

PARTE PRIMERA

Marco antropológico,
ético y jurídico

1. Marco conceptual y antropológico

¿QUÉ ES?

Con el término mutilación genital femenina (MGF) se hace referencia a todas las formas de eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos o a otros cambios inducidos en los órganos genitales femeninos, realizados por razones no terapéuticas sino culturales o de otro tipo. Es una práctica enmarcada en el término más amplio “prácticas tradicionales perjudiciales” (PTP), como también lo son el matrimonio forzado temprano, el aborto selectivo, alimentación forzada de mujeres, etc. Es importante saber, que en los lugares en los que se practica la MGF, también suelen practicarse otras PTPs.

El término mutilación utilizado para referirse a estas prácticas se introdujo a finales de los años setenta, en sustitución del de circuncisión femenina o del de ablación del clítoris, para hacer hincapié en el daño irreversible a la salud de las mujeres. Se adoptó en la Tercera Conferencia del Comité Inter-africano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niños, que se celebró en Addis Abeba en 1991, y ese mismo año fue recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como término a utilizar en el ámbito de las Naciones Unidas⁴.

El uso de la palabra “mutilación”, descriptivo de la práctica, refuerza la connotación negativa vinculada a la violación de los derechos de las mujeres y de las niñas, un término por ello aceptado por la comunidad internacional y por las asociaciones de mujeres africanas. Un término que, sin embargo, resulta molesto para quienes creen en la bondad de tales prácticas que relacionan con actos de “paternidad” patriarcal orientados al crecimiento y aceptación social de sus hijas y a los protocolos matrimoniales existentes entre ellos.

Un cierto número de personas expertas de países africanos consideran que el término mutilación conlleva una connotación demasiado negativa y, por lo tanto, utilizan preferentemente el término “cut”, “corte”, porque les parece más neutro y, precisamente por eso, su uso coloquial para hablarlo con las personas originarias de países donde se practica, viene recomendado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)⁵.

En esta Guía se adopta el término MGF de acuerdo con los niveles de conciencia alcanzados por muchas mujeres de los países en los que estas prácticas se hallan generalizadas, sin perder por ello y al mismo tiempo respeto por quienes todavía viven conforme a la tradición.

⁴ Unicef, Changing harmful Social Convention: female genital mutilations/catting, Innocenti Digest 2005.

⁵ Yoder, P, Nourreddine Abderrahim, and Arlinda Zhuzhuni, Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and Comparative Analysis, Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Reports n. 7, 2004.

¿QUÉ TIPOS EXISTEN Y EN QUÉ EDADES SE PRACTICAN?

En 1995, la OMS establece cuatro tipos de MGF⁶:

Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridotomía). En la cultura islámica, se conoce como una sunna (tradición) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir el corte de los labios mayores (escisión).

Tipo III: Estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris (infibulación o circuncisión faraónica). Se dejan dos pequeños orificios para la salida de la orina y la sangre menstrual.

Tipo IV: Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

En 2007, la propia OMS revisa esta clasificación, integrando algunos matices y sub-clasificaciones. Dentro del tipo I distingue si se afecta al clítoris o solo al prepucio del mismo, y dentro del tipo II, si la mutilación afecta al clítoris, a los labios mayores o a los labios menores. En relación al tipo III, enfatiza el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos, y propone subdivisiones según si se mutilan los labios mayores o menores en el procedimiento.

En cuanto a la edad de las niñas, esta puede ser muy variable: en Egipto más del 90% son “mutiladas” entre los 4 y los 15 años; en Etiopía, Malí y Mauritania un 60% lo es antes de cumplir los 5 años; en Yemen el 76% lo sufre en las dos primeras semanas de vida. Cambios similares se pueden encontrar incluso dentro de un mismo país: en Sudán, por ejemplo, el 75% de las niñas sufren la mutilación entre los 9-10 años en el sur (Darfur), mientras que en Kassala el 75% de las niñas son mutiladas entre los 4 -5 años. Aunque más raros, se dan casos en que las MGF, si no se han realizado de niñas, se lleva a cabo en la adolescencia, al contraer matrimonio o, incluso, durante el embarazo o en el parto⁷. Estudios recientes han evidenciado una gradual reducción en la edad de las niñas a las que se somete a la MGF, explicable tanto por la facilidad de ocultar estas prácticas donde están prohibidas como también por la facilidad de evitar cualquier posible resistencia por parte de las niñas⁸.

⁶ Diagnóstico. Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, junio de 2014.

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/informe.35.diagnostico_mgf_cae.pdf

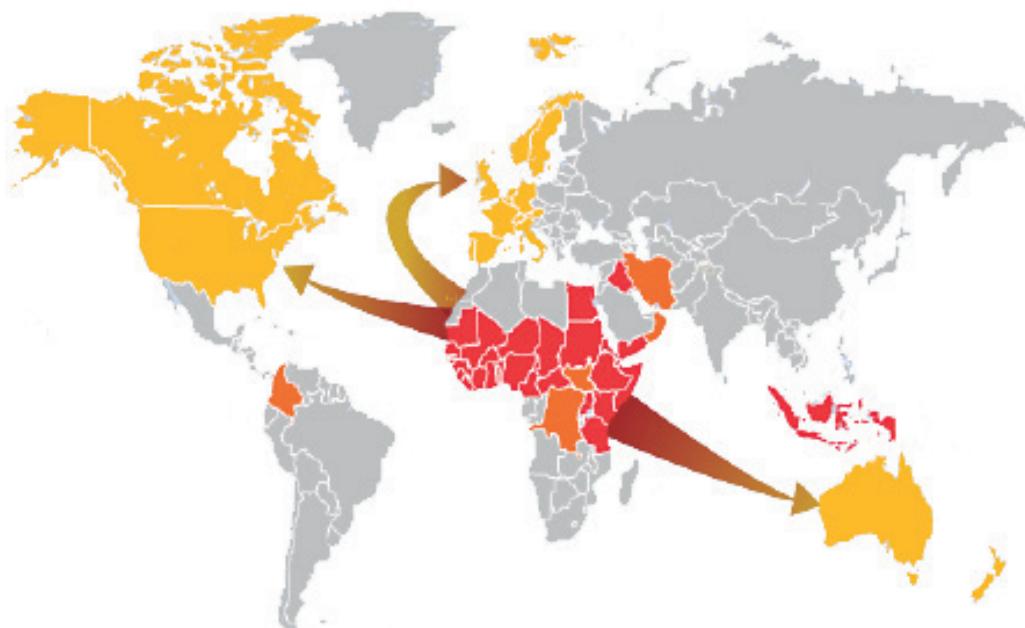
⁷ UNICEF, op. cit. e Yoder, P. Ed altri, op. cit.

⁸ H. Lightfoot-Klein, prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation, paper presentato al Secondo Simposio Internazionale sulla Circoncisione a San Francisco 30 aprile-3 maggio 1991; E. Bilotti, La pratica della Mutilazione genitale femminile, Mediterranean Review n. 3 1997.

¿DÓNDE SE PRACTICA Y QUIÉN LO HACE?

La MGF se practica en 29 países del África Subsahariana, algunos de Oriente Medio (Kurdistán Iraquí, Yemen) y también se encuentran huellas de MGF en algunos países asiáticos como Indonesia, Malasia o en partes de la India⁹. Sin embargo, con la globalización y la intensificación de los movimientos migratorios la MGF está en diáspora, y en consecuencia se ha extendido por el mundo y ha llegado a Europa, a Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda (UNICEF, 2005).

MGF en el mundo



Fuente: UNFPA, 2015¹⁰

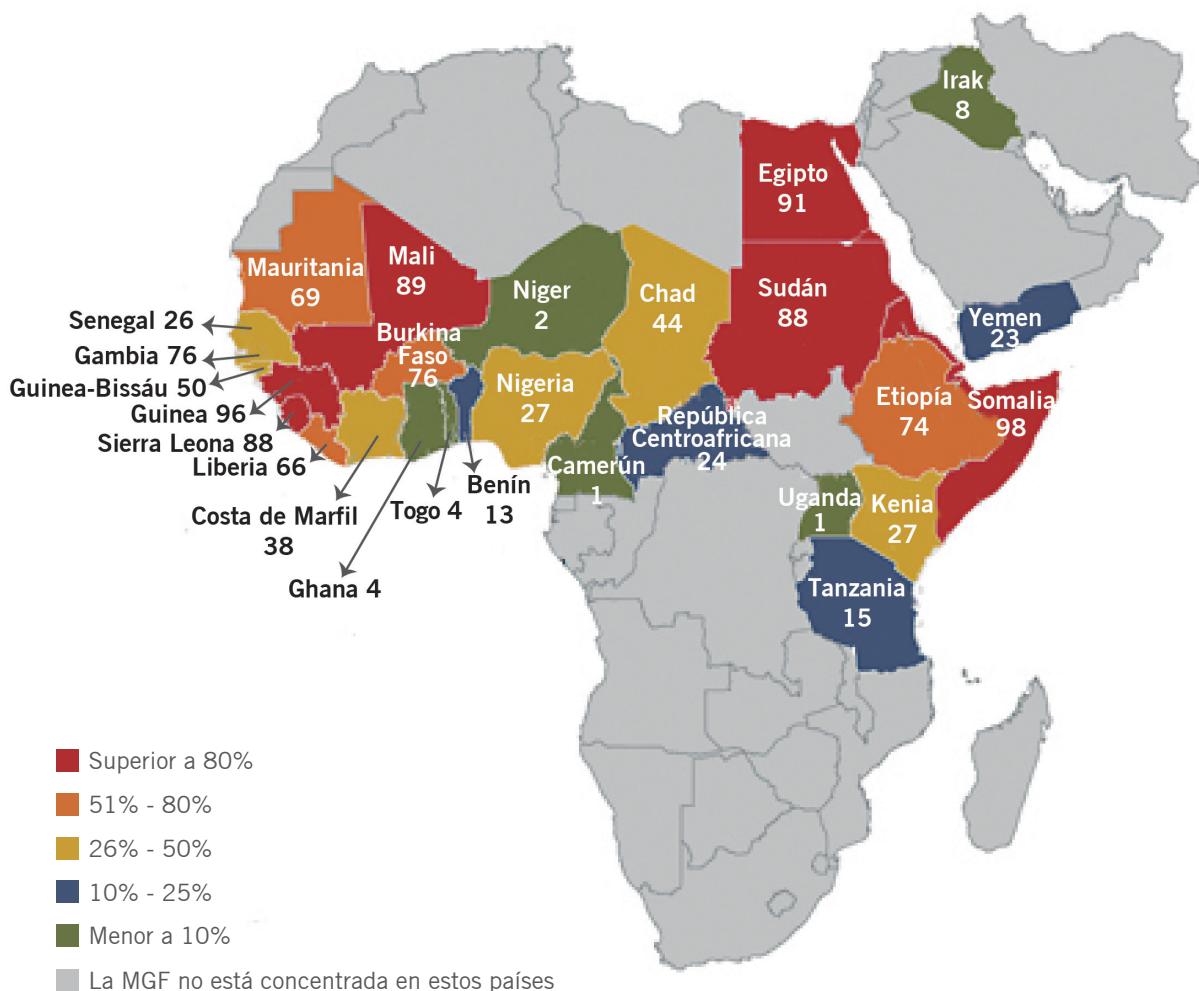
- Countries with FGM data collected by household surveys.
- Countries in which FGM has been reported.
- Countries in which FGM has been reported among some immigrant communities.

Un análisis desagregado de los datos muestra de hecho una difusión muy desigual tanto dentro del continente como dentro de los diferentes países en función de los grupos étnicos que viven allí, el nivel de urbanización, el nivel de instrucción de las propias mujeres. Por eso la prevalencia estudiada por países presenta una gran variabilidad, desde apenas el 1% de Uganda o Camerún al 98% de Somalia. Esta prevalencia tan variable se debe sobre todo a la composición étnica de cada país. Hay etnias que practican la MGF y otras que no. Por eso, la prevalencia de cada país depende fundamentalmente del peso poblacional de unas etnias sobre otras.

⁹ www.state.gov/g/wi/rls/rep/9276.htm

¹⁰ “Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation”, UNFPA, 2015.

Mapa de prevalencia de la MGF de mujeres entre 15 y 49 años¹¹



Fuente: UNICEF, 2013.

En algunos países, como Egipto, Guinea y Somalia, las mujeres entre 15 y 49 años sometidas a MGF superan el 90%; en Mali, Sudán y Eritrea se hallan entre el 80% y 90%; en Burkina Faso, Etiopía y Mauritania están entre el 69% y el 80%. En otros países las tasas a nivel nacional son mucho más bajas, pero, dentro de ellos, se da una fuerte concentración en algunas regiones.

Conviene que precisemos, por lo tanto, que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los **grupos étnicos**. Véase, por ejemplo, el caso de Senegal (con una persistencia del 28% de mujeres mutiladas), donde la mayoría de la población pertenece a la etnia wolof que tradicionalmente no la práctica. La pertenencia a una etnia es el factor más determinante en las distintas prevalencias

¹¹ UNICEF. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change" New York.

de la MGF. Se ha observado que en la gran mayoría de los grupos étnicos que mantienen entre sus tradiciones la MGF, prácticamente todas las mujeres han sido mutiladas. Por ello, además de los países, hay que tener en cuenta las etnias porque, incluso en aquellos donde se practica de forma generalizada, existen grupos étnicos que no lo hacen. Entre las etnias más conocidas podemos mencionar¹².

- Etnias practicantes de la MGF: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.
- Etnias no practicantes de la MGF: Wolof, Serer, Ndiago.

Este listado puede servir como orientación, pero hay que tener en cuenta que podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF y viceversa; mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas. La respuesta podemos encontrarla en los matrimonios mixtos: hombres y mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, si una mujer de un grupo no practicante se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, probablemente haya sido mutilada como requisito para casarse.

No obstante, es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF, y que no todas las etnias que la practican lo hacen de la misma forma. Si bien la MGF se mide para contextos nacionales, lo cierto es que en los países en que no está muy extendida tiende a concentrarse en regiones específicas y a estar determinada por el factor étnico, con marcadas oscilaciones entre los distintos países. Esta asociación entre MGF y la pertenencia al grupo étnico es lo que sugiere que los factores sociales -normas y expectativas de las comunidades- desempeñan un papel importante en la perpetuación de la práctica (UNICEF, 2013).

Respecto a **quién practica la MGF**, hay que decir, sin ningún género de dudas, que en todos los países, la MGF se practica en niñas por expresa voluntad y convicción de madres, padres y de toda la comunidad. Es una característica constante que los hombres, que tienen el poder decisional real, están invisibilizados.

En los poblados de los países involucrados son mujeres, generalmente de edad avanzada y con autoridad, y con instrumentos rudimentarios, en condiciones higiénicas precarias, con anestésicos y desinfectantes naturales, quienes intervienen en las niñas, obteniendo de esta actividad unas ganancias¹³. Va incrementándose la tendencia hacia la medicalización de este rito y, por consiguiente, hacia la práctica de la MGF dentro de la estructura sanitaria por personal sanitario. No hay que olvidar de cualquier modo que, al ser una práctica que deteriora la funcionalidad de partes vitales de una persona, predominantemente de una menor, sin ninguna finalidad terapéutica, está prohibida por las leyes de la mayoría de los países occidentales y africanos, así como por la comunidad científica.

¹² “Guía para profesionales. La MGF en España, prevención e intervención” UNAF, Madrid 2013.

¹³ Bilotti, E. op. cit.; Yoder, P. op. cit.

¿DESDE CUÁNDO Y POR QUÉ SE PRACTICA?

ORÍGENES HISTÓRICO-CULTURALES DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La práctica de las MGF se remonta muy atrás en el tiempo. Según algunos testimonios, se encuentran vestigios en el antiguo Egipto, como atestiguaría la expresión “circuncisión faraónica” y, más tarde, en la antigua Roma, período al que podría atribuirse también la aparición del término infibulación, de fibula (aguja), aplicada a los esclavos jóvenes de ambos性os, a gladiadores jóvenes y a esclavas jóvenes, para impedirles relaciones sexuales y embarazos. Herodoto habla de ello como de una práctica conocida entre los fenicios, los hititas, los etíopes y los egipcios. También se hace mención en la antigua literatura médica: un médico griego (Soramus), que ejercía en Alesseria y Roma, describe con detalle las herramientas utilizadas, mientras que otro médico (Aecio) describe las diferentes fases de la operación. “Ambos argumentan que el propósito era disminuir el deseo sexual”¹⁴.

Otras hipótesis podrían hacerse, todas igualmente probables, pero una cosa es cierta: no fue el Islam quien introdujo en África las MGF, existían ya de antes. Se trata de prácticas tribales, que en algunas comunidades islámicas, pero ciertamente no en todas, han encontrado aceptación y, a veces, con división de principios. Sin embargo, no hay evidencia histórica de una correlación entre religión y difusión de la práctica de la MGF, ya que en los países donde la práctica está muy extendida, lo está indistintamente entre la población musulmana y la población cristiana (respectivamente 99,4 y 93,8 % en Guinea; 91,9 y 75,5% en Malí; 77,9 y 66,0% en Burkina Faso). Parece que la difusión de estas prácticas se puede explicar más fácilmente por el origen étnico¹⁵.

Pero si es poco importante la relación de esas prácticas tradicionales con la religión, mucho más importante es el papel que este tipo de prácticas tradicionales tiene en la definición de la identidad de género y en la formación de la pertenencia étnica, además de en la definición de las relaciones entre los sexos y las generaciones.

Las MGF se sitúan entre las tradiciones que marcan la transición de la niñez a la edad adulta, un rito por el que se convierte en “mujer”. Una identidad de género, socialmente construida, que le daría sentido a una identidad biológica, a través de la manipulación física del cuerpo, la eliminación del “macho” de los genitales femeninos (clítoris). Una manipulación que obliga a las niñas y a las futuras mujeres a realizar movimientos contenidos, comedidos por las lesiones sufridas, a caminar lentamente, elementos estos más acordes con la función que se atribuye a las mujeres en la sociedad. Una manipulación que ya desde la primera infancia pone fin a todas las formas de la promiscuidad entre niñas y niños, porque las niñas ya no son capaces de hacer esos juegos que requieren una expresión libre del propio cuerpo.

El ritual, más o menos determinado según el país, se transmite de madre a hija, de generaciones de mujeres a otras generaciones, dentro de un mundo femenino que sólo,

14 Bilotti, E. op. cit.

15 Yoder, P., ed altri, op. cit.

tras realizarse la operación, se abre a la comunidad, que, no obstante, ejerce en todo momento una fuerte presión sobre la decisión de todas las mujeres¹⁶.

LAS RAZONES DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- **Socioculturales**

En algunas comunidades existe la creencia de que sólo con la eliminación del clítoris de una mujer ésta puede alcanzar la madurez y convertirse en un miembro de pleno derecho de la comunidad. La MGF también se considera una forma de control de la sexualidad de la mujer, quien, sólo privada de una parte de sus genitales, seguirá siendo virgen y casta. También significa “purificar a la mujer” de sus genitales externos, porque, en algunas tradiciones, tienen efectos negativos sobre su salud mental y no sólo sino también sobre la vida de su esposo e hijos en el futuro. En este contexto cultural, la MGF abre las puertas a las mujeres al matrimonio, lo que en muchas comunidades también conlleva el acceso a la tierra y, por tanto, a la supervivencia. La transmisión de creencias y valores asociados a la MGF tiene lugar a través de una fuerte presión social de toda la comunidad sobre las generaciones más jóvenes y sus familias. Un papel importante desempeñan las mujeres mayores, por lo general personas con autoridad y respetadas por toda la comunidad, que en las MGF tienen una fuente segura de ingresos.

- **Higiénicas y estéticas**

Las comunidades que practican la MGF asocian a los genitales femeninos externos una idea de fealdad y nocividad, piensan que si no se reducen convenientemente, pueden seguir creciendo, lo que condicionaría la vida de la mujer. La eliminación, más o menos radical, de las partes externas hace a la mujer más hermosa desde el punto de vista de la estética y más limpia desde el punto de vista higiénico, un concepto de belleza al que se asocia un significado más profundo de pureza espiritual.

- **Espirituales y religiosas**

Algunas comunidades hacen derivar este imperativo de la religión y creen, por tanto, que las MGF son indispensables para hacer a las mujeres jóvenes espiritualmente puras. En algunas comunidades musulmanas se tiende a creer que el Corán prescribe este tipo de prácticas, pero esto no es cierto en absoluto. No aparecen tales requisitos en los textos sagrados.

- **Psicológicas y sexuales**

Algunas comunidades tienden a apoyar la necesidad de MGF para evitar una actividad sexual descontrolada de las mujeres jóvenes, debido a un crecimiento excesivo del clítoris que aumentaría el deseo sexual. La MGF sería, pues, necesaria para preservar la virginidad de las jóvenes que pueden así llegar al matrimonio vírgenes, para proteger a los hombres y a toda la comunidad de una vida sexual disoluta. Se cree, además, que el estrechamiento de la vagina puede causar un mayor placer al hombre en las relaciones sexuales, y así evitar la infidelidad y el divorcio. Algunas comunidades también creen que la MGF puede favorecer la fertilidad.

¹⁶ Pasquinelli, C, (a cura) *Antropologia delle Mutilazioni genitali femminili*, AIDOS; 2000.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE PARA LA SALUD?

Las organizaciones internacionales (OMS, UNICEF, UNFPA) y los Estados, tanto occidentales como africanos o medio orientales, están de acuerdo en que las MGF representan una grave violación de la integridad física, psíquica y moral de las mujeres, una grave violación de uno de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud.

Está demostrado por varios estudios y por la práctica médica diaria, que las MGF implican graves consecuencias para la salud física y mental de las niñas y de las mujeres, incluso con enfermedades relacionadas con complicaciones resultantes en función de la gravedad de la mutilación, de las condiciones de higiene en que se han realizado y también en las condiciones en que por lo general viven las mujeres, y de la habilidad de las personas que realizan esa intervención.

Las consecuencias de la MGF son numerosas, tanto a corto como a medio y largo plazo. El grado de mutilación va a condicionar el tipo de complicación, siendo más graves en el caso de las mujeres infibuladas.

INMEDIATAS	A MEDIO Y LARGO PLAZO
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas: infecciones vaginales, EIP, hematocolpos, dismenorrea.
Hemorragia	Alteraciones urinarias: ITUs de repetición, pielonefritis, incontinencia urinaria, retención urinaria.
Shock hipovolémico, muerte	Fístulas ginecológicas. Cicatrización anómala de los tejidos (fibrosis, cicatrices queloides).
Lesión de órganos vecinos	Infecciones por VIH, VHB o VHC.
Retención urinaria	Anemia.
Infección local	Dispareunia, disminución de la sensibilidad sexual.
Septicemia	Esterilidad.
Tétanos	Complicaciones obstétricas: partos prolongados, desgarros perineales, hemorragia post-parto, mayor tasa de cesárea y de morbi-mortalidad perinatal.
Miedo, angustia	Sentimiento de vergüenza, angustia, estrés post-traumático, depresión.

Por otro lado al ser una convicción social, favorecida por las madres y que tiende a perpetuarse por adaptación a lo que hace el resto de la comunidad, si no se mutila a la niña, no estará preparada para la vida adulta, no podrá casarse, ni tener hijos con nadie, se le rechazará en su sociedad etc. Lamentablemente, este argumento en nuestra sociedad da la vuelta y tal vez las consecuencias más dolorosas sean las alteraciones psicológicas por la vivencia de su mutilación como algo humillante y vergonzoso que les hace ser diferente de las demás y sexualmente menos atractivas ante los ojos occidentales o de otros hombres migrantes que proceden de etnias o países donde no se mutila a las niñas.

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 universal¹⁷.

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”¹⁸.

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 MGF¹⁹, 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 2012²⁰, 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.

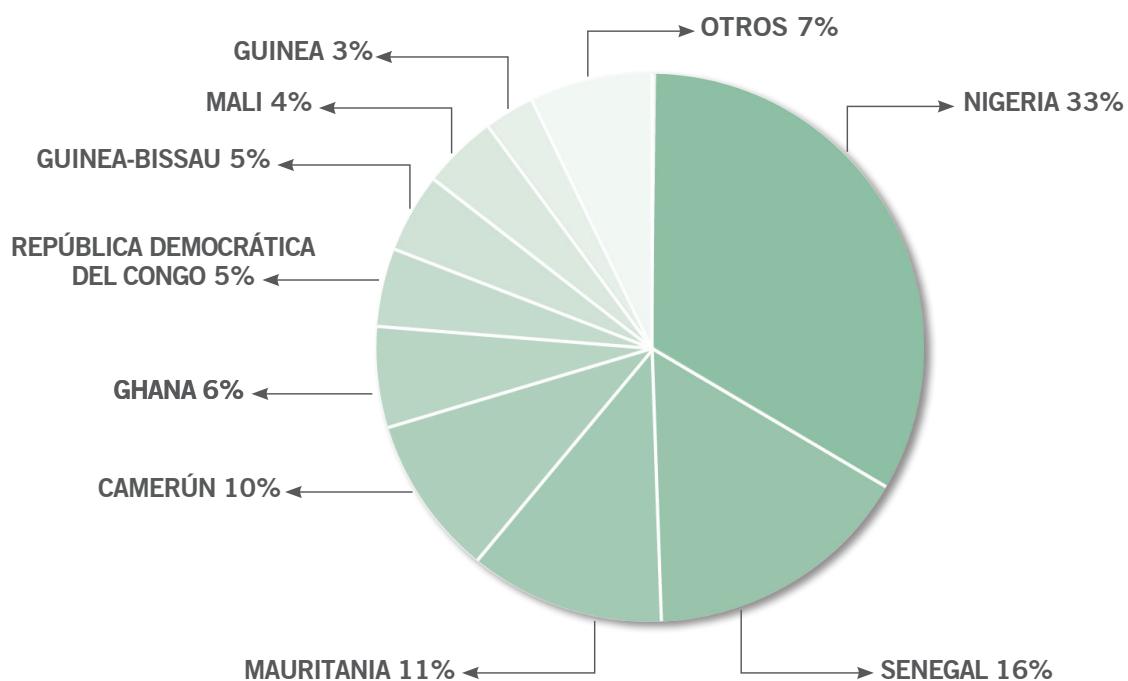
En lo que se refiere al total de la población de estas nacionalidades, Senegal ocupaba el primer lugar, con más de 3.000 personas, seguido por Nigeria, con más de 2.000. Aproximadamente 1.000 personas procedían de Mauritania, Camerún, Ghana y Malí. Sin embargo, las poblaciones procedentes de estas nacionalidades 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

²⁰ (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	-
Total General	3.680	3.171	+536/-14

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	-
Total General	1.018	818	+254/-7

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	-
Total	1.197	570	1.816	3.583

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.

3. Fundamentación ética y jurídica

FUNDAMENTACIÓN ÉTICA

LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

Como afirmaba el Comité Nacional de Bioética de Italia, en su informe de 1998, y tantos otros, es evidente que la MGF debe considerarse éticamente inadmisible, y por ello los Estados tienen la obligación de adoptar todas las medidas eficaces para abolir la mutilación genital femenina (MGF) y otras prácticas tradicionales perjudiciales (PTP) para la salud de las menores²¹.

En otros textos la cuestión de la MGF se sitúa como una práctica que constituye un obstáculo, en el contexto del control de la propia sexualidad, al reconocimiento de la igual libertad de la mujer y el varón en el ejercicio de la misma y los derechos a la salud sexual y reproductiva. Así sucede en la Declaración y la Plataforma de Acción de Pekín (1995), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la población y el desarrollo (1994). Esta perspectiva orienta la acción desde la que se aborda la cuestión de la mutilación por la Organización Mundial de la Salud, como un aspecto del derecho de las mujeres y niñas a disfrutar del mayor nivel posible de salud en un concepto amplio que está ligado al pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos²².

La aprobación en 1979 por las Naciones Unidas de La Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación de la mujer, firmada por cerca de 150 países, ha dado lugar a una paulatina asunción por parte de los gobiernos de la necesidad de aprobar políticas positivas de lucha contra prácticas discriminatorias. En su art. 1 establece que la expresión “discriminación contra la mujer” se refiere a “*toda distinción o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce, o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y de la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra esfera*”

Por lo tanto estamos ante una práctica, maleficente e injusta, que atenta directamente contra dos de los cuatro **principios clásicos de la bioética**.

- En primer lugar la MGF vulnera el **principio de no maleficencia** (“primun non nocere”: lo primero es no hacer daño). Las graves consecuencias de tal práctica, que pesan sobre la salud a lo largo de toda la vida de las afectadas, hacen que tales actos deban ser considerados como un grave atentado a la integridad de las mujeres que lo sufren. El derecho a la integridad física formó parte, junto con el de la vida, la libertad y la propiedad privada, de la primera Declaración de DDHH (Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789), nacida de la Ilustración.

²¹ Adela Asua. Magistrada del Tribunal Constitucional. Catedrática UPV.

²² M. Elena Torres Fernández. Universidad de Almería.

- En segundo lugar, pero no por ello menos importante, la MGF supone una clara lesión del **principio de justicia** (“todas las personas merecen la misma consideración y respeto”). En la segunda generación de DDHH (la Declaración Universal de 1948) se reconoce el derecho a la no discriminación de las personas por razón, entre otras cosas, de su sexo. La MGF es una práctica inaceptable en el estado actual de reconocimiento de la dignidad humana porque aborda el contenido del status inalienable de la persona desde el enfoque de género. Este enfoque ha puesto en primera línea las violaciones de derechos humanos basadas en la pertenencia de las víctimas al sexo femenino y al rol social que se les asigna en cuanto tales. Una de las modalidades más graves de estas violaciones de los derechos humanos es la violencia de género, y la MGF, como ya se ha dicho, es una modalidad de violencia de género.

EL RESPETO A LAS CULTURAS Y TRADICIONES DE LOS PUEBLOS ¿HASTA DÓNDE?

Hay que aceptar, en sociedades complejas como las nuestras, la existencia de colectivos plurales con diversas concepciones de la salud y concederles en principio la pretensión de ser valiosas en sí, respetándolas por ello²³. Pero, ¿hasta dónde debe llegar la tolerancia?

En ciertos ámbitos se invoca la idea del multiculturalismo para promover la tolerancia ante diversas costumbres importadas por un sector de población inmigrante. El multiculturalismo (o el término que se quiera adoptar) es una teoría que consiste en la defensa de la convivencia de varias culturas, que pueden no ser democráticas, en el seno de una misma sociedad democrática. No tiene nada que ver con el mestizaje, ni con el pluralismo cultural o la convivencia de culturas diferentes en un marco común. Lo que caracteriza al multiculturalismo es la negación de ese marco común y la división de la sociedad en compartimientos estancos, sin que se mezclen los elementos de las distintas tradiciones o culturas. En este sentido, mientras que es interesante favorecer el desarrollo del pluralismo cultural en la sociedad para que se dé una buena convivencia y se respeten los DDHH, no se debe promover la idea del multiculturalismo, ya que siempre hay un sector de la población en desventaja (frecuentemente las mujeres)²⁴.

Es cierto que la sociedad multicultural y multiétnica que existe desde hace años en Alemania, Francia o el Reino Unido, comienza a ser una realidad entre nosotros. Es también cierto que el camino de la integración no debe basarse en la imposición de las ideas o de los modos de vida. **Debemos respetar no sólo a las personas, sino también sus creencias y costumbres, pero no a cualquier precio, o no todas**²⁵.

La promoción de la diversidad cultural no significa dar por buenas todas las prácticas o tradiciones de una cultura –como algunas de nuestra propia cultura– sino sólo aquellas que resulten compatibles con la misma premisa de la igualdad sustancial de todo ser humano y el ejercicio de su libertad.

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona afirmaba en un comunicado lo siguiente: «la mutilación de los genitales femeninos es contraria a las leyes que garantizan el ejercicio

23 Xabier Etxeberria.

24 N. Martín Espildora.

25 José Manuel Moreno Villarés. Pediatra del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

de los derechos fundamentales de la persona: la Constitución, el Estatuto de Autonomía, el Código Penal, la normativa comunitaria y la declaración de Derechos», añadiendo que «esta práctica no puede justificarse con el argumento de que constituye un elemento cultural que hay que respetar. El marco legal y deontológico ya consagra la protección del pluralismo ideológico y cultural de los individuos y de las colectividades».

La Exposición de Motivos de la L. O. 3/2005, de 8 de julio, afirma que: “El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos”.

La realización de una práctica cultural que daña la salud de la mujer e interfiere en su sexualidad no tiene ninguna defensa desde el punto de vista ético²⁶.

FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Las normas penales expresan el reproche de la comunidad respecto a conductas intolerables. O dicho de otra manera, establecen un catálogo de prohibiciones correlativo al catálogo de derechos y de condiciones de vida social cuya primacía se considera irrenunciable para asegurar una convivencia pacífica y respetuosa de los principios organizativos de una sociedad. Los principios y valores éticos denominados “de mínimos” son los que acaban siendo refrendados en el derecho positivo, en las normas jurídicas, de los estados democráticos. Son precisamente los principios de “no maleficencia” y “justicia” los que representan los valores éticos de mínimos, los que el poder legislativo de los estados acaba haciendo exigibles para todas las personas y sancionables si no se respetan.

A pesar de la Declaración de los Derechos Universales de 1948, tanto la MGF como muchos otros actos de violencia perpetrados contra las mujeres en el ámbito de la familia o la comunidad, han permanecido invisibles al considerarlos “privados” y, por tanto, ignorados como actos que vulneran los derechos humanos.

NACIONES UNIDAS

La ONU ha sido una de las principales valedoras en la lucha contra las MGF, contribuyendo a colocarla en la agenda internacional de los Derechos Humanos, y algunas de sus principales agencias: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Comisión sobre la Condición Jurídica de la Mujer (CSW), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), etc. trabajan en su erradicación. Estos son sus principales hitos:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1951.
- Declaración de los Derechos del Niño, 1959.

²⁶ José Manuel Moreno Villarés. Pediatra del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado en 1966, prohíbe la discriminación por motivos de sexo.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966, reconoce que los derechos humanos “se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana”.
- Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, 1979.
- La Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer.
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing-IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.
- Las Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño: Togo (1997), ordenan explícitamente a los gobiernos que aprueben legislación para abolir la práctica de la MGF por ser una violación de los derechos de la infancia.
- La Asamblea Mundial de la Salud (24/05/2008) supuso un importante avance en materia de MGF.
- La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer adoptó una resolución titulada Eliminación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2010/L.8).
- Resolución referida específicamente a la MGF (A/RES/67/146). ONU, diciembre de 2012.

ÁFRICA

En África muchos países han aprobado una ley específica sobre la MGF –Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania o Ghana-, otros se han remitido expresamente al Código Penal o Criminal para perseguir y condenar estas prácticas y otros países no tienen una ley específica ni se remiten al Código Penal, aunque tengan leyes en vigor que podrían ser aplicables. Estas son sus principales normas:

- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos aprobada el 27 de julio de 1981 (CARTA BANJUL).
- Declaración de Derechos Humanos del Islam. Conferencia islámica de El Cairo 1990.
- Encuentro de expertos/as de 28 países africanos en El Cairo, el 23 de junio de 2003.
- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África, adoptada en Maputo el 11 de julio de 2003 (PROTOCOLO DE MAPUTO).
- Solemne Declaración de Igualdad de Género en África de julio de 2004.
- Conferencia de Dakar el 3 y 4 de mayo de 2010.

EUROPA

Desde el **CONSEJO DE EUROPA**, diversas iniciativas legislativas contra la MGF, la sitúan como una violación gravísima de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra la mujer, no justificable ni por respeto a tradiciones culturales o religiosas del tipo que fueren, ni en el contexto de rituales de iniciación.

La Resolución 1247 del Consejo de Europa relativa a la MGF, adoptada en 2001, pide a los Estados miembros que aprueben “legislación específica que prohíba la mutilación genital y declare que la mutilación genital es una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal” y enjuicien a los responsables “incluidos los miembros de la familia y el personal de salud, por cargos penales de violencia con resultado de mutilación, incluidos los casos en que esa mutilación se cometía en otros países”.

El Convenio de Estambul-Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que entró en vigor el 1 de agosto de 2014, es el primer tratado europeo que aborda específicamente la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar, e incluye la MGF. Los países firmantes, entre ellos España, se comprometen a perseguir internacionalmente la mutilación, sin que posibles restricciones de la justicia universal puedan ser un impedimento: “Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

- a) *La escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
- b) *El hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
- c) *El hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”*

La **UNIÓN EUROPEA** se ha posicionado también en torno a la MGF, y ha elaborado varias resoluciones en el Parlamento en las que se pide a los Estados la modificación de su legislación para perseguir a quienes la realicen, se opone a la práctica bajo control médico y propone la elaboración de programas educativos y de concienciación.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI) condena toda forma o grado de MGF por ser “un acto de violencia contra la mujer que supone una violación de sus derechos fundamentales, concretamente el derecho a la integridad personal y física y a la salud mental, así como a la salud sexual y reproductiva”, y afirma que “dicha violación en ningún caso puede justificarse por el respeto a tradiciones culturales de diversa índole o por ceremonias iniciáticas”.

Los **ESTADOS EUROPEOS**, conscientes de la necesidad de tomar medidas contra esta práctica cada vez más frecuente en sus países por los flujos migratorios, se han decantado por alguna de estas tres opciones, desde el punto de vista legislativo:

- La introducción de una nueva legislación específica, como por ejemplo en Noruega, Suecia y Reino Unido.
- La modificación de la legislación existente para añadir referencias específicas dentro del articulado del Código Penal, como en Bélgica, Dinamarca y España.
- La prohibición de la MGF con las leyes penales existentes referentes a los daños físicos y al abuso de menores, como en Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, Suiza, etc.

ESTADO ESPAÑOL

En España las MGF, en cualquiera de sus formas, constituyen un delito de lesiones tipificado y sancionado en el ordenamiento jurídico del **Código Penal**, en cuyo artículo **149 L.O. 11/2003**, se establece el castigo del delito con penas de seis a doce años de prisión y, en el caso de una menor, se podría aplicar también la inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda y acogimiento por un periodo de entre cuatro a diez años.

En el año 2005 además, se aprobó la **L.O. 3/2005**, que persigue esta práctica extraterritorialmente, es decir, cuando la comisión del delito se produce en el extranjero, siempre que los autores o la persona afectada se encuentren en territorio español, como sucede en la mayor parte de los casos. Esto representa un avance en el principio de justicia universal hacia conductas contra los derechos humanos, evitando la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.

Más recientemente se aprobó la **Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal**. El cambio legislativo en relación a la MGF que se introduce a partir de la aprobación de esta ley debe interpretarse de la siguiente manera:

«4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas:

1. Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:

- El procedimiento se dirija contra una persona española.
- El procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en el Estado Español.
- El delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en el Estado Español, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo, se encuentre en España. [...]

El artículo 13 de la **L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor** pone de manifiesto que las personas o profesionales que detecten situaciones de riesgo o desamparo de un o una menor, están obligadas tanto a prestarles auxilio, como a poner los hechos en conocimiento de los representantes legales correspondientes.

Por otro lado, el conocimiento y la inacción frente a estas prácticas pueden comportar, para los profesionales de la salud, la comisión de un delito de omisión en el deber de evitar o promover su persecución, tipificado en el artículo **450 del Código Penal**.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

El marco normativo de la Comunidad Autónoma de Euskadi referente a la protección específica de las mujeres y de las niñas lo componen dos leyes:

- Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de atención y protección a la infancia y adolescencia.

Estas dos leyes han de interpretarse en el marco de la legislación internacional, europea y del estado español referente a la MGF que sea de obligado cumplimiento en la CAE, teniendo en cuenta la totalidad de la normativa sobre la defensa de los derechos humanos, la igualdad de mujeres y hombres, y la protección a la infancia. Como ejemplo de este tipo de interpretación, en el ámbito internacional, la prohibición de discriminación y el reconocimiento de las víctimas como “titulares de derechos”, ejes centrales del enfoque de derechos humanos, han de ser aplicados a los tratados específicos: Convención de Derechos del Niño y la Niña (CDN) y Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Este triple enfoque de derechos humanos, género e infancia constituye el marco amplio de interpretación normativa a aplicar también en el ámbito autonómico.

CONFLICTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA. ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

En la práctica asistencial y preventiva de los profesionales de la salud y sociales, la toma de decisiones respecto a en qué supuestos y en qué momentos se debe dar parte a las autoridades judiciales o fiscales puede resultar difícil y generar conflictos éticos.

En el plano del enjuiciamiento penal, la claridad de la prohibición de la MGF y su declaración como conducta ilícita, no tolerable, no es incompatible con la matización del reproche atendiendo a las circunstancias personales. Circunstancias que remiten a la fuerza de una tradición cuya observancia consideran un deber o una imposición que no se atreven a romper por temor a supuestas consecuencias perjudiciales conforme a sus creencias. Creencias cuya superación requiere explicaciones y ambiente propicio que permita entender la prohibición como algo razonable y no hostil al mantenimiento de rasgos culturales propios.

La mutilación genital femenina no tiene una única y definida respuesta. La cuestión no puede quedar reducida a un conflicto entre los valores de la sociedad de acogida y los valores de la población migrante, buscando de esa forma una salida fácil en el sacrificio del valor minoritario. Asimismo, las posibilidades de aportar soluciones desde el ordenamiento jurídico, y en concreto del derecho penal, son limitadas, por los propios rasgos de ese sector del ordenamiento investido del carácter de “última ratio”. No podemos ignorar que si el objetivo es lograr la erradicación de tales prácticas, no será ni suficiente ni procedente utilizar simplemente el instrumento punitivo²⁷.

Es en el escenario de la práctica asistencial (sanitaria, social o educativa), donde nos jugamos una parte importante del éxito de la erradicación de la MGF. Con las actuaciones recomendadas en esta u otras guías se podrá avanzar en este empeño, pero realmente la pretensión esencial de esta guía es ayudar a los y las profesionales de la salud a conseguir que niñas concretas con las que convivimos, que tienen nombre y apellidos y que visitan nuestros centros sanitarios, no sean mutiladas. **Los y las profesionales deben actuar aplicando las normas y protocolos a cada caso concreto y eso no es un proceso mecánico o automático: implica asumir responsablemente decisiones difíciles por la complejidad de los problemas, la extrañeza de los contextos y circunstancias y la incertidumbre de los resultados y consecuencias de esas decisiones.** Y es aquí, en este escenario, en el proceso de toma de decisiones, donde se plantean los principales conflictos éticos.

A principios del siglo XX se distinguieron dos tipos ideales de ética opuestos entre sí, denominados **“ética de la convicción”** y **“ética de las consecuencias”**. El primero identifica la vida moral con la aplicación directa de principios y reglas a situaciones específicas, sin considerar las circunstancias y las consecuencias, en tanto que el segundo solo busca la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles, sin atenerse a principio alguno. La ética de la convicción agrupa a las éticas principialistas, también llamadas deontológicas (deon = principio) y la ética de las consecuencias engloba a las corrientes éticas utilitaristas o teleológicas (telos = fin).

Max Weber propuso como alternativa a estos dos modelos extremos un tercero intermedio, que tuviera en cuenta al mismo tiempo los principios y las consecuencias, con el fin de alcanzar decisiones razonables, prudentes, ponderadas o sabias. Denominó **“ética de la responsabilidad”** a este tipo ideal intermedio.

Las éticas de la responsabilidad se basan en dos tesis previas:

- La realidad es mucho más compleja que nuestras ideas sobre ella.
- Todas las personas afectadas por una decisión deben tener la posibilidad de intervenir en un proceso deliberativo, aportando sus razones y enriqueciendo así el resultado final, que debería poder ser asumido libremente y sin coacción por todos los participantes.

²⁷ Adela Asua. Magistrada del Tribunal Constitucional. Catedrática UPV.

Debemos adoptar nuestras decisiones morales teniendo en cuenta no solo los criterios generales expresados por los principios morales, sino también el análisis y evaluación de las circunstancias y consecuencias específicas que concurren en una situación determinada. **Es irresponsable decidir sólo a la vista de los principios. Nuestra responsabilidad se dirige siempre hacia el futuro y, por consiguiente, hay que tener en cuenta las consecuencias como una parte integrante del juicio moral.** En el proceso de elaborar juicios morales concretos, los principios sin las consecuencias son ciegos, y las consecuencias sin los principios, vacías²⁸.

En conclusión, **los principios están soportados por las normas jurídicas y estas no se deben aplicar de forma automática, a ciegas, sino tras haber valorado el contexto y circunstancias concretas de cada caso y las posibles consecuencias de las decisiones adoptadas.**

Respecto a estas **obligaciones legales**, y en concreto la de denunciar la comisión de un delito es preciso hacer las siguientes puntualizaciones:

- En primer lugar, debe de aclararse que el artículo 450 de nuestro Código Penal no obliga a denunciar un delito, sino a impedirlo, pudiendo hacerlo. Es decir, habría que valorar la denuncia de una MGF descubierta por un profesional siempre y cuando se entendiera que con ello se va a lograr prevenir otra MGF y procurando no vulnerar el mayor interés de la menor, produciendo así la doble victimización.
- La obligación de denunciar viene referida en los artículos 259, 262 y 264 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. El artículo 262 dice que los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250 (en el resto de los casos será entre 25 y 250 pesetas).

Considerando por un lado la insignificante magnitud de la posible sanción del incumplimiento de la obligación de denuncia y por otro la inequívoca intención del legislador de obligarnos a actuar para impedir la comisión de un delito, se puede deducir que **la obligación de dar parte a la justicia no es absoluta, sino relativa, y está supeditada a la obligación de asistir y prevenir.**

No podemos olvidar que **el bien supremo del menor debe prevalecer** sobre cualquier otra consideración, incluidas las obligaciones legales, porque ninguna de estas puede suponer un perjuicio para la víctima, en este caso para las y los menores, y evitar la doble victimización.

Este ejercicio valorativo y deliberativo que se recomienda hacer en esta guía para algunos supuestos supone restar seguridad y certidumbre en la toma de decisiones, pero es la mejor manera de asumir la responsabilidad de tomar decisiones prudentes que cumplan

²⁸ Diego Gracia.

con el doble objetivo de prevenir e impedir la MGF en cada caso concreto y de procurar, en la medida de lo posible, el mayor interés de la menor.

DERECHOS, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES

Desde la triple óptica de los derechos de las personas afectadas por la MGF, de las obligaciones que se deducen necesarias para el respeto de esos derechos y de las responsabilidades inherentes a la toma de decisiones en cada caso, podemos clasificar a todos los agentes implicados en tres grupos: los titulares de derechos, los titulares de obligaciones y los titulares de responsabilidades. Obviamente todos los agentes o actores implicados en la MGF tienen derechos, obligaciones y responsabilidades, pero, según quién sea el agente, predomina más un rol moral sobre los otros.

ROL MORAL	DEFINICIÓN	AGENTES
TITULARES DE DERECHOS	Las personas que sufren la vulneración de sus derechos, pero que son también protagonistas activos en la transformación de esta situación y con capacidades para materializar sus derechos y los de sus comunidades.	- Mujeres que han padecido MGF. - Niñas que han padecido MGF. - Mujeres y niñas en riesgo de padecerla.
TITULARES DE OBLIGACIONES	Las instituciones que tienen obligaciones jurídicas y morales con relación a las garantías, cumplimiento y desarrollo de los derechos.	- Estados, en especial, los sistemas públicos de salud, educación y justicia además de todas las autoridades que representan al Estado en un momento dado, tanto del Norte como del Sur. - Organismos Internacionales.
TITULARES DE RESPONSABILIDADES	Sujetos que tienen que aplicar las normas y protocolos, teniendo en cuenta las consecuencias, buscando actuaciones prudentes que lesionen lo menos posible los valores en conflicto en cada caso.	- Familias. - Autoridades y Líderes Tradicionales (civiles y religiosos) y “Circuncidoras”. - Profesionales del sector salud. - Jueces y fiscales. - Sociedad Civil Organizada: ONG, asociaciones, etc. - Medios de Comunicación.

Fuente: ODA'M 2013 (autora: Zuleyka Piniella). Adaptación propia.

Los agentes titulares de derechos son los sujetos a los que van dirigidas las actuaciones de los demás agentes (titulares de obligaciones y de responsabilidades), que podrían resumirse en las siguientes tablas:

TITULARES DE DERECHO

MUJERES CON MGF	NIÑAS CON MGF	MUJERES EN RIESGO	NIÑAS EN RIESGO
		Priorizar la prevención y mediación antes que la intervención judicial.	
Atención especializada para minimizar consecuencias.		Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF y sus derechos.	
Promoción de diálogo intergeneracional sobre el patrimonio cultural, sus aspectos positivos y negativos.		Rituales alternativos o compromisos colectivos de protección.	
		Establecimiento de mecanismos de protección y difusión de los mismos.	

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.

TITULARES DE OBLIGACIONES

ORGANISMOS INTERNACIONALES	ESTADO	JUSTICIA	SALUD	EDUCACIÓN
Promoción de Marcos normativos que garanticen los Derechos Humanos y Colectivos.	Ratificación de los Compromisos Internacionales referidos a los Derechos Humanos. Puesta en marcha de las medidas políticas, legales y administrativas necesarias para la materialización de esos derechos.	Revisión, promoción y ejecución de reformas legales según los compromisos y convenios Internacionales de Derechos Humanos individuales y colectivos.	Formación específica del personal sanitario para la detección de la población de riesgo y la intervención para minimizar las consecuencias de la MGF en la salud.	Formación del personal educativo para la detección de la población de riesgo.
Vigilancia sobre el cumplimiento de los Derechos y establecimiento de recomendaciones.	Coordinación entre estados receptores y emisores en cuanto a migración.	Coordinación con otros sistemas legales para garantizar los Derechos Humanos individuales y colectivos.	Posicionamiento de las asociaciones profesionales contra la medicalización de la práctica.	Diseño de currículos educativos que incluyan la reflexión y debate sobre las prácticas tradicionales positivas y negativas.
Apoyo a las iniciativas nacionales y redes internacionales.	Coordinación con la sociedad civil organizada especializada en este ámbito.	Puesta en marcha de medidas de coordinación para los casos de riesgo.		
Coordinación y socialización de experiencias exitosas.	Participación activa en los organismos internacionales en la prevención y erradicación de la MGF y otras PTP.	Protección y apoyo a las personas que promueven el abandono de la práctica.	Sensibilización y educación sobre los efectos de la MGF. Asistencia y asesoría para su atención y recuperación en la medida de lo posible.	Campañas o clubes escolares sobre las Prácticas Tradicionales.

Apoyo y protección de activistas y personas defensoras de DDHH que luchan contra las PTP.

Promoción de la investigación académica/ universitaria sobre el patrimonio cultural y las Prácticas Tradicionales socialización de experiencias exitosas.

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.

TITULARES DE RESPONSABILIDADES

FAMILIAS	LÍDELES TRADICIONALES	PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN Y SOCIALES	JUECES Y FISCALES	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Promoción del diálogo intergeneracional e intergénero sobre el patrimonio cultural, las PTP y la MGF.	Vigilancia y protección sobre casos de riesgo.	Ponderación de las sanciones para procurar el mayor interés de la menor.	Programas de desarrollo, campañas de sensibilización y educación sobre los Derechos Humanos.	Compromisos éticos para el abordaje responsable de las PTP y la MGF.	
Sensibilización y educación de las autoridades tradicionales. Promoción de sus funciones culturales positivas.					
Promoción de alternativas del uso de las PTP y la MGF.	Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF.	Coordinación con el sistema de sanitario y social públicos.	Identificación de figuras tradicionales culturalmente relevantes e incorporación a la lucha contra la MGF.	Denuncia de los incumplimientos por parte de estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a derechos.	
Incorporación a la lucha contra la MGF como mediadores en el proceso.	Actuaciones paliativas para las mujeres y niñas mutiladas.		Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica.		
Clarificación y posicionamiento religioso frente a las PTP y la MGF.	Coordinación con la fiscalía de menores y jueces de instrucción.		Apoyo a los procesos comunitarios de comunidades emigrantes a sus comunidades de origen.	Difusión de las campañas y acciones de la sociedad civil organizada y promover declaraciones de comunidades libres de MGF.	

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.