

## 2. Casuística

### INCIDENCIA/PREVALENCIA

Los datos mundiales sobre MGF son realmente alarmantes: de 130 a 140 millones de mujeres han sido sometidas a la mutilación genital femenina, 3 millones de niñas corren el peligro de ser mutiladas anualmente, 8.000 niñas son mutiladas diariamente, y 29 países constituyen la mayoría donde se practica la MGF pero hoy en día la práctica es universal<sup>17</sup>.

Conviene no obstante recordar que estas cifras comprenden todos los tipos y alcances de la MGF y que el tipo I constituye la práctica más frecuente. También se ha dicho en esta guía que las consecuencias de estas prácticas varían mucho de unos tipos a otros y que, en concreto, dentro del tipo I también se incluyen las escisiones del prepucio sin afectación en el corte del clítoris. No se sabe a ciencia cierta cuántas son, pero tenemos que ser conscientes que estas últimas también forman parte de las estadísticas y estimaciones de prevalencia e incidencia. El Hastings Center dice en un informe del año 2012 que “...En su pasión para poner fin a la práctica, las organizaciones de defensa anti-mutilación a menudo hacen afirmaciones acerca de las cirugías genitales femeninos en África que son inexactas o demasiado generalizadas o que no se aplican a la mayoría de los casos”<sup>18</sup>.

Tal y como se recoge en el Informe titulado *Diagnóstico de la mutilación genital femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, elaborado por la Fundación Wassu para Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, con fecha de 30 de junio de 2014, debido a las migraciones la práctica de la MGF ya no se restringe a países donde ha sido tradicionalmente llevada a cabo sino que viaja como “bagaje cultural” de las personas que migran, por lo que se puede afirmar, en línea con la consigna de que hoy lo local hoy es global, que la MGF está en diáspora.

Mientras que en los países donde la MGF se practica originariamente se mide la prevalencia a través de encuestas específicas como Demographic and Health Surveys (DHS) y Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), en los países de la diáspora africana suele utilizarse un acercamiento demográfico, como los datos del padrón, ya que los registros sanitarios no siempre son válidos, puesto que no siempre se registra la MGF<sup>19</sup>, debido a una falta de formación para la atención y la prevención de la práctica. Por esta razón, en el Estado Español se recurre a una fuente de información privilegiada: el Padrón Continuo de la Población Española, que se ha convertido en una buena fuente estadística para el estudio de la población inmigrante por posibilitar su registro independientemente de que su

17 Mora, Luis, UNFPA-Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Población, conferencia impartida en Bilbao, Delegación Territorial de Salud de Bizkaia, el 16 de noviembre de 2015.

18 Hastings Center Reprt. Seven Things to Know about Female Genital Surgeries in Africa.

19 EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) Female genital mutilation in the European Union and Croatia, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

situación jurídico-administrativa esté regularizada. Además, el hecho de que la población extranjera no comunitaria sin autorización de residencia permanente deba renovar su inscripción en el padrón cada dos años, permite mantener un reflejo actualizado de este tipo de movimientos de población.

## DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

De acuerdo a los datos del Padrón Continuo de la Población Española a 1 de enero de 2012, analizados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012<sup>20</sup>, de las 224.000 personas procedentes de países en los que se practica la MGF que habitaban en el Estado Español, 11.000 residían en la Comunidad Autónoma de Euskadi. A su vez, estas nacionalidades constituyan el 6,9% de un total de 140.000 personas extranjeras que residían en la comunidad autónoma.

Euskadi era la séptima comunidad autónoma con mayor población procedente de países en los que se practica la MGF, y junto a Cataluña, Madrid, Andalucía, la Co-munitat Valenciana, Aragón y Canarias, CAE e Illes Balears eran las regiones con más de 10.000 personas provenientes de países en los que se practica la MGF.

Desde 2008 a 2012 la población femenina de nacionalidad MGF creció especialmente, doblando su población en la CAE y en Castilla-La Mancha. En cuanto a la población femenina menor de 15 años, la CAE triplicó su población, igualada por Cantabria y Castilla-La Mancha, y solamente superada por el Principado de Asturias.

En 2012 más de 3.000 mujeres de estas procedencias habitaban en la CAE, representando el 5,5% de las más de 57.000 mujeres de nacionalidad MGF que residían en el Estado Español. La población femenina experimentó un crecimiento relativo intenso. En el periodo 2008-2012 esta población aumentó en más de 1.800 habitantes, un 142,1%, frente a un crecimiento relativo del 40% a nivel nacional para este colectivo, durante el mismo periodo. La población femenina menor de 15 años era de más de 800 niñas, con un destacado crecimiento de un 198,5% respecto a 2008, aumentando en más de 500 habitantes, superando ampliamente el ritmo de crecimiento del 61,4% registrado en el Estado Español.

En lo que se refiere al total de la población de estas nacionalidades, Senegal ocupaba el primer lugar, con más de 3.000 personas, seguido por Nigeria, con más de 2.000. Aproximadamente 1.000 personas procedían de Mauritania, Camerún, Ghana y Malí. Sin embargo, las poblaciones procedentes de estas nacionalidades tienen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, de manera que al referirnos a la población femenina, Nigeria constituye la nacionalidad con mayor representación, dejando a Senegal en segundo lugar, siguiendo la tendencia a nivel español. Le siguen Mauritania, Camerún y Ghana. Una peculiaridad de la CAE es que la población femenina

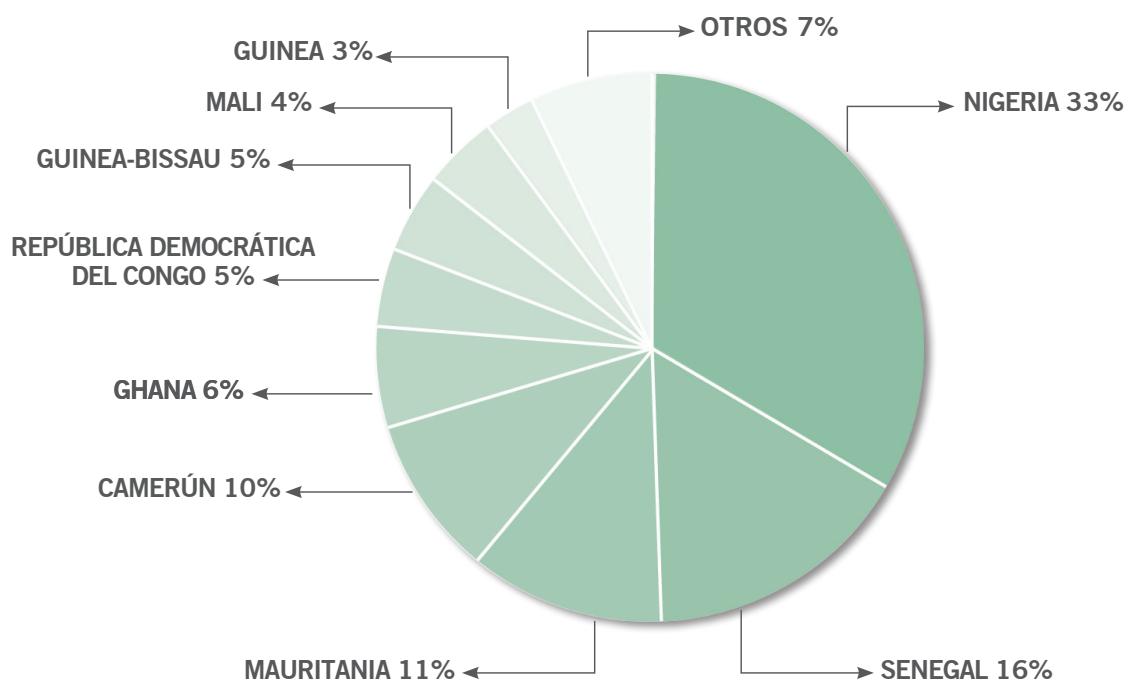
---

<sup>20</sup> (Kaplan y López, 2013).

de Mauritania, Camerún y Guinea-Bissau está sobrerepresentada relativamente. Entendemos por sobrerepresentación relativa cuando la proporción de mujeres de un origen determinado que residen en una comunidad, respecto al total de la población de ese origen, está por encima del peso de la población total (MGF) de esa comunidad en el conjunto del Estado Español.

Al observar el origen nacional, de 2008 a 2012 la población femenina procedente de Nigeria aumentó de 400 a 1.061 mujeres; Senegal, de 175 a 510; Mauritania, de 150 a 353; Camerún, de 125 a unas 311; Ghana, de 60 a 180; República Democrática del Congo, de 75 a 149; Guinea Bissau, de 100 a 147; y Malí, de 40 a 143. El resto de nacionalidades tenía menos de 100 mujeres empadronadas en los municipios de la CAE.

### **Porcentaje de población femenina por nacionalidad en relación al total de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF en el País Vasco, 2012**



Fuente: elaboración Fundación Wassu a partir de UNICEF, 2013 y Kaplan y López, 2013.

La población femenina menor de 15 años seguía la tendencia de la población femenina en general, en cuanto a la representación por nacionalidad. De 2008 a 2012, las niñas de nacionalidad nigeriana se multiplicaron por cuatro, contando un total de 268 niñas, las senegalesas se triplicaron llegando a 142, mientras que las mauritanas eran el doble sumando 95.

Si continuamos observando la evolución demográfica y comparamos los datos de 2012 referidos en los párrafos anteriores con los datos de la Estadística del padrón continuo de la población a fecha del 1 de enero de 2014 facilitados por el INE, comprobamos que la población proveniente de países en los que se practica la MGF continúa en ascenso en la CAE. De un total de 3.171 mujeres en 2012 se pasó a 3.680 mujeres en 2014.

**Tabla 1. Población femenina procedente de países donde se practica la MGF en la CAE, 2012- 2014**

NACIONALIDAD	DATOS 2014	DATOS 2012	DIFERENCIA 2014-2012
Nigeria	1.412	1.061	351
Senegal	614	510	104
Mauritania	351	353	-2
Camerún	314	311	3
Ghana	203	180	23
Malí	157	143	14
Guinea Bissau	149	147	2
Rep. Dem. Congo	140	149	-9
Guinea Conakry	109	96	13
Costa de Marfil	61	52	9
Burkina Faso	38	38	0
Gambia	28	16	12
Kenia	46	48	-2
Egipto	19	18	1
Etiopía	17	17	0
Liberia	6	3	3
Benín	8	9	-1
Togo	3	2	1
Sierra Leona	5	5	0
Níger	n/d	3	-
Sudán	n/d	3	-
Tanzania	n/d	1	-
Uganda	n/d	3	-
República Centroafricana	n/d	1	-
Yemen	n/d	2	-
<b>Total General</b>	<b>3.680</b>	<b>3.171</b>	<b>+536/-14</b>

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría “Resto de África”/“Resto de Asia” en el INE.

Si nos fijamos únicamente en la evolución de la población de niñas de 0 a 14 años, se ha pasado de 818 niñas en 2012 a 1.018 niñas en 2014. Además, en esta franja de edad se mantiene el orden de las 6 nacionalidades con mayor representación de niñas: Nigeria, Senegal, Mauritania, Camerún, Ghana y Malí, como se refleja en la tabla 2.

**Tabla 2. Población femenina de 0 a 14 años procedente de países donde se practica la MGF en la CAE, 2012-2014**

NACIONALIDAD	DATOS 2014	DATOS 2012	DIFERENCIA 2014-2012
Nigeria	439	268	171
Senegal	166	142	24
Mauritania	99	95	4
Camerún	86	77	9
Ghana	65	55	10
Mali	59	45	14
Guinea Bissau	17	19	-2
Rep. Dem. Congo	43	44	-1
Guinea Conakry	32	22	10
Costa de Marfil	19	14	5
Burkina Faso	11	12	-1
Gambia	11	5	6
Kenia	3	2	1
Egipto	5	5	0
Etiopía	4	4	0
Liberia	0	0	0
Benín	2	3	-1
Togo	0	2	-2
Sierra Leona	2	2	0
Níger	n/d	1	-
Sudán	n/d	1	-
Tanzania	n/d	0	-
República Centroafricana	n/d	0	-
<b>Total General</b>	<b>1.018</b>	<b>818</b>	<b>+254/-7</b>

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría “Resto de África”/“Resto de Asia” en el INE.

Con respecto a la evolución por territorios, Bizkaia concentraba en 2012 el 58% (unas 1.800) de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF, Araba/Álava el 31% (casi 1.000) y el restante 11% se encontraba en Gipuzkoa. La población femenina menor de 15 años tenía una distribución similar.

En cuanto a los municipios, en Vitoria-Gasteiz y Bilbao residían aproximadamente el 55% de las mujeres empadronadas en la CAE. Ambas albergaban población de todas las nacionalidades, pero en los dos casos, las mujeres nigerianas multiplicaban por tres a las originarias de Senegal. En Vitoria-Gasteiz, había una importante concentración de población mauritana. En Bilbao, Guinea-Bissau y la República Democrática del Congo eran el segundo

y tercer origen, dos nacionalidades que apenas estaban presentes en el resto de la región. Durango y Barakaldo superaban el centenar de mujeres con una notable diversidad de orígenes. Sestao, Irún, Donostia-San Sebastián, Basauri y Markina-Xemein eran el resto de municipios con más de 50 mujeres. En Sestao residían más mujeres de Nigeria; en Irún y Basauri, de Camerún; en Donostia-San Sebastián, de Senegal; y en Markina-Xemein, casi la totalidad de las habitantes procedentes de países donde se practica la MGF son de Senegal.

Si observamos la evolución de 2012 a 2014 comprobamos que se mantiene la distribución territorial de la población.

**Tabla 3. Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, según provincia de residencia, 2014**

NACIONALIDAD	ÁLAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	TOTAL
Nigeria	588	147	677	1412
Senegal	105	172	337	614
Mauritania	146	95	110	351
Camerún	82	56	176	314
Ghana	67	27	109	203
Mali	52	13	92	157
Guinea Bissau	5	2	142	149
Rep. Dem. Congo	4	0	39	43
Guinea Conakry	42	12	55	109
Costa de Marfil	31	10	20	61
Burkina Faso	28	7	3	38
Gambia	6	1	21	28
Kenia	30	8	8	46
Egipto	7	8	4	19
Etiopía	0	6	11	17
Liberia	1	4	1	6
Benín	2	0	6	8
Togo	1	1	1	3
Sierra Leona	0	1	4	5
Níger	n/d	n/d	n/d	-
Sudán	n/d	n/d	n/d	-
Tanzania	n/d	n/d	n/d	-
Uganda	n/d	n/d	n/d	-
República Centroafricana	n/d	n/d	n/d	-
Yemen	n/d	n/d	n/d	-
<b>Total</b>	<b>1.197</b>	<b>570</b>	<b>1.816</b>	<b>3.583</b>

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría “Resto de África”/“Resto de Asia” en el INE.

A la hora de valorar el riesgo de sufrir MGF para estas mujeres hay que tener en cuenta la prevalencia en cada uno de los países. Es evidente que no supone el mismo riesgo proceder de Camerún que tiene una prevalencia del 1%, que de Guinea con un 96%. Por eso resulta de interés comparar los primeros países que figuran en la tabla 3 con el mapa de prevalencia de la MGF en África, de tal forma que observamos los siguientes datos de prevalencia: Nigeria 27%, Senegal 26%, Mauritania 69%, Camerún 1%, Ghana 4%, Mali 89%, Guinea Bissau 50%.

En algunos estudios se han tenido en cuenta distintos factores de riesgo de MGF como son: la etnia, que la madre haya sufrido MGF, la religión y el nivel educativo de la madre. El factor más influyente en todos los casos ha sido la etnia aunque se ha apreciado también la influencia en mayor o menor medida de los otros factores según los países (UNFPA, 2015).

Como conclusión del apartado podemos afirmar que, aunque los números van al alza en la CAE, son relativamente reducidos si los comparamos con los de otras zonas del mundo. Sin embargo, no podemos dejar de abordar la atención, y sobre todo la prevención de los casos de MGF que pudieran darse a niñas que actualmente son nuestras conciudadanas procedentes de otras latitudes. La población potencialmente en riesgo es limitada en número, y está localizada geográficamente, lo que permite una mejor intervención, sin alarmismos ni estigmatizaciones, pero una intervención decidida y coordinada.