia. Tal vez éste sea el mejor camino, pero inevitablemente lento: se estima que hasta la erradicación de esta práctica tres generaciones de mujeres habrán sido víctimas de ella.

Existe, sin embargo, la opinión de que si bien la ilegalización no parece un método efectivo, es necesario que haya una legislación clara una postura firme de los gobiernos contra la mutilación genital femenina. Unos 25 países, 19 de ellos africanos, han emitido ya manifiestos oficiales o han desarrollado algún tipo de política para erradicarla.

El debate sobre la ablación **llegó hasta el Senado gracias** al caso de Fauyiza Kasinga, una joven de 19 años que entró ilegalmente en Estados Unidos por miedo a ser sometida a esa operación en su país, Togo. Kasinga fue puesta en libertad después de pasar en prisión más de un año por decisión de un juez que no creyó su historia.

2.5.1.–Normas que exigen a los gobiernos erradicar la MGF.

Normas.

Hoy en día , son numerosas las normas internacionales que instan o exigen a los gobiernos a erradicar la MGF:

- **La Declaración Universal de Derechos Humanos** protege el derecho a la seguridad de las personas y tratos crueles, inhumanos o degradantes. Además subraya la obligación de los Estados de respetar y garantizar el respecto a los derechos humanos el derecho a la seguridad física y psíquica, a no ser discriminado por razón de sexo y a la salud.
- **La Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer .**
- **La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer .** Su artículo 4 dice que los Estados no deben invocar ninguna costumbre , tradición para eludir su obligación de eliminar la violencia contra la mujer.

- **La Declaración y Plataforma de Acción de Pekín**, de 1995, condena la MGF y reafirma el deber de los Estados de tomar medidas para reducir este tipo de violencia.
- **La Convención de la ONU sobre los derechos del Niño** exige a los gobiernos que adopten medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para niños y niñas. **La Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Intolerancia y Las Fundadas en la Religión o las Convicciones** protege los derechos de los niños y las niñas contra las prácticas nombre de una creencia o tradición cultural determinada.
- **El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** consagró el derecho a disfrutar salud física y mental posible.
- **La Conferencia Internacional de la ONU** sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo dice que los gobiernos en su programa de acción deben poner fin a la MGF y a promover programas de educación sobre la MGF ya que en muchos países en los que se practican las mujeres no tienen acceso a la información sexual y reproductiva.

EL HECHO DE QUE LOS GOBIERNOS NO TOMEN LAS MEDIDAS APROPIADAS PARA GARANTIZAR LA ERRADICACIÓN DE LA MGF VIOLA ESTAS OBLIGACIONES.

3.- CAMPAÑA CONTRA LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA MEDICUS MUNDI.

3.1-¿QUIÉN DESARROLLA ESTA CAMPAÑA?

- La Campaña contra la Mutilación Genital Femenina está siendo desarrollada por la Organización No Gubernamental Medicus Mundi. Dedicada a la cooperación sanitaria con el Tercer Mundo, su actuación se centra en la cooperación al desarrollo con proyectos a medio y largo plazo. Fundada en 1962, es miembro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Premio Príncipe de Asturias de la Concordia (1991).
- **Amnistía Internacional, la Asociación Andaluza de Matronas e el Instituto Andaluz de la Mujer colaboran en la Campaña**

2.-¿ Qué es Medicus Mundi ?

Es una Organización No Gubernamental (ONG), internacional, que se dedica a la Cooperación Sanitaria para el desarrollo del Tercer Mundo y de las poblaciones marginadas del nuestro, empleando para ello a profesionales (médicos, enfermeros, ingenieros, farmacéuticos, biólogos, educadores, ...) que con su experiencia colaboran de forma voluntaria.

Fue fundada en Alemania en al año 1962. Está **reconocida oficialmente, como Organismo Consultor, por la Organización Mundial de la Salud**. Agrupa a ocho ramas estatales (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda, Irlanda, Italia y Suiza) y a siete organizaciones afiliadas.

Es **independiente tanto confesional, como políticamente**. Su actuación está basada en el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de la persona.

En el Estado Español, Medicus Mundi cuenta con diversas Asociaciones territoriales que funcionan autónomamente y que forman la **Federación Medicus Mundi España**. **Medicus Mundi** está presente en 13 Comunidades Autónomas y en 16 provincias mediante asociaciones que se agrupan en la **Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España (FAMME)**. La presencia de asociaciones distribuidas por casi todo el país facilita un mayor acercamiento y proximidad de los colaboradores, socios y voluntarios con la política de desarrollo y cooperación de la organización.

3.1-OBJETIVOS DE LA CAMPAÑA

- El objetivo de la campaña emprendida por Medicus Mundi es informar al público en general y al personal sanitario en particular sobre esta práctica, que se realiza en muchos países con los que esta ONG está cooperando. Entre ellos, en **Burkina Faso**, país subsahariano situado en Africa Occidental, donde Medicus Mundi viene desarrollando distintos proyectos desde inicios de los 80.
- Además de informar u sensibilizar, la Campaña tiene como objetivo apoyar económicamente al **Comité Nacional de Lucha contra la Mutilación Genital Femenina de Burkina Faso** y, más concretamente, las actividades que desarrolla:

–Formación y sensibilización del personal sanitario, las parteras tradicionales, los curanderos, los jefes religiosos y políticos, así como a las mujeres en general.

–Información a través de los medios de comunicación .

–Creación de obras teatrales, canciones, etcque incidan directamente en el tema.

–Impulsar el desarrollo y la aplicación de leyes coercitivas de dicha práctica.

- Medicus Campus brinda apoyo económico y técnico a iniciativas encaminadas a la formación de trabajadores del área sanitaria, apuesta por informar sobre las consecuencias de esta práctica y por incluir el tratamiento de las secuelas de la ablación en los programas de salud dirigidos a las mujeres y los niños. Asimismo, considera fundamental organizar programas de información y educación dirigidos a jóvenes y líderes locales y religiosos.
- Medicus Mundi considera que para erradicar esta práctica es necesario emprender una actuación global. En este sentido, el principal papel de la Solidaridad Internacional debe de ser el de complementar, respaldar y apoyar el excelente trabajo que, en las propias zonas afectadas, llevan a cabo las asociaciones locales de mujeres y de defensa de los derechos humanos.

3.2-ENTORNO DONDE SE DESTINA LA AYUDA

MEDICUS MUNDI ANDALUCIA, junto a la **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS**, **AMNISTIA INTERNACIONAL** y el **INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER** se unen para luchar contra la horrible práctica: la **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**.

La acción de ayuda se centra en **BURKINA FASO**.

La Campaña de **MEDICUS MUNDI ANDALUCIA** se centra en apoyar a las asociaciones de mujeres de **BURKINA FASO** que luchan contra la práctica de la abolición.

3.2.1- ENTORNO DEL PROYECTO. (Burkina Faso)

3.2.1.1-ENTORNO GEOGRÁFICO.

Población:

10.118.000 (1994).

Superficie:

274.200 Km2

Capital :

Ouagadougou.

Moneda:

francos CFA.

Idioma:

francés.

El Ambiente

País mediterráneo, es uno de los de mayor densidad de población en la sabana del Sahel, al sur del Sahara. Los ríos Volta Noire, Volta Blanche y Volta Rouge riegan la meseta Mossi que posee tierras más fértiles pero infectadas de moscas tse-tsé. Como toda la región sahelí, esta nación sufre el proceso de desertificación, causado por el uso de técnicas de explotación agropecuaria no adecuadas, con el objetivo de cultivar maní y algodón con destino a la exportación. Una de las consecuencias lesivas para la población que entraña dicho proceso es la escasez de leña. En las principales ciudades, la contaminación atmosférica (producto del uso de combustibles fósiles en los automóviles y las emanaciones gaseosas de las industrias), constituye el mayor problema ambiental.

3.2.2.-Entorno sociológico.

- **Pueblo:** Los mossis constituyen más de la mitad de la población y los pastores pouhis y las clanes tamajeks, con sus vasallos, los bellah, representan el 20%. Campesinos y comerciantes djula constituyen minorías en la población autóctona. La lengua de estos tres pueblos sirve de vínculo a las distintas regiones del país. Las culturas senufo y bobo-fing se extienden por las llanuras del oeste, donde la sabana se pierde en la selva. Las culturas de los lebis, de los bobo-ule, de los gurunsi y de los bisa –presentes en varios estados a la vez– dominan los territorios del sur. La civilización de los gurmantehé se desarrolla en las sabanas del este. Y las culturas sampo, rurumba y marko bordean las regiones desérticas del norte y del noreste.
- **Religión:** Los cultos africanos tradicionales son mayoritarios. Hay un 30% de musulmanes y un 10% de cristianos.
- **Idiomas:** francés (oficial); las lenguas más habladas son mossi, bobo y gurma.
- **Partidos políticos:** Movimiento Popular de la Democracia de los Trabajadores (oficialista); la Organización para la Democracia Popular–Movimiento del Trabajo (ODP/MT); la Convención Nacional de los Patriotas Progresistas–Partido Social Demócrata (CNPP–PSD), principal fuerza de la oposición; Partido Socialista de Burkina (PSB) y el Partido Ecologista para el Progreso (PEP).
- **Organizaciones sociales:** Confederación General del Trabajo. (La Unión Sindical de los Trabajadores Voltenses, fue disuelta en 1981)

El Estado

- **Nombre oficial:** République de Burkina Faso
- **Division administrativa:** 30 provincias, 300 departamentos y 7.200 aldeas.
- **Capital:** Ouagadougou, 500.000 hab. (1990).
- **Otras ciudades:** Bobo–Dioulasso, 228.668 hab., Koudougou, 51.926 hab., Ouahigouya, 38.902 hab.
- **Gobierno:** Régimen republicano parlamentarista con un jefe de Estado fuerte. Blaise Campaoré, presidente (electo en mayo de 1992; en el poder desde 1987, mediante golpe de Estado). Kadre Désiré Ouedraogo, primer ministro (cargo creado en 1992). Legislativo unicameral: Asamblea Nacional (107 miembros electos por voto directo, para un mandato de siete años). Justicia: jueces responsables frente a un Consejo Superior, bajo la autoridad del presidente de la República.
- **Fiesta nacional:** 5 de agosto (independencia de Francia) (1960).
- **Fuerzas armadas:** 8.700 (incl. Gendarmería).
- **Paramilitares:** 1.750.

Demografía

- **Población urbana:** 23% (1995).
- **Crec. anual:** 6,9% (1992–2000).

- **En el año 2000:** 12.000.000.
- **Hijos por mujer:** 6,9 (1992).

Salud

- Un **médico** cada 33.333 hab. (1988–91).
- **Mortalidad infantil (menores de cinco años):** 169 cada 1.000 (1994).
- **Consumo de calorías:** 91% de lo requerido (1995).
- **Agua potable:** 78% de la población tiene acceso (1990–95).

Educación

- **Analfabetismo:** 81% (1995).
- **Tasa de inscripción escolar:** Primaria (1993): 30% mujeres, 30% varones. Secundaria (1993): 6% mujeres, 11% varones.
- **Docentes de primaria:** uno cada 60 estudiantes (1992).

Comunicaciones

- 81 **diarios** (1995), 83 **televisores** (1995) y 78 **radios** cada 1.000 hogares (1995).
- 0,2 **teléfonos** cada 100 habitantes (1993).
- **Libros:** 78 títulos cada 1.000.000 habitantes en 1995.

Economía

- **PNB per cápita:** US\$300 (1994).
- **Crec. anual:** -0,1% (1985–94).
- **Inflación anual:** 1,60% (1984–94).
- **Índice de precios al consumidor:** 100 en 1990; 126,2 en 1994.
- **Moneda:** 535 francos CFA = 1US\$ (1994).
- **Cereales importados:** 121.000 tons. métricas (1993).
- **Uso de fertilizantes:** 60 kgs por há. (1992–93).
- **Ayuda recibida:** US\$457 millones (1993); US\$47 per cápita; 16% del PNB.

Energía

- **Consumo:** 16 kgs de Equivalente Petróleo per cápita anualmente (1994), 100% importado (1994).

3.2.3-CONTEXTO LOCAL.

En Burkina Faso, el papel económico de la **mujer** es evidente. Del **80 al 90 %** de entre ellas son campesinas y uno de cada dos cultivadores es una mujer.

Éstas últimas aseguran **60 a 80 %** de la producción alimenticia, 100 % del proceso de transformación, **50 %** de la cría de ganado, **60 %** del comercio de bienes de base y, esto, en gran parte, efectuado fuera de los circuitos de producción comercial y virtualmente sin medios.

Las mujeres juegan un papel de primer orden en el desarrollo de la familia y la comunidad. Las mujeres burquinesas buscan mejorar las condiciones de vida de sus pueblos y su preocupación constante es el bienestar de sus familias. Cada mañana, la mujer debe desenvolverse para encontrar dinero para alimentar a su familia. Es por esto que además de su relación con la producción, ellas intentan procurarse ingresos propios (sobre los cuales podrán decidir). De esta manera, logran procurarse fuentes diversificadas de ingresos provenientes de :

la recolección de frutas, la transformación de los productos alimenticios, las preparaciones alimenticias, la pequeña cría de animales, el artesanado (tejido, cestería, cuero, tintura), y el comercio de todo tipo, (pelucas africanas, costura y la lista no es exhaustiva)

A pesar de su ingeniosidad estas mujeres son prisioneras de un círculo vicioso de pobreza debido al deterioro de la situación económica del país, caracterizada por :

1. la carestía de la vida : aumento del precio de los productos de primera necesidad (alimentos de base, medicamentos)
2. – la degradación de los servicios sociales básicos– la elevada tasa de analfabetismo– la elevada tasa de abandono escolar– la baja tasa de escolarización – la alta tasa de mortalidad, 146 de niños de 0 a 5 años – el acceso limitado a los servicios sanitarios
3. – la degradación del empleo– el despido masivo de centenas de personas de la función pública y la ausencia de salida laboral– el cierre de las fábricas y la reducción masiva de persona– el desempleo de jóvenes diplomados de la enseñanza superior el trabajo de más de la mitad de la población activa en el sector informal de la economía

El desinterés del Estado por las estructuras de apoyo a los productores agrícolas es actualmente una realidad. Lamentablemente la población no ha sido preparada para tomar a su cargo las funciones que antaño eran asumidas por los agentes y los servicios estatales. En particular en el sector del financiamiento de las actividades de la producción agrícola y anexas. Como muchas regiones de África del Oeste el financiamiento de las actividades en relación con la producción agrícola se realiza a través de la principal filial de exportación (el algodón). Esta situación excluye de oficio a los actores de otras filiales, en particular a las mujeres cuyas necesidades crediticias son consideradas limitadas y generadoras de muchos gastos de gestión para los bancos.

Estas dificultades de acceso de las mujeres al crédito bloquean el desarrollo de sus actividades generadoras de ingresos.

MATERIALES

Medicus Mundi dispone de una exposición titulada "**El día que Kadi perdió parte de su vida**", del fotoperiodista Kim Manresa (Barcelona, 1961), basada en la mutilación genital femenina realizada a una niña africana. Consta de 33 fotografías (24x30 centímetros enmarcadas en 30x40) acompañadas de paneles informativos.

Kim Manresa (Barcelona, 1961), ganador de los principales premios de fotoperiodismo de España, ha sido seleccionado como uno de los mejores fotógrafos europeos por la revista francesa Photo. Sus fotografías han sido expuestas en más de 60 galerías de todo el mundo y se han publicado varios libros.

Otros datos:

- El día de la inauguración de la exposición se oferta, previo pago del viaje y estancia, una conferencia basada en la Mutilación Genital Femenina y si es posible, se invitará a alguna persona de interés público o especialista en temas de salud, como pediatras, ginecólogos, etc.
- Se incluye junto a la exposición un stand, de 1,20 x 2,15 con información general sobre la Mutilación Genital Femenina y otro con un reportaje aparecido en la Vanguardia realizado por el autor de la exposición a Kadi, la niña que aparece en la muestra.
- Se expondrá para su venta un libro–catálogo de Kim Manresa: El Día que Kadi perdió parte de su vida, con las fotografías expuestas.

El objetivo final de estas exposiciones y actividades es:

- Facilitar la información pertinente para que nuestra sociedad pueda comprender, compartir y participar en la problemática de otros pueblos.
- Fomentar comportamientos más justos, tolerantes y solidarios.
- Denunciar la vulneración de los derechos humanos que padecen determinados grupos o comunidades y su acceso limitado a un derecho tan básico y esencial como es la salud.

6.-PERSONAL Y FORMACIÓN.

Medicus Mundi desarrolla su trabajo gracias a un equipo humano constituido por 56 profesionales de todo tipo de áreas: salud, gestión y administración, finanzas, comunicación y formación, principalmente. Además cuenta con 74 cooperantes desplazados a diferentes proyectos de África y América Latina para coordinar los planes de actuación y formar al personal local.

Más de 300 voluntarios contribuyen también con su trabajo a las diferentes actividades de **Medicus Mundi**

Medicus Mundi organiza diversos cursos de formación cuyos programas se centran, fundamentalmente, en contenidos relacionados con la Medicina Tropical y Humanitaria. De esta forma se trata de mejorar la capacitación del equipo humano vinculado a la organización, para avanzar así en la mejora de la calidad de nuestros proyectos, y de otros profesionales interesados en la cooperación sanitaria.

Entre otros

7.- FINANCIACIÓN.

Medicus Mundi Andalucía obtiene fondos de diversas fuentes:

*Mediante las cuotas regulares de los socios y colaboradores.

*Con subvenciones de diversas instituciones públicas y privadas: Unión Europea (UE), Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Junta de Andalucía, Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales de Andalucía, y Fundaciones y Cajas de Ahorros implantadas en la comunidad autónoma, etc

*Con donaciones realizadas por personas, colectivos, entidades, empresas, etc..

*A través de los recursos obtenidos por campañas puntuales.

*Mediante la organización de actividades en los Centros Escolares encaminadas a financiar parcialmente algún proyecto concreto.

*Mediante la organización de actividades en los Centros Escolares encaminadas a financiar parcialmente algún proyecto concreto.

*Mediante la organización de actos públicos como conciertos, conferencias, exposiciones, etc

*Mediante la venta de artesanía del Tercer Mundo.

almente algún proyecto concreto.

¿CÓMO COLABORAR?

Medicus Mundi ha abierto una cuenta bancaria para canalizar el apoyo económico a la lucha contra la

mutilación genital femenina. El número de cuenta es el siguiente: 2071 0935 14 0101315031

Hazte socio

- Hazte **socio-on-line**.
- Mediante un **cupón** para imprimir y rellenar por correo o por fax.
- Llámanos ahora al teléfono 902 10 10 65.
- Visita las sedes de nuestras **Asociaciones**.

Haz un donativo

- Imprime y rellena un **cupón** y envíanoslo por correo o por fax.
- Llámanos ahora al teléfono 902 10 10 65.
- Visítanos en cualquiera de las sedes de las **Asociaciones**.

Colabora como voluntario

- Visítanos en cualquiera de las sedes de las **Asociaciones**.
- Participa como Empresa o Institución Solidaria
- Ingresa tu **donativo**.
- Mediante nuestras **propuestas de colaboración**.

¿Que beneficios tiene para su empresa colaborar con Medicus Mundi?
• Transmite al público la imagen de empresa comprometida y solidaria. • Fideliza clientes que se identificarán más con su producto o con su marca. • Capta la atención de nuevos públicos.

• Potencia las ventas de un producto concreto, si se elige la comercialización de un producto solidario a cambio de una donación porcentual. • Accede a ventajas fiscales.	
¿Qué obtiene Medicus Mundi?	
• Aumenta la disponibilidad de fondos para sus proyectos. • Hace llegar los valores de la sociedad civil a los trabajadores de su empresa y al público en general. • Permite aumentar su base social, accediendo a nuevos socios y donantes. • Incrementa los	

fondos destinados a actos públicos de sensibilización y formación.	
Formas de colaboración	
• Aportación económica puntual: a través de donativos desgravables (cupón) • Proyecto de marketing solidario: adaptado a las necesidades y potencialidades de su empresa. • Patrocinio de eventos concretos: exposiciones, cursos, conciertos, jornadas. • Cesión de espacios físicos para actos públicos (exposiciones, conciertos, ruedas de prensa) y para puntos de información	

(displays
y
cartelería
en puntos
comerciales
y
entidades
bancarias).

- Cesión
de
recursos
publicitarios:
espacios
en
publicidad
exterior
(medios
de
comunicación
y
servidores
de
internet).
Espacios
publicitarios
en la
comunicación
de su
empresa
con sus
clientes.
- Compra
de
merchandising.
- Prestación
de
servicios
profesionales.
- Donaciones
en
especie.

8.-ORGANIZACIÓN.

Asamblea General

546 socios

Junta Directiva

Presidente:

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Vicepresidente:

M^a Luisa Grande Gascón

Tesorero:

Angel Baena Martínez

Secretario:

Francisco Carrión Méndez

Vocales:

Eduardo Guillén González–Novo
Jesús Dávila Guerrero
Francisco Javier Machado Santiago
M^a Luisa Giménez Díaz–Oyuelos
Miriam Amian Novales
Carmen Sánchez Robles
José Luis Shiaffino Cano
Matías Valverde Romera
Miguel Urquía García
Eduardo Guillén González–Novo

Oficina técnica

Coordinador:

Damiano Sartori

Proyectos:

Jose Luis Ayerbe Aguayo

Recursos y Comunicación:

Javier Landa Bodegas

Economía:

Jose Antonio Caba Porras

Secretaría:

Maria Hernández Hernández

Sede de Sevilla:

María del Carmen Doncel Dominguez

CIFRAS

Activo		
Conceptos	Subtotal	Totales
Inmovilizado		100.212
Gastos Concepción Proyectos	5.586	
Inmovilizaciones Inmateriales	718	
Inmovilizaciones Materiales	88.926	
Inmovilizaciones Financieras	4.982	
Activo circulante		2.707.777
Existencias	36.562	
Usuarios y Otros Deudores	1.249.041	
Inversiones Financieras Temporales	889.271	
Tesorería	525.632	
Ajustes Periodificación	7.271	
Total Activo		2.807.989
Pasivo		
Conceptos	Subtotal	Totales
Fondos Propios		485.001
Fondo social	353.591	
Reservas	117.570	
Excedentes Ejercicios Anteriores	(1.675)	
Perdidas y Ganancias	15.515	
Ingresos a Distribuir en Varios Ejercicios		2.199.834
Acreedores a Largo Plazo		427
Acreedores a Corto Plazo		122.727
Acreedores Comerciales	80.451	
Deudas No Comerciales	28.195	
Provisiones de la Actividad	894	
Ajustes por Periodificación	13.187	
Total Pasivo		2.807.989
Cuenta de Resultados – Ejercicio 1999		
Ingresos		
Ingresos de la entidad por la actividad propia	339.729	
Ventas y otros ingresos ordinarios de la actividad mercantil	117.440	
Otros ingresos	1.680.874	
		5.451

Resultados negativos de explotación	
Otros intereses e ingresos asimilados	11.290
Diferencias positivas de cambio	240
Ingresos extraordinarios	10.426
Ingresos y beneficios de otros ejercicios	8.985
Gastos	
Ayudas monetarias y otros	1.686.699
Aprovisionamientos	92.603
Gastos de personal	215.945
Dotaciones para amortizaciones inmovilizado	9.765
Otros gastos	131.069
Variación de las provisiones de la actividad	7.413
Gastos financieros y gastos asimilados	3.660
Resultados financieros positivos	7.870
Resultados positivos de las actividades ordinarias	2.419
Gastos extraordinarios	1.914
Gastos y pérdidas de otros ejercicios	3.413
Resultados extraordinarios positivos	14.084
Resultados positivos antes de impuestos	16.503
Impuesto sobre Sociedades	988
Resultado de Ejercicio	15.515

Acciones de desarrollo llevadas a cabo en los últimos cinco años	
Proyectos de Cooperación para el Desarrollo:	50
Distribución	
Burkina Faso	23
Ecuador	18
El Salvador	1
Marruecos	6
Sáhara	1
Togo	1

Proyectos de Educación para el Desarrollo:	10
Distribución	
España (Andalucía y diferentes comunidades)	10
Beneficiarios de Proyectos de Desarrollo	1.450.000 aprox.
Distribución	
Burkina Faso	750.000 personas
Ecuador	175.000 personas
Marruecos	316.000 personas
Sáhara	130.000 personas
El Salvador	50.000 personas
Togo	15.000 personas
Beneficiarios de Proyectos de Educación	150.000 aprox.
Distribución	
España (Andalucía y diferentes comunidades)	150.000 personas
Presupuesto total de los Proyectos	1.522.650.000 pesetas
Fondos transferidos a países del Sur	1.118.220.000 pesetas
Personal español en proyectos	51 personas
Personal local contratado en los Proyectos	517 personas

MEDICUS MUNDI

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA LA MUJER AFRICANA

1

11

