



Atención sin estigmatización: análisis de factores discriminatorios en la intervención preventiva de la mutilación genital femenina en España



ATENCIÓN SIN ESTIGMATIZACIÓN:
análisis de factores discriminatorios en la intervención preventiva
de la mutilación genital femenina en España



Este informe se ha elaborado en el marco del proyecto «Empoderamiento con conocimiento: prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina en España» apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la opinión del Ministerio.

© del texto: Fundación Wassu

© de esta edición: Fundación Wassu-UAB

Edición:

Fundación Wassu-UAB

Campus - Parc de Recerca Mòdul A

Universitat Autònoma de Barcelona

08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

España

Tel.: 93 586 87 99

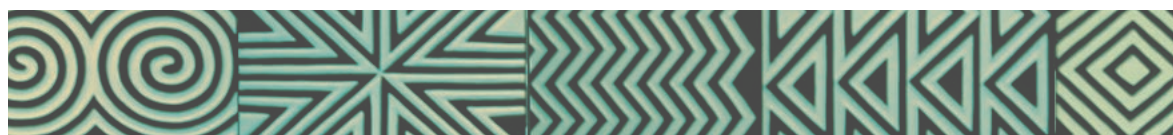
fundacion.wassu@uab.cat

<https://mgf.uab.cat>

No se permite la reproducción total o parcial de este informe, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Agradecimientos | 4 |
| 1. Introducción | 5 |
| 2. Marco teórico | 8 |
| 2.1. La discriminación y la estigmatización de las mujeres migrantes | 9 |
| 2.1.1. Discriminación en los países de origen | 10 |
| 2.1.2. Discriminación en los países receptores | 10 |
| 2.2. Integración frente a estigmatización | 12 |
| 2.3. Prácticas perjudiciales | 12 |
| 2.4. La interculturalidad y las mujeres como motor de cambio | 14 |
| 3. Diseño metodológico | 16 |
| 4. Resultados | 19 |
| 4.1. Resultados de las entrevistas a profesionales | 20 |
| 4.1.1. Atención a la diversidad cultural | 20 |
| 4.1.2. Relación con las familias migrantes | 21 |
| 4.1.3. Tratamientos alternativos | 23 |
| 4.1.4. Atención a la mutilación genital femenina | 24 |
| 4.2. Resultados de las entrevistas a migrantes | 28 |
| 4.2.1. Acceso a los servicios de salud | 28 |
| 4.2.2. Relación con el personal de atención primaria | 29 |
| 4.2.3. Prejuicios y discriminación | 31 |
| 4.2.4. Tratamientos alternativos | 32 |
| 4.2.5. Atención a la mutilación genital femenina | 33 |
| 4.3. Resultados de las encuestas al personal sanitario | 36 |
| 4.4. Resultados de las encuestas a personas migrantes | 40 |
| 5. Conclusiones | 47 |
| 6. Bibliografía | 50 |
| 7. Glosario | 54 |



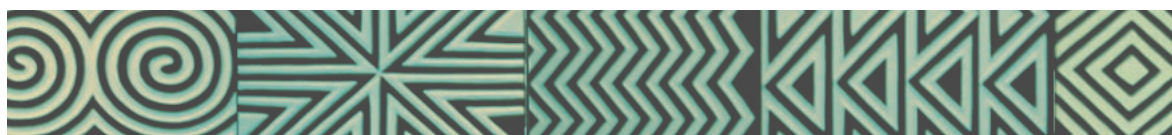
AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que participaron en este estudio su predisposición a compartir sus experiencias en entrevistas y cuestionarios. Entregasteis un voto de confianza y nos abristeis las puertas de vuestra intimidad.

A quienes nos ayudaron en la implementación de las actividades de investigación y análisis, muchas gracias. Fuisteis un gran apoyo.

Con este estudio, esperamos aportar razones para la reflexión conjunta y avanzar hacia una sociedad más integrada y justa.

Equipo de la Fundación Wassu-UAB



1



INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente 35 años que empezó una de las oleadas migratorias en el ámbito internacional más importantes de la historia, protagonizada sobre todo por personas provenientes de países del África subsahariana. Actualmente, su llegada a España no es un fenómeno nuevo, sino un proceso con un recorrido histórico concreto que conforma vínculos entre los países implicados, construyendo un espacio transnacional que se debe tener en consideración en los estudios, ya que es una parte más de la realidad social que no puede pasar por alto.

En este contexto, la reflexión sobre la integración y la aculturación de este conjunto de población no es un debate nuevo, aunque sigue presente «la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas» (Kaplan *et al.*, 2006: 190).

En el ámbito de la salud, la atención intercultural sigue siendo un desafío que debe abordarse de forma holística mediante las políticas públicas, con el fin de superar la perspectiva del sistema biomédico. La integración de la población inmigrante y de las segundas generaciones es un tema a trabajar para construir sociedades realmente acogedoras y multiculturales. La diversidad cultural no se puede seguir entendiendo como un factor de riesgo que disminuye la adherencia al tratamiento, sino como una riqueza que diversifica la comprensión de la salud, la enfermedad y la atención a estas cuestiones, ofreciendo perspectivas distintas.

Sin embargo, en la cotidianidad de los equipos de salud de la atención primaria, es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar. (Veliz-Rojas *et al.*, 2019: 2)

En este contexto, nos encontramos con la mutilación genital femenina (MGF), un fenómeno complejo, sensible y politizado, con un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, además de una estructura social que la mantiene, ya que forma parte del ciclo vital de las mujeres. En algunas sociedades se incluye en las ceremonias de iniciación, vinculada a dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad (identidad étnica) y el de complementariedad entre los dos sexos (identidad de género) (Kaplan, 1998; Kaplan *et al.*, 2013; Kaplan y GIPE/PTP, 2017).

La prevención de la MGF y las consecuencias que tiene para la salud de niñas y mujeres, así como la atención de las necesidades de aquellas que ya la han sufrido, son algunos de los mayores retos de la atención primaria intercultural. En su abordaje no solo interactúan las políticas públicas y el área legal, sino también los conocimientos y discursos que tiene la sociedad en general respecto a la práctica. Entendemos que la España actual es multicultural, y el relato que promovemos respecto a la MGF y otras prácticas culturales influye en la forma en que convivimos con las personas en la sociedad y en cómo las integramos. Las palabras importan y nos posicionan, por lo tanto, es clave analizar los discursos que se generan acerca de la MGF.

Actualmente, con la crisis social y sanitaria generada por la pandemia de la COVID-19, es más importante que nunca trabajar la solidaridad y no olvidar que la vulnerabilidad, ya presente en las vidas de muchas personas migrantes, se recrudece. Como explicaban Oso y Ribas-Mateos en el 2012:

Es de esperar que el contexto actual de alto desempleo, crisis económica generalizada y cuestionamiento del Estado del bienestar, favorezca el debate sobre la percepción de los inmigrantes extranjeros como un problema para la sociedad, tal y como denuncia Juliano, con lo cual podría normalizarse el discurso según el cual los extranjeros suponen una competencia en el uso de las prestaciones sociales. (2012: 516)

Desgraciadamente, el contexto que era actual en 2012 vuelve a serlo hoy, con una sobrecarga del sistema sanitario que dificulta la atención intercultural centrada en la persona y facilita el regreso a un trato más biomédico, lo que complica también el abordaje de la MGF en consulta. Al respecto, el *Joint Shadow Report* de España, que analiza si el Estado cumple el Convenio del Consejo de



Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), manifiesta que no hay recursos suficientes para un abordaje preventivo y respetuoso que no revictimice a mujeres y niñas y que no se enfoque solamente desde el lado punitivo.

El presente informe aboga por mejorar la cohesión social e integración de las comunidades migrantes, sobre todo provenientes del África subsahariana, por ser las más afectadas por esta práctica tradicional perjudicial. Los objetivos principales del estudio son recopilar experiencias no discriminatorias en relación con el abordaje preventivo de la MGF e identificar factores discriminatorios que intervienen en el abordaje y la atención preventiva de la práctica.

Para llevarlo a cabo, se han entrevistado a profesionales de atención primaria y personas miembros de comunidades migrantes, con orígenes en distintos países donde se practica la MGF. Para completar las entrevistas en profundidad, se han realizado también encuestas a cada uno de los colectivos, de este modo se ha podido relacionar el análisis cualitativo con el cuantitativo.



2

MARCO TEÓRICO



Durante los últimos años, la práctica de la MGF ha estado en el foco de mira de los debates políticos y populares sobre el multiculturalismo en Europa. La polémica que ha surgido alrededor de este fenómeno ha contribuido a la estereotipación de aquellas personas que deciden migrar, procedentes de países donde se practica la MGF. Una estereotipación en la que, por un lado, se han definido a los hombres como sujetos con un fuerte componente violento y patriarcal y, por otro, a las mujeres migrantes como víctimas de su sociedad, con necesidad de ser salvadas de sus comunidades y tradiciones inherentemente opresivas (Kaplan y Nuño, 2017). Este entramado de prejuicios ha permitido que la MGF se haya abordado a través de estrategias ineficientes, que han demostrado carecer de sensibilidad hacia los sentimientos, las perspectivas y las posibilidades de las mujeres para cambiar junto con sus comunidades (Kaplan y Nuño, 2017).

Los estereotipos y el estigma creados en torno a las personas migrantes en relación con la MGF son derivados de un contexto social e histórico que se ha caracterizado por una visión etnocéntrica. Este enfoque ha categorizado los procesos migratorios y a quien los ha desempeñado desde el continente africano hasta Europa, promoviendo y ampliando el estigma social que se ha construido históricamente sobre las personas migrantes.

Si nos centramos en migraciones protagonizadas por mujeres, estas se dan mayoritariamente por dos tipos de proyecto migratorio, o bien por reagrupación familiar, o bien por una demanda laboral feminizada. Este último se ha caracterizado fundamentalmente por el ahorro salarial que suele suponer la contratación de mujeres en contraposición con el trabajo masculino, y lleva implícita la perpetuación de la división sexual del trabajo, así como la imagen sexista que gira en torno a las mujeres migrantes (Suárez, 2004). Estos estereotipos están influenciados por ideologías racistas y colonialistas que contribuyen a conservar la demanda de las mujeres en servicios relacionados con los cuidados, sexuales y de limpieza (Suárez, 2004), aferrados a la visión de las extranjeras no occidentales como mujeres dóciles, sensuales y delicadas.

2.1. La discriminación y la estigmatización de las mujeres migrantes

El cuerpo sexualizado de las mujeres no occidentales en espacios transnacionales es representado en el imaginario colectivo de los países receptores bajo el estereotipo de objeto sexual, y ellas son estigmatizadas en muchas ocasiones como prostitutas. Son racializadas y exotizadas haciendo referencia a una sexualidad salvaje, caracterizadas como «negras» (Strzelecka, 2009), personificando significados desvalorizantes (Goffman, 1963) que, al estar ocupando un espacio transnacional, adquieren un carácter segregador (Strzelecka, 2009).

La estigmatización de las mujeres migrantes procedentes de países del continente africano provoca que deban enfrentarse a distintos niveles de violencia que transgreden tanto los espacios públicos como los privados y que se desenvuelven a escala global. Los discursos negativos y discriminatorios se centran muchas veces en las relaciones de género de las personas migrantes, por ejemplo, en las distintas formas de entender la maternidad, que se encuentran en el núcleo de la «producción y reproducción simbólica y biológica del colectivo étnico y nacional, así como de las estructuras de género sobre las que se construye» (Suárez, 2004: 321). Estas se interpretan como amenazantes y atacantes de los valores tradicionales y el modelo de familia nuclear patriarcal de los países occidentales. El discurso discriminatorio sobre la importancia de preservar las tradiciones actúa en nombre de la especificidad cultural. Existe la idea de que la cultura es estática, conformada por un conjunto de tradiciones y valores y delimitada a una zona geográfica concreta. El modelo asimilacionista, presente en muchas sociedades occidentales, afirma que las personas migrantes deben olvidar su cultura para aprender a vivir en la nueva sociedad receptora (Stolcke, 1995). Este planteamiento se ha utilizado para remarcar que la población inmigrante debe integrarse y, por consecuencia, adaptarse al sistema jerárquico que impone la sociedad dominante sobre lo que es importante y lo que no.



En este punto surge el cuestionamiento sobre cómo la cultura o su uso político se han podido convertir en poderosos instrumentos de legitimación de la discriminación contra las mujeres (Strzelecka, 2009). La desigualdad y la discriminación de género es un hecho universal, y el sentido androcéntrico de las sociedades ha sido criticado y denunciado (Strzelecka, 2009). Desde esta perspectiva, la respuesta feminista occidental ha tratado de combatir las consecuencias derivadas de la discriminación de género, pero no ha sido capaz de adecuarse a las demandas de las mujeres migrantes, debido a que se trata de un feminismo blanco que desconoce su contexto histórico y cultural. El análisis sobre la desigualdad de género que lleva a cabo no atiende a las discriminaciones de etnia y clase a las que otras mujeres están sometidas. El alzamiento de movimientos de mujeres de otras partes del mundo supuso el comienzo del cuestionamiento y la crítica hacia la universalidad de una única experiencia considerada como válida dentro de las reglas contempladas por el patrón blanco occidental (Strzelecka, 2009).

2.1.1. Discriminación en los países de origen

La MGF es un tipo de práctica tradicional que forma parte de lo que se conoce como áreas sensibles. Se refieren a aquellas estructuras organizadoras y estrategias de adaptación que a lo largo del tiempo se mantienen relativamente estables (Kaplan *et al.*, 2008). Barth (1969) advertía una correlación entre pobreza, discriminación y la conservación de prácticas tradicionales desde el país de origen, teoría según la cual la MGF descendería en los países receptores si aumentara el estatus social de los grupos que la practican (Andro y Lesclingand, 2016). Este hecho podría estar relacionado con el mayor uso de los recursos que se ofrecen en los países receptores, como pueden ser la educación y el acceso a empleos remunerados, que permitan mejorar la situación social y familiar; en contraposición, podría no tener este efecto en familias donde precisamente son las condiciones de migración las que refuerzan las desigualdades de género, a pesar de su condición social. Sin embargo, hay que tener presente que la discriminación dirigida hacia las minorías y la posición desfavorecida que ocupan en la sociedad, podrían dar lugar a un «culturalismo reactivo» (Coene, 2007), que refuerza aquellas prácticas y tradiciones que reafirmen la identidad de los individuos como miembros del grupo (Andro y Lesclingand, 2016).

La MGF forma parte de unos valores tradicionales que buscan la aceptación social de las niñas dentro del grupo y, en general, el bien colectivo. Las comunidades practicantes creen que su práctica protege la posición social de las niñas y previene a las mujeres contra peligros sociales y económicos (Väkiparta, 2019). Ellas llevan la carga del estigma que supone la MGF en los países receptores, a la vez que, en sus países de origen, el no realizarse la práctica las expone a sufrir el estigma impuesto por el resto de la comunidad, así como el posible abandono o la negativa de contraer matrimonio.

2.1.2. Discriminación en los países receptores

Transformar las estructuras de género a las que se ven sometidas las mujeres africanas inmigrantes es un reto para los países receptores, que se comprometen a promover los derechos y acabar con la discriminación que sufren los distintos grupos étnicos. Con el objetivo de abordar este problema, surgió en 1979 la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (denominada, de ahora en adelante, CEDAW). Puesto que la MGF supone una violación de los derechos humanos, la CEDAW se ha invocado en numerosas ocasiones para señalar la práctica como una clara manifestación de discriminación de género (como se puede ver en Yasin *et al.*, 2013). La Convención marca como finalidad la eliminación de los prejuicios, la estereotipación de los roles de género y las prácticas que permitan utilizarlos para posicionar en inferioridad o superioridad a cualquiera de los sexos (Väkiparta, 2019). En este sentido, aunque la circuncisión masculina también promete purificación, mayor atractivo y aceptación social (Earp, 2015), no es el equivalente a la MGF, puesto que esta está relacionada con la discriminación de género (Brusa y Barilan, 2009).



Las mujeres migrantes provenientes de países subsaharianos que ahora residen en España se enfrentan a desafíos de adaptación al nuevo entorno (Martingo, 2009). Cobra especial importancia el choque entre los distintos universos simbólicos que se conciben, puesto que el bagaje cultural que cada uno percibe supone la referencia sobre la que basamos los distintos aspectos de la vida, y para las mujeres migrantes, temas como el matrimonio, la maternidad, la sexualidad, el tiempo, el trabajo, la comunidad, la socialización, el espacio, etc., son comprendidos de una forma diferente y muchas veces se estigmatiza. Bermúdez y Kaplan (2004) destacan que, en este contexto de interacción, está siempre presente la concepción de superioridad de una cultura frente a otra, sumada a la desigualdad social existente y a un pasado histórico conflictivo entre el país dominante y el dominado. En la sociedad occidental, el foco de estudio migratorio estuvo centrado durante mucho tiempo en los hombres y, poco a poco, las mujeres también fueron tomando protagonismo, pero sin mirar hacia los prejuicios y las percepciones que se estaban cargando sobre «los otros», permitiendo que se siguieran agrandando las distancias existentes, creadas por las relaciones interétnicas de poder (Bermúdez y Kaplan, 2004).

Por este motivo, la MGF se entiende conceptualmente como un problema de derechos humanos y se olvida que para las mujeres africanas es una cuestión profundamente arraigada en su identidad y su pertenencia al grupo. La manipulación del cuerpo humano está presente en muchas culturas, y sus formas más radicales de manipulación (como la MGF, la fijación de los pies, los corsés, etc.) se dirigen hacia las mujeres en edades tempranas (Brusa y Barilan, 2009), hecho que muestra la vulnerabilidad social del cuerpo femenino. Como explica Roperó (2017), el control sexual de las mujeres es una práctica de discriminación sexista muy extendida en prácticamente todas las culturas, también en las sociedades occidentales bajo distintas formas. Por este motivo, hay que desmontar los prejuicios, estereotipos o estigmas que rodean a la MGF y se sustentan en una superioridad moral ficticia. La diferencia entre hacerse una cirugía con fines estéticos y practicar un ritual tradicional reside en la distinta conceptualización que se sigue haciendo de las mujeres blancas, aquellas que son consideradas libres, y de las mujeres negras, aquellas que por proceder de una sociedad incapaz de autogobernarse son víctimas pasivas que necesitan ser salvadas (La Barbera, 2010). Por otro lado, el derecho penal debería intervenir de la misma forma ante otros casos de violencia de género en los que se encuentren lesiones de bienes jurídicos fundamentales, «como son la integridad física y, en una concepción más amplia, la salud (incluyendo la salud psíquica, el bienestar físico y el pleno disfrute de la sexualidad y de la maternidad)» (Roperó, 2017: 136).

Si bien es cierto, se debe ser cuidadoso a la hora de equiparar la MGF con otras prácticas sociales que puedan intervenir en el cuerpo de las mujeres, debido a que este procedimiento en concreto supone una mutilación con graves riesgos para la salud y el adecuado desempeño y disfrute de la sexualidad, además de ser llevada a cabo en menores de edad que carecen de capacidad de consentimiento (Roperó, 2017). Por este motivo, las prácticas tradicionales, en el ámbito internacional, se mencionan específicamente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la CEDAW, y Amnistía Internacional (1998: 41) advierte que considerar a una práctica violación de derechos humanos o no, también recae sobre una discriminación legitimada:

La distinción entre violaciones de derechos humanos públicas y privadas pasa por alto el hecho de que los abusos sistemáticos perpetrados en la esfera «privada» tienen una dimensión pública, ya que derivan de prejuicios o de algún tipo de discriminación o intolerancia que cuenta con un mayor o menor consentimiento oficial. La distinción impide que estos abusos sean considerados una cuestión de derechos humanos.

Conocer el problema social que subyace en la MGF, entender su contexto y sus causas, dará visibilidad a la cuestión y permitirá sacarla de la esfera privada, pudiendo así favorecer la disposición de información adecuada y evitar la estigmatización de las poblaciones practicantes (Kaplan y GIPE/PTP, 2017).



2.2. Integración frente a estigmatización

La controversia que genera la MGF ha provocado una visión distorsionada asociada al género y a la inmigración, centrada en este caso en las mujeres subsaharianas, y suponiendo una constante creciente (Kaplan y Bedoya, 2004). La MGF ha supuesto un escenario de discusión en las sociedades de destino, con reacciones muy extremas en ambas direcciones, lo que ha conllevado a una criminalización y su consecuente respuesta punitiva en relación con las mujeres procedentes de países donde se realiza la práctica. A su vez, se ha demostrado una falta de conocimiento y análisis de las circunstancias socioculturales y económicas alrededor de las cuales estas mujeres desempeñan sus actividades sexuales y reproductivas, dejando de lado los cambios que encabezan la cultura (Kaplan y Bedoya, 2004). «Las formas de integración/exclusión social en la sociedad receptora, y los sistemas de género ya existentes en las sociedades africanas de origen, se combinan a través de los procesos migratorios, dando lugar a una construcción social de esta diferencia, en términos de subordinación» (Gregorio, 1998; citado en Kaplan, 2004: 5).

La labor que los servicios de atención primaria llevan a cabo en muchas ocasiones es escasa debido a la falta de formación y a los diferentes retos a los que se enfrenta la mayoría de profesionales cuando atienden las familias (Kaplan, 2006). Las principales tensiones tienen que ver con reticencias presentadas por las madres y se fundamentan en un conflicto de lealtades con respecto a sus mayores en la sociedad de origen, que son quienes poseen el poder y legitiman la tradición. Por otra parte, también entra en juego la violencia simbólica que se difunde a través de los medios de comunicación y que deforma la realidad de estas familias (Kaplan *et al.*, 2006). Esta distorsión favorece la criminalización que se ejerce sobre ellas, facilitando que continúe el debate entre integración y estigmatización. Por último, también influye el mito del retorno, es decir, la idea que la estancia en el país de destino no será definitiva y se volverá al país de origen en algún momento futuro, interviniendo en los procesos de socialización infantil y en la construcción de la identidad de género y étnica (Kaplan, 2006). Todas estas cuestiones frenan los procesos de adaptación de estas familias, desfavoreciendo las posibilidades de cambio que permitan una consideración más reflexiva sobre el futuro de sus hijas (Kaplan *et al.*, 2006). Los retos derivados de sus procesos migratorios, sumados a las barreras lingüísticas y culturales a las que se enfrentan las mujeres migrantes, suponen un freno en el acceso a la atención primaria. Esto puede provocar que eviten hablar sobre la práctica cuando acuden a los servicios de salud, y que muchos de los casos de MGF sean identificados solo si ingresan en los servicios de maternidad o en el momento del parto (Baillot *et al.*, 2014).

Adoptar un enfoque de género al tratar la MGF puede ser beneficioso para reducir el estigma, ya que favorece que las comunidades identifiquen los riesgos y les dota de la capacidad de abordar las consecuencias que conlleva la práctica. Este enfoque se podría garantizar, por ejemplo, mediante el abordaje de la MGF a través del currículo escolar, con lo cual este asunto debería incorporarse en la formación de atención y protección infantil de cada profesional de atención primaria y de los servicios sociales (Kaplan y GIPE/PTP, 2017).

2.3. Prácticas perjudiciales

Los retos y cambios en la forma de afrontar los problemas de salud que afectan a las personas dentro de sociedades cada vez más complejas y diversas, implican que los sistemas y los/las profesionales de atención primaria se enfrenten a nuevas situaciones y formas de relacionarse con los/las pacientes, que permitan desarrollar enfoques transculturales (Kaplan *et al.*, 2010). Trabajar la MGF desde esta perspectiva no es una tarea fácil y se puede caer en enfoques estigmatizantes que obstaculicen la apertura de una línea de discusión sobre el tema. Para evitarlo, debe establecerse un diálogo a largo plazo sobre la práctica, que permita el aprendizaje y la búsqueda de un entendimien-



to más equitativo (Busquets *et al.*, 2011), con el objetivo de aclarar prejuicios y estereotipos y evitar la imposición de valores y modelos de vida (Kaplan *et al.*, 2008).

La MGF no solo supone un reto para los profesionales de la salud, sino que se ven envueltos también los servicios sociales, de educación y de justicia, entre otros, que deben saber tratar y acercarse a nuevas y distintas realidades culturales, así como encarar los desafíos que estas supongan para el bienestar de las personas. Las dudas profesionales sobre la intervención están presentes, puesto que supone una tradición que transgrede los límites legales, culturales y médicos de la sociedad europea, causando un gran impacto negativo y favoreciendo que se refuercen estereotipos y prejuicios (Kaplan *et al.*, 2008).

Respecto al marco legal, los/las profesionales también se enfrentan a dilemas que conducen a la preocupación por las intervenciones penales ante casos de MGF. Llevar a cabo acciones punitivas agrava la estigmatización de las mujeres y niñas que han sufrido MGF y fomenta su exclusión o marginación social, poniendo en riesgo la adaptación de estas minorías en los países receptores. El miedo a sufrir estas consecuencias dificulta que las mujeres acudan a las visitas médicas (Hermida del Llano, 2017). El hecho de que gran parte de profesionales eviten el tema por temor a señalar o discriminar a las mujeres con preguntas consideradas tabú (Abdulcadir *et al.*, 2015), refuerza la idea de que factores como la falta de tiempo y de capacitación para abordar la MGF influyen en las prácticas discriminatorias que puedan llevar a cabo los servicios de salud y sociales. Hay que evitar la idealización de la persona inmigrada y el miedo a estigmatizar, ya que se puede correr el riesgo de caer en actitudes paternalistas e injustificadamente tolerantes que dificulten la defensa de los derechos de todas las personas (Gascón *et al.*, 2017: 106).

A modo de resumen, se trata de un problema de violencia de género que trasciende el marco asistencial e implica la vulneración de los derechos humanos y la necesidad de una aproximación transcultural. Además, requiere el compromiso moral de cada profesional de no cometer prácticas que supongan un trato discriminatorio ni impliquen dolor, violencia o degradación sobre las mujeres (Kaplan, 2006). La falta de confianza y los malentendidos entre profesionales de la salud y pacientes se atribuyen a las diferencias culturales; las reticencias de las personas usuarias suelen estar basadas en la experimentación personal y la formación de opiniones derivadas de los medios de comunicación (como se puede ver en Priebe *et al.*, 2011). Para dotar de atención cualificada, con sensibilidad cultural y que respete los derechos y las creencias individuales, debe transformarse la relación que se establece entre profesional y paciente. Disipar la estigmatización de las mujeres con MGF practicada beneficiará su salud y la de sus familias (como se puede ver en Hess *et al.*, 2010), sin la inseguridad que provoca la posible réplica del personal sanitario hacia esta práctica (Suárez *et al.*, 2015).

Las prácticas discriminatorias, producidas a pesar de las buenas intenciones del personal sanitario y de los servicios sociales, y la influencia de los medios de comunicación con los mensajes estigmatizantes que difunden pueden provocar una «mutilación psicológica» (The Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, 2012: 26). La constante repetición de que se está mutilada y de que se anula el placer sexual de esa persona influye directamente en la salud psico-sexual de las mujeres. Los riesgos sexuales potenciales derivados de la MGF son complejos de discutir sin estigmatizar a las personas que los han sufrido, y centrarse de manera persistente en sus genitales puede llevar a la conclusión precipitada de que todas estas mujeres están «deshabilitadas sexualmente hablando» (Sharif *et al.*, 2020: 537). El enfoque biomédico y el sistema sanitario occidental resultan difíciles de entender y, en ocasiones, son abrumadores para muchos inmigrantes (Lazar *et al.*, 2013). Algunos estudios exponen las percepciones de discriminación que han sentido las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF y las experiencias difíciles de parto que han vivido, así como la oposición a las intervenciones obstétricas que han desarrollado (como se puede ver en Lazar *et al.*, 2013).

Por esta razón, el trabajo con las familias sobre sexualidad y MGF es fundamental para evitar la estigmatización que se hace de ciertos colectivos (Kaplan y GIPE/PTP, 2017), dado que, además, su-



pone una vulneración de su autoimagen durante la infancia y la adolescencia, en que se dan los procesos de vinculación con los padres y la construcción identitaria (Kaplan *et al.*, 2006). En el abordaje sanitario, las exploraciones efectuadas a niños y niñas africanos deberán ser iguales que las de cualquier otro, sin importar su procedencia, ya que efectuar una exploración diferente se considera un acto de estigmatización hacia un determinado colectivo (Kaplan y GIPE/PTP, 2017). Antecedentes como la Declaración de Barcelona sobre la MGF, adoptada el 31 de julio de 2004 y apoyada por el Comité Interafricano de Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de la Mujer y el Niño (IAC), dan muestra de que prácticas como el tratamiento aislado de la MGF en niñas y el control de sus genitales cada seis meses son discriminatorias y pueden interpretarse como racismo (Kaplan *et al.*, 2017).

2.4. La interculturalidad y las mujeres como motor de cambio

El contexto sociocultural y personal que rodea la vivencia de la MGF destaca la necesidad de que haya una intervención tanto sociosanitaria como educativa (Kaplan y GIPE/PTP, 2017). Muchos factores están involucrados en el choque cultural y esta confrontación de la diferencia puede propiciar conflictos e impedimentos para trabajar en común. En una sociedad multicultural donde no se fomenta el respeto hacia la diversidad habrá presente «una tensión entre el poder, el Estado de acogida, y el individuo inmigrante, entre la autoridad y los valores del individuo, entre los valores sociales y colectivos y las vivencias personales del hombre» (Audiencia Provincial, 2012: 9). Pero también es posible construir un espacio de aprendizaje y transformación de conflictos a través del diálogo que elimine prejuicios (Kaplan y GIPE/PTP, 2017). Los factores más comunes de desigualdad incluyen la diferencia del idioma, el estatus legal, los impedimentos administrativos y financieros, y las experiencias negativas previas que reporten situaciones de estigma, exclusión social y discriminación, que crean barreras sociales y culturales (Peláez *et al.*, 2017).

Para lograr la transformación de conflictos, una buena herramienta es la mediación intercultural, cada vez más necesaria dentro del contexto socioeconómico global en el que nos encontramos. «La interculturalidad requiere que las relaciones entre las personas de diferentes ámbitos culturales que conviven en un mismo espacio, en sociedades cada vez más plurales, no sean de dominación o jerarquía» (Gascón *et al.*, 2017: 22).

En nuestras sociedades hay una diversidad cultural que no podemos obviar y con la que tenemos que convivir. La perspectiva intercultural parte de la existencia de esa diversidad y nos ayuda a intervenir socialmente teniéndola en cuenta en nuestra actuación, considerando la existencia de patrones culturales distintos, no imponiendo unos sobre otros, pero, a la vez, tratando de transferir conocimientos y valores que puedan y deban ser compartidos. (Gascón *et al.*, 2017: 20)

Dar importancia a los movimientos sociales contribuye al acercamiento y entendimiento sociocultural y permite que las mujeres migrantes formen parte de ese cambio, haciéndolas protagonistas. De esta forma, se valora su rol integrador en la sociedad receptora mediante la demostración en centros de interés (Kaplan, 2004) y se las empodera como agentes de sensibilización que, a través de sus propias experiencias y el compromiso contra la MGF, transmiten la información que han adquirido a lo largo del tiempo tanto en sus países de origen como en los de acogida, generando un efecto multiplicador del cambio (Agirregomez-korta y Fuertes, 2011). Teniendo en cuenta que las mujeres mayores son aquellas que ejercen el poder y quienes transmiten y legitiman la MGF (Kaplan *et al.*, 2006), normalmente, se posicionan en contra de las campañas que buscan su abandono. Aquellas que sí que están en contra de la práctica son las que más autoridad tienen para cambiarla. Sin embargo, también existe cierta discriminación contra las mujeres mayores, que no son invitadas a participar en proyectos contra la MGF tan explícitamente como otros actores implicados en la práctica.



Esto supone perder figuras que pueden cambiar las normas sociales de manera efectiva y ayudar así a mujeres y niñas dentro de sus familias y comunidades (Newman y 28 Too Many, 2019).

Es importante tratar de evitar la alarma social sobre la MGF, que podría repercutir en la revictimización de las mujeres y niñas, por lo que tanto en educación como en sanidad es necesario que se diseñen modelos de intervención que se basen en la prevención y que puedan rehuir conflictos por situaciones como las de un viaje inminente de vacaciones (Ayuntamiento de Bilbao, 2015). Además de la sociedad civil, los gobiernos también deben hacer un esfuerzo en investigar y proponer ritos alternativos a la práctica (como la iniciación sin mutilación) que incurran en fortalecer iniciativas sociales basadas en los derechos humanos, la educación (Kaplan y GIPE/PTP, 2017) y la creación de protocolos con el imprescindible enfoque intercultural y de género (Ayuntamiento de Bilbao, 2015). Esta acción podrá lograrse si se define un plan estatal de formación integral y continuada en materia de prevención y atención de la MGF dirigido al personal de atención primaria en salud, servicios sociales y educación principalmente.



3

DISEÑO METODOLÓGICO



La metodología se ha constituido con distintas fases consecutivas y flexibles, que han permitido adaptar el estudio a los acontecimientos inesperados que se han generado por la pandemia de la COVID-19, sobre todo al confinamiento domiciliario que vivimos desde marzo hasta junio, así como a la sobrecarga de los recursos sanitarios y de atención primaria.

La primera fase se pudo desarrollar según lo previsto, ya que consistía en hacer una revisión bibliográfica para construir un marco teórico sólido y elaborar los guiones de las entrevistas.

La segunda fase, que planteaba 60 entrevistas semiestructuradas, se replanteó con el objetivo de poder conseguir la información necesaria en el contexto de pandemia. Por este motivo, se valoró que era adecuado incluir los cuestionarios como herramienta de recogida de información y reducir el número de entrevistas, ya que los contactos, sobre todo con el colectivo de profesionales de la salud y los servicios sociales, no tenían el tiempo ni las fuerzas necesarias para participar de esta manera en el estudio. De esta forma, se ha podido ensanchar el número de participantes, superando el que se tenía previsto en un primer momento, donde se consideraba poder hacer 30 entrevistas a cada perfil.

Perfil de las personas entrevistadas

| Número de entrevista | Características |
|----------------------|--|
| 1 | Mujer sarahule de Gambia, 40 años. Residente en Cataluña desde 1999. |
| 2 | Mujer fula de Guinea, 44 años. Residente en Cataluña desde 2006. |
| 3 | Mujer jola de Gambia, 33 años. Residente en Cataluña desde 2016. |
| 4 | Mujer pediatra, 54 años. Residente en Cataluña. |
| 5 | Hombre mahi de Benín, mediador cultural, 42 años. Residente en Madrid desde 2004. |
| 6 | Mujer técnica de salud pública, 39 años. Residente en Cataluña. |
| 7 | Mujer médica de urgencias, 61 años. Residente en Andalucía. |
| 8 | Hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años. Residente en el País Vasco desde 2005. |
| 9 | Mujer fula de Mauritania, 44 años. Residente en las islas Canarias desde 2004. |
| 10 | Hombre de Nigeria, 32 años. Residente en Andalucía desde 1989. |
| 11 | Mujer trabajadora social, 54 años. Residente en Valencia. |
| 12 | Mujer matrona, 31 años. Residente en Andalucía. |
| 13 | Mujer fula de Guinea-Bissau, 28 años. Residente en las islas Canarias desde 2004. |
| 14 | Mujer matrona, 41 años. Residente en Cataluña. |
| 15 | Mujer enfermera pediátrica, 52 años. Residente en Cataluña. |
| 16 | Mujer fula de padres gambianos, 24 años. Residente en Cataluña. |
| 17 | Mujer ginecóloga, 48 años. Residente en el País Vasco. |
| 18 | Mujer somalí de Kenia, 51 años. Residente en Madrid desde 2001. |

Color gris: migrante; color verde: profesional.

Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado de las personas que participaron y, posteriormente, transcritas. Se elaboró una lista de códigos con los elementos más relevantes para el estudio, que fue flexible y se fue completando a medida que se iba avanzando en la investigación. La codificación de las entrevistas se efectuó mediante el programa NVivo, que permitió efectuar un análisis más rápido de los fragmentos escogidos. Finalmente, se elaboró un cuadro en Excel que permitió comparar las respuestas en función de los perfiles.

Las encuestas se diseñaron cuando ya se habían implementado algunas entrevistas, de esta manera se pudo utilizar el conocimiento recogido a través de estas en la elaboración del guion. El cuestionario dirigido a profesionales de la salud y la atención primaria se pilotó con las personas miembro del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales



Perjudiciales (GIPE/PTP), todas ellas profesionales del sector. Por otro lado, el cuestionario dirigido a comunidades migrantes se pilotó con las personas escogidas como referentes comunitarios que fueron contratadas para implementarlo, a la vez que se las formaba para que supieran cómo llevar a cabo la encuesta y para que entendieran, de forma adecuada, el objetivo de cada una de las preguntas. La intervención de referentes comunitarios fue clave para el éxito de los cuestionarios, ya que hicieron de enlace con la población migrante residente en Cataluña, Valencia y Madrid, con lo cual se pudieron traducir las preguntas y hacer las aclaraciones siempre que fuera necesario.

Las encuestas a profesionales de la salud se distribuyeron y realizaron de forma telemática con el programa Encuesta Fácil, mientras que los cuestionarios a comunidades migrantes se efectuaron en papel, a veces de forma presencial y otras de forma telefónica, y, posteriormente, se introdujeron los datos en el mencionado programa para analizarlos.

A pesar de las dificultades añadidas por la pandemia de la COVID-19, que han reducido la participación esperada en el colectivo de profesionales de la salud, valoramos muy positivamente la respuesta a los cuestionarios, ya que han colaborado un total de 161 personas.

No se ha podido garantizar la utilidad de todas las preguntas realizadas en nuestras encuestas debido a la falta de casos y la poca representatividad de algunos indicadores. Por esa razón, se ha llevado a cabo un enfoque estadístico microsocioal con el fin de buscar un análisis comparativo y descriptivo que se adecuara más a la realidad del proyecto. Los indicadores más relevantes nos permiten abordar temas de discriminación, estigmatización o de actitudes que evitan la MGF.

Las dificultades y limitaciones que presenta la muestra no son un problema para el conjunto del estudio, ya que los métodos cuantitativos son usados de forma complementaria al análisis cualitativo de las encuestas, lo que permite comparar la información recogida a través de las dos técnicas y profundizar en las cuestiones más relevantes.

Se han diseñado dos modelos diferentes de encuestas: uno dirigido a profesionales de la salud y otro, al colectivo de personas migrantes, con origen en países donde se practica la MGF. Los principales objetivos han sido los siguientes:

- Observar la existencia de algún patrón en la conducta de los/las profesionales de salud de carácter estigmatizador o discriminatorio hacia la población migrada.
- Entender el impacto de la formación intercultural o en materia de MGF entre el personal sanitario.
- Conocer los comportamientos y las medidas de actuación que aplica el personal de salud en relación con la MGF.
- Recoger los conocimientos y las actitudes de las personas migrantes encuestadas sobre la MGF.
- Evaluar el impacto multiplicador de las dinámicas transculturales, que favorecen los discursos preventivos entre las comunidades de origen.
- Identificar la eficacia del documento del compromiso preventivo (CP).



4

RESULTADOS



4.1. Resultados de las entrevistas a profesionales

4.1.1. Atención a la diversidad cultural

Puesto que el estudio se centra en los colectivos migrantes y su experiencia con los servicios de salud en España, es fundamental preguntar al personal sanitario cómo se abordaba la diversidad cultural en sus centros de trabajo. En ocasiones, esta cuestión creó confusión, por lo que capta el interés poder observar la percepción que se tiene sobre lo que significa esta atención y que, incluso en un caso concreto, fue entendida como una forma de discriminación.

¿Cómo se aborda? Pues atendiendo a todos, intentando atenderlos con igualdad, con igualdad a todos. Sí, sí, no se hace nada... no se hace nada específicamente para una cultura, sino que todos se atienden por igual. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

Todos los/las profesionales que entrevistamos habían recibido formación intercultural de algún tipo, en cuanto a estudios o períodos de aprendizaje sobre competencias en diversidad cultural y las cuestiones que su atención plantea. De este modo, se ha visto variedad de respuestas en cuanto a la procedencia de esas preparaciones. En algunos de los casos, esta venía de la búsqueda por cuenta propia, dado que en pocas ocasiones era promovida por sus centros de trabajo u otras instituciones. La carencia de formación intercultural en el ámbito sanitario es una preocupación destacada por las personas entrevistadas que requieren de su regulación.

En temas interculturales, tengo que decir que no se ha hecho nada porque... al principio sí que he propuesto hacer algún curso yo misma y ahora nos están pasando, esto es una cosa novedosa, [...] unos cuestionarios porque quieren organizar alguna cosa desde el ICS. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

Bueno yo estudié Antropología Social y Cultural y entonces tenía ya alguna... alguna referencia, no mucho, de estos colectivos en específico, pero alguna cosa había hecho y luego he hecho algún curso. He hecho algún curso específico sobre mutilación genital femenina, algún curso sobre diversidad religiosa y... alguno sobre diversidad cultural. Suelen ser cursos de muy pocas horas, o sea que no son cursos de... a ver, que se entre mucho en profundidad, pero bueno, eso es... Lo que ha ido saliendo es lo que he ido haciendo. (Entrevista 15, mujer enfermera pediátrica, 52 años)

Por parte de mi empresa pública no. Por otro lado, sí que he hecho cursos y tal. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

La atención a la diversidad requiere de herramientas específicas que faciliten la comunicación y el entendimiento entre profesionales y personas usuarias. El recurso del que se dispone más frecuentemente y el principal mencionado en las entrevistas es el de traducción, referente al servicio por el cual se interpreta lo que se dice en un idioma y se adapta a otro para que se entienda. En el ámbito de los servicios de salud, nos encontramos que este no siempre está relacionado con la figura presencial de un/a traductor/a, pero sí que se puede disponer de uno/a mediante teléfono. Además de ser el más extendido, se considera también que es el más importante, puesto que se suele valorar su utilidad por encima de otros recursos, tales como la mediación, que queda abandonada o en un segundo plano, a pesar de que puede dar un apoyo muy potente para superar la barrera cultural de los colectivos migrantes en relación con el sistema biomédico y la comunicación con el personal del ámbito de la salud.

Aunque la traducción es la herramienta principal para la atención a la diversidad cultural, no se dispone de este medio en muchos de los centros y, en general, este tipo de recursos se han visto mermados debido a los recortes presupuestarios. Esta carencia sumada al hecho de que el servicio



de traducción o los materiales específicos no llegan a abarcar determinadas lenguas, son motivos por los que usuarios/as migrantes ven la necesidad de ser acompañados por alguien de su entorno que hable el idioma y pueda hacer su propia traducción.

No, ahora no. Con los recortes, específico no. Bueno, existen los servicios de... del Servei Català de la Salut, con los que puedes contactar telefónicamente. Pero nuestros, no tenemos. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

[Hablando sobre la disponibilidad de traducción.] Mira, en la teoría, en la teoría sí. En la práctica... no, porque es muy difícil. O sea, ahora, por ejemplo, se acaba de incorporar a Drets Civils, nada, hace muy poquito, un mediador magrebí. Y tenemos una mediadora también africana. Pero es muy... Mira, hemos conseguido que venga cuando hemos hecho alguna [sesión] grupal ¿vale? Pero, como hay una por zona, es muy difícil hacer cuadrar su disponibilidad con las actividades que nosotros tenemos. Entonces, o vienen acompañados... O sea, situaciones en las que vienen acompañados de algún vecino o vecina, que las primeras veces hacen de traductor; el hijo intenta hacer de traductor y la mayoría de las veces vemos que no acaba de funcionar, que ves que no sabes bien bien qué está ocurriendo, o a veces desde la consulta pues llaman al marido para que nos haga de traductor. El problema es que, si están trabajando, él tiene quizás que colgarnos y entonces, a veces, algunas de las recomendaciones que se tienen que hacer pues... se tiene que ir a lo importante. Pero, o sea, de manera efectiva, no. (Entrevista 15, mujer enfermera pediátrica, 52 años)

La mediación (entendida como el recurso en el que una tercera persona interviene en una relación establecida por individuos de diferentes ámbitos culturales, para mejorar el diálogo y la comunicación entre ambas partes) no es tan prioritaria como la traducción, pero su utilidad se valora positivamente. También encontramos testimonios que priorizan la formación de los/las profesionales en temas interculturales, por encima de la necesidad de una figura mediadora, sobre todo si se considera la escasez de este servicio. Por otra parte, en la implementación de estos recursos no se prevé la regulación de tiempos u horarios adicionales, complementarios a las consultas, para desarrollar estas habilidades. Son los propios profesionales quienes organizan sus agendas, en función del tiempo que creen que van a necesitar con cada paciente.

No, no se contempla. A ver, tú en tu consulta, si sabes que con una familia vas a tener más problemas para entenderte y vas a necesitar más tiempo, puedes ponerte, en tu propia agenda, un reservado; es decir, el niño tal y un reservado debajo para saber que tienes un poco más de tiempo, pero no se contempla específicamente. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

En el caso de los servicios de urgencias, la situación es más precaria que en la atención primaria, puesto que resulta más complicado contar con estos medios, ya que, en este tipo de asistencia, los procesos son muy rápidos y no se hace un seguimiento de los/las pacientes.

En una urgencia es muy difícil poder contactar con un mediador cultural, eh... es prácticamente imposible, ¿no? Entonces... Muchas veces nos vemos con esa limitación y tenemos que... Y a través de los intérpretes, lo podemos intentar solucionar un poco. ¿Eso qué requiere? Pues que muchas veces los pacientes, sobre todo las mujeres, tengan que quedarse hospitalizados o en urgencias; para nosotros significa poder intentar solucionar el problema el día siguiente, siempre que sea un día laborable. (Entrevista 7, mujer médica de urgencias, 61 años)

4.1.2. Relación con las familias migrantes

Como se puede ver a lo largo de las entrevistas, el idioma es considerado un pilar fundamental para que el/la profesional pueda entablar una buena comunicación con el/la paciente y afecta direc-



tamente a las relaciones que se establecen con las familias migrantes. En los casos en los que el aprendizaje del idioma local y la adaptación al sistema médico es rápido y sin complicaciones, los/las profesionales suelen valorarlo bien, dado que pueden crear relaciones de mayor confianza con las personas migrantes que se han adaptado con mayor facilidad.

La barrera idiomática, porque hay veces que nos expresamos nosotros de una forma que ellos no entienden. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

Tal vez la barrera idiomática o el desconocimiento del idioma. No podemos entablar conversaciones a veces más profundas, ¿no? Y eso, pues, ¡claro!, limita, limita mucho a la hora de... de poder establecer una relación más, más estrecha. (Entrevista 15, mujer enfermera pediátrica, 52 años)

Al atender a numerosos colectivos migrantes, los/las informantes comentan cuáles son los principales perfiles que acuden a sus centros. De esta manera, se pueden comprobar las diferencias en la afluencia de unos grupos u otros, según la localización. El conocimiento sobre la diversidad y la percepción que tienen de ellos permiten identificar posibles prejuicios que se atribuyen según una procedencia u otra y las preconcepciones que se hacen sobre la religión y la cultura.

También la [barrera] cultural porque, para ellos, lo que hacen es una religión, es normal. Hay muchas mujeres que ni te dicen que están mutiladas y lo ven supernormal, ¿sabes? Entonces no te entienden, es una barrera cultural e idiomática, las dos, es difícil la verdad. [...] [Las mujeres subsaharianas] suelen encontrar [dificultades] en los tratamientos por los motivos que te he dicho antes. La barrera idiomática, depender del marido, depender para todo del marido, tener también muchos niños a su cargo y es complicado. Ellas mismas no son... por no dar, no dan ni importancia a lo que... a su salud. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

En el fragmento anterior vemos los principales prejuicios que se despliegan en torno a las mujeres migrantes, quienes se presentan como subyugadas al marido y con muchos hijos, ya que no recurren a los servicios de planificación familiar. A pesar de la buena intención y la preocupación que hay detrás de las palabras de la matrona, la generalización de su percepción hacia todo el colectivo de mujeres subsaharianas es una expresión más de racismo. Aunque el personal de salud esté sensibilizado y su voluntad trate de no ser perjudicial, las actitudes paternalistas también son nocivas y representan el racismo subyacente en las relaciones entre el/la profesional y el/la usuario/a.

[Hablando de las mujeres subsaharianas.] Ellas son muy agradecidas porque vienen de unos países muy empobrecidos donde no hay un sistema médico como el nuestro, pero es cierto que a veces también se muestran un poco miedosas, ¿no? Un poco... ¿cómo diría?... desconfiadas, a veces, del sistema, ¿no? De que... Pues eso, de sentirse juzgadas, penalizadas y, a veces, vienen un poco tensas. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

La existencia de prejuicios sobre la población subsahariana se suma a los que, en general, rodean a los colectivos migrantes, dado que se considera que la responsabilidad de adaptarse es de las personas usuarias y no del sistema que invisibiliza la diversidad existente y la necesidad de desarrollar enfoques respetuosamente incluyentes.

Claro, tú escuchas a los compañeros de atrás... «¡es que vaya morro!, ¡es que vaya!»... cómo dicen... ¡ay!, cómo lo dicen... «se tienen que integrar, no se integran», etc. Todos estos comentarios que yo, ¡claro!, a mí me da un poco de risa y de pena. (Entrevista 14, mujer matrona 41 años)

Esta situación, sumada a la carencia de formación en competencias interculturales, provoca que se den casos de discriminación por parte del personal de salud, que, en ocasiones, son escudados bajo el pretexto de que son «sin querer», pero también son reprochados por compañeros dentro de



su entorno. No se trata de un problema individual que recaiga únicamente en el personal sanitario, sino que se trata de una discriminación estructural que se cimienta sobre un sistema médico que invisibiliza la diversidad cultural y no está adaptado para atenderla.

Aquí, la población migrante, en lo que se refiere a programas de salud, no existe. Es decir, tenemos una sanidad blanca para personas blancas. Entonces no tenemos traductores ni en primaria ni en especialidad, ni siquiera en hospitalaria. Es decir, no hay traducciones, con lo cual las personas son tratadas como ignorantes porque no te entienden y tú piensas que esa persona es ignorante, cuando lo que pasa es que tú no sabes valorar la necesidad de cambiar esa comunicación. Incluso, a veces, solo con que sea en su idioma. Y luego las necesidades de las personas... Muchas veces, en este país, se da por supuesto que cuando a ti te ingresan en el hospital tu madre te cuida los hijos. Y eso lo damos por hecho, aunque tú no tengas madre. Ya pasa a cualquier mujer de aquí. ¡Imaginate a personas que vienen sin nadie! Cuando tienen cualquier problema de salud, cuando tienen cualquier dificultad o, incluso, cuando se les impone una manera de crianza, por ejemplo, de parto, de... Es decir, desde que llegas, desde «buenos días», todo en la sanidad es nuevo para ti. Y no hay ningún proceso de adaptación, no hay ningún acompañamiento. (Entrevista 11, mujer trabajadora social, 54 años)

Con otros profesionales es imposible porque no dominan los términos, porque no tienen conceptos cultur... ¿no?, de la interculturalidad, y entonces, bueno, nos ceñimos a lo biomédico, a hacer la visita, detectar lo que es patológico y lo que no y aquí se acaba la visita, ¡claro! (Entrevista 14, mujer matrona 41 años)

4.1.3. Tratamientos alternativos

Las malas experiencias, la desconfianza, las prácticas discriminatorias o las dificultades de acceso a los servicios de salud pueden provocar que los migrantes prefieran optar por otros tratamientos alternativos para evitar acudir al médico/a. Este tipo de preferencias ponen a prueba las preconcepciones que los/las profesionales de atención primaria tienen sobre las distintas nociones de salud, las costumbres y prioridades de sus pacientes.

Yo espero que no vayan a curanderos. Espero que no, pero no me lo han comentado, no. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

A pesar de que en este caso la actitud fuese de rechazo ante la posibilidad de que los/las pacientes recurran a alternativas terapéuticas, también se ha observado que algunos/as profesionales están al corriente de estas otras preferencias que forman parte del bagaje cultural de los/las pacientes migrantes. Al contrario del ejemplo anterior, las personas entrevistadas no se muestran alarmadas ante el hecho de que se compagine la biomedicina con el conocimiento tradicional cultural de las comunidades migrantes.

Yo creo que no [recurren a otros servicios terapéuticos]. Por lo menos no formales, lo cual no quiere decir que no recurran a sus conocimientos tradicionales de un modo, pues, mira... lo comento con mi vecina, que es de mi misma comunidad y a ver qué infusión le damos para el dolor de tripa al niño, ¿no? Pero como cosas organizadas, no... (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

Sí que es cierto que, aunque nosotras hagamos nuestras recomendaciones biomédicas, yo sé que ellas tienen sus costumbres, pero igual las magrebíes que las subsaharianas que las rumanas. Cada una, la transmisión de conocimientos, sobre todo a nivel del embarazo o de los cuidados sexuales, se transmite vía familiar, sobre todo, ¿no? Generacional, de mujer a mujer. Esto, al menos, yo lo suelo ver. Conclusiones de mi investigación, y entonces sí que tienen sus cosmologías y sí que hacen ellas sus cosas. No conozco chama-



nes ni conozco mujeres sabias que vivan aquí, o sea no conozco a una mujer de referencia que tengan, que no quiere decir que no la haya, pero yo no la conozco. Sí que es verdad que ellas se mueven en base a la mujer que tiene más hijos, a la que tiene más experiencia, la que lleva más años aquí; esa va a ser su pilar de referencia. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

4.1.4. Atención a la mutilación genital femenina

En cuanto a la MGF, los prejuicios y la discriminación vienen derivados del mismo problema estructural. La culpabilización que se hace de las mujeres procedentes de países donde se hace la práctica es efecto de la carencia de formación y conocimiento sobre el tema. La generalización de la práctica también es parte de los sesgos más extendidos que se encuentran en relación con la MGF.

Hay mucha penalización y hay mucha estigmatización porque no entienden, o sea el desconocimiento de la cultura de los otros es lo que provoca esta ignorancia de los demás. Es lo que provoca culpar a la mujer, cuando realmente es el sistema. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

[Sobre la existencia de prejuicios] es probable, sí. Sí. Un poco como que todas las mujeres están mutiladas. Todas las mamás van a querer mutilar a sus hijas... Cuando mi experiencia personal es que la mayoría de madres no quieren mutilar a sus hijas. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

Se tiende a evitar el tema debido a la incomprensión y al intercambio de información unidireccional, lo que termina por favorecer su estigmatización. El hecho de que sea una práctica que se suele relacionar con la religión y la cultura también influye en que no se considere un problema de salud, a pesar de que la práctica puede generar numerosas complicaciones médicas a lo largo de la vida de la mujer.

[A] veces, por ejemplo, decían: «no es un tema de salud». No es cierto porque esta mujer quizás tendrá problemas que se pueden abordar. Si los relaciona con la mutilación, pues, quizá toma una decisión después respecto a sus hijas, ¿no? (Entrevista 6, mujer técnica de salud pública, 39 años)

En el caso de la atención a la MGF que se lleva a cabo en España, los problemas con su detección son el primer obstáculo que se encuentran los/las profesionales de la salud a la hora de trabajar con mujeres y niñas sobre la práctica realizada. En muchos casos, no se sabe detectar o si se detecta puede que incluso no se registre en la historia clínica, por dudas legales sobre este asunto.¹ De este modo se empieza a invisibilizar a aquellas mujeres que han sufrido una MGF y se las priva de una atención adecuada adaptada a sus necesidades, que, además, puede conllevar a no prever las posibles dificultades que se pueden producir en procesos de embarazo o parto, entre otros.

Yo llegué y le llevé todo el embarazo, pero en ningún momento... O sea, no estaba en la historia clínica [...]. Cuando llegó el informe de parto, ya allí la matrona puso que estaba mutilada. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

Fuera del sistema médico, la detección de casos se hace más difícil todavía, ya que muchos de los servicios destinados a población migrante se ven sobrecargados de personas usuarias y les faltan recursos humanos para poder conocer la realidad de cada una que acude a su centro.

1 En la tesis desarrollada por Mangas (2017), se puede ver más detalladamente cómo la presión ejercida por los Mossos d'Esquadra en Cataluña por controlar los casos de riesgo de MGF afecta a los/las profesionales de salud, que quieren preservar el anonimato de sus pacientes y evitar que se inicien procesos judiciales, sobre todo en los casos de MGF practicada a menores reagrupadas.



[Programa de protección internacional en entidad especializada en migración y asilo.] El problema, muchas veces, es que no se detecta. Incluso en programas de atención integral, tampoco se detecta. Porque nosotros sí que vimos que tenemos ahora mismo 13 plazas de mujeres, pero hay entidades que tienen 200 y 300 plazas. Entonces, como no te voy a poder atender realmente en tus necesidades, ni a 300 mujeres ni a 200 personas, no te pregunto. No sé, no vamos a pararnos ahí porque no tenemos tiempo. Entonces, eso es algo que se invisibiliza de esa manera. (Entrevista 11, mujer trabajadora social, 54 años)

Esta ausencia u omisión de las detecciones es debida, por un lado, a la falta de conocimiento que presenta en muchas ocasiones el personal de salud sobre el tema. El desconocimiento de la MGF es el principal impedimento de que no se lleve a cabo una atención adecuada a las mujeres que la han sufrido y las niñas que están en riesgo. Como se aprecia en uno de los testimonios anteriores, en muchos casos se detecta en el momento del embarazo o del parto, lo cual impide que pueda haber una preparación previa que se adapte a las posibles complicaciones, consecuencia de la práctica.

A fondo no lo conocía. Sabía de la existencia. Había leído algo, pero no... No la conocía. (Entrevista 7, mujer médica de urgencias, 61 años)

Por otro lado, se encuentra la dificultad del abordaje en consulta, puesto que se trata de un asunto considerado tabú y resulta complicado o incluso incómodo de tratar. En varias entrevistas encontramos que existe una reticencia a tratar este tema por ser complejo y estar rodeado de prejuicios.

Un tema de sexualidad les cuesta mucho a los profesionales. Les cuesta mucho hablar de temas de sexualidad, entonces... se juntaba una cosa con la otra. Entre que es un tema de sexualidad y les cuesta mucho abrir el tema y que desconocían y que tenían miedo... (Entrevista 6, mujer técnica de salud pública, 39 años)

Mira, te voy a ser sincera. Yo, en general, lo que creo es que la mayoría de la gente lo que quiere es trabajar cuanto menos, mejor. Entonces, las cosas que te dan trabajo, pues no te apetecen. Y encima cuando son un poco... como un poco lío, dices ¡ay! Esto te suena como raro... como que no te... como que no es de tu... como que no es de tu hábitus... o sea, de tu práctica habitual. Entonces, de entrada, tú como que te escaqueas, o sea, yo es que eso lo veo clarísimo. (Entrevista 17, mujer ginecóloga, 48 años)

El hecho de evitar abordar la MGF es incluso más evidente cuando se trata de profesionales hombres, que se encuentran más incómodos al hablar sobre ello y les supone una situación violenta tratarlo con las pacientes. Esta percepción también se advierte en las formaciones que organiza la Fundación Wassu-UAB, donde la mayoría de las personas que participan son siempre mujeres. Esta situación agrava la percepción de tabú que rodea a la práctica y frena el diálogo abierto.

El compañero que lleva más tiempo, un poco, me los delega. Cuando los detecta y eso... se siente un poco incómodo, es hombre. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

Yo creo que es un tema en el que mucha gente no quiere entrar. Quiero decir, imagínate que yo... Viene una señora con tres niñas de Mali, por ejemplo, y le digo: «Vamos a hacer una valoración de cómo están las nenas y te voy a explicar que no puedes hacer esto, no puedes hacer esto, no puedes hacer esto. Que si te vas a tu país y las niñas vienen mutiladas vas a ir a la cárcel...». Bueno, le cuento todas las amenazas, pero, desde luego, no la derivo a ningún sitio para recibir formación e información y, además, tengo que hacer un seguimiento de esos casos, con todos los informes que eso supone. Entonces, ¿sabes qué te digo? «¡Uy, la nena no tose nada!». Y tan a gusto. Entonces, ¿realmente se hace seguimiento? Yo pienso que no, que sinceramente no. (Entrevista 11, mujer trabajadora social, 54 años)



El desconocimiento y las dificultades del abordaje son derivados de la falta de formación en materia de MGF y también del déficit de prevención, ya que es una tarea que requiere tiempo para tratarla y, en muchas ocasiones, se evita o se trabaja precipitadamente como, por ejemplo, en el caso de un viaje inminente al país de origen. Esta carencia de un abordaje en profundidad provoca que las familias no puedan contar con la información necesaria. Además, la falta de confianza o el hecho de no haber tratado el tema con anterioridad, puede causar rechazo hacia el/la profesional o el servicio de salud ante la falta de sensibilidad, si el abordaje es brusco. Por eso mismo, es necesaria la formación sobre MGF, puesto que supone una herramienta muy importante para los/las profesionales de atención primaria, debido a que facilita la comprensión y la comunicación con las familias.

Lo abordamos cuando ya llevamos un tiempo de relación o cuando... aprovechando una revisión o así, pues ya... O de cara al verano: «¿Vas a viajar a tu país?», pero cuando ya hay una relación previa. Claro, los casos que se abordan de buenas a primeras son la niña que te encuentras mutilada en la primera revisión. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

La prevención de la práctica desde pediatría no se inicia hasta que hay una relación de confianza con la familia, para evitar el rechazo a hablar de MGF y poder hacerlo de forma más suave. La profesional entrevistada puntualiza que solo se aborda sin relación previa en los casos que la niña ya está mutilada y el/la profesional de la salud lo detecta en la primera visita con ella. Esos casos pueden ser difíciles de gestionar porque normalmente las madres llevan poco tiempo en el país y puede ser que no hablen bien el idioma. La barrera idiomática se suma en estas ocasiones a la barrera cultural, más presente en las familias recién llegadas que puede que no conozcan el funcionamiento del sistema con detalle.

El tema de la mutilación, si no hay un vínculo, si no hay una relación muy... no voy a decir especial, una relación más íntima, es difícil de abordarlo. [...] Pero si no tienes una relación con esta señora y la vas a ver solo un día, pues, es difícil, no te va a explicar mucho. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

Por lo general, en las respuestas que se han recogido, en la experiencia de casos de MGF suele haber consenso sobre la desconfianza de los hombres. Hay una inclinación a preferir que las mujeres acudan solas a consulta, porque la profesional se siente más cómoda y eso facilita la comunicación. La relación con los hombres parece ser más complicada, y se mencionan las dificultades para que firmen el documento de compromiso preventivo o incluso se niegan a hacerlo. Este hecho refuerza la idea de que la MGF forma parte del mundo de las mujeres y también es tabú para los hombres.

[Sobre la facilidad para hablar de MGF.] Es de mujer a mujer y ellas se abren más que si está el marido. Si está el marido, siempre que le preguntas a ellas... y es que ni te contestan. Miran al marido porque te contesta él, de todo. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

[Sobre el documento de compromiso preventivo.] Porque ellas entienden todo esto. A veces el hombre es más reacio. El marido es el reacio, es el que desconfía, no sabe bien lo que está firmando. Le da más miedo lo que es el documento, firmar el documento. También te dicen que a veces no depende de ellos. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

La falta de formación es un tema que preocupa en especial a los/las profesionales de la salud que están involucrados en la causa. Demandan que sean formaciones periódicas y que se institucionalicen, puesto que ven que es la única manera de acabar con el desconocimiento existente sobre la MGF, y así hacer hincapié en la importancia y la necesidad de hacer prevención con las familias. También se detecta cierto descontento con la procedencia de algunas de las formaciones que sí reciben



en sus centros de salud. Concretamente, las procedentes de los Mossos d'Esquadra, debido a que se cuestiona su enfoque punitivo y que no procede del ámbito social o de salud.²

Participó personal de los servicios sanitarios, pero siempre nos pasa lo mismo. Es decir... Y de los servicios sociales y de todos los servicios, ¿vale? Todo estupendo. Pero siempre vienen las personas trabajadoras de base que están con el problema y que tienen interés real, ¿no? Pero ellos no cortan el bacalao, ellos no cambian las políticas públicas. Entonces, a nosotras nos hace falta que vengan esas personas, por supuesto, pero también sus jefes, los que deciden, porque si no se sensibilizan ellos, no cambiamos nada. Entonces tenemos siempre el mismo problema. ¿Quién viene a las jornadas? Nunca vienen mandos intermedios, nunca vienen técnicos de consejerías. Vienen los que curran. Y nosotras agradecemos mucho el interés y el sobreesfuerzo que significa hacer esas jornadas, pero la verdad es que no cambiamos gran cosa, no nos engañemos. (Entrevista 11, mujer trabajadora social, 54 años)

No hay una cosa que venga así, por lo menos de salud, que venga así muy institucionalizada. [...] Yo pienso que allí hemos fallado, porque al final quien acaba haciendo estas formaciones, ya lo sabemos, son Mossos d'Esquadra y, ¡claro!, es una formación que no tiene la orientación... Más allá de que científicamente pueda ser más o menos correcta, que tampoco tiene por qué ser incorrecta, pero el enfoque, evidentemente, no es el adecuado. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

El uso de los protocolos

A pesar de la existencia de protocolos de prevención y abordaje ante casos de MGF o de riesgo, se aplican de manera diferente en cada centro sanitario y cada comunidad autónoma se encuentra en una fase distinta de su implementación.

El protocolo lo vamos a aplicar ahora. Lo hemos estado elaborando y ahora es cuando lo queremos poner en marcha. [...] Llevamos ya desde el año pasado haciendo sesiones clínicas en los distritos, acompañados por Médicos del Mundo, para poder... por lo menos poner en conocimiento de los profesionales la existencia de este problema de salud. (Entrevista 7, mujer médica de urgencias, 61 años)

[En cuanto a medidas de actuación para las mujeres que ya están mutiladas.] Protocolo formal ya te digo yo que no hay. Medidas de actuación, a ver, yo creo que el médico de cabecera, lo que te digo, ni se entera; se entera la comadrona o los ginecólogos y, en este caso, pues, ya depende de la sensibilización y la formación de cada uno. Por suerte, nuestra comadrona sí que está sensibilizada y formada en este tema, pero no necesariamente todas las mujeres van a tener esa suerte. (Entrevista 4, mujer pediatra, 54 años)

En el proceso de prevención, todo el personal sanitario entrevistado ha destacado como herramienta eficiente el uso del documento de compromiso preventivo. Suele emplearse con familias con las que ya se ha trabajado y se encuentran previas a un viaje al país de origen, por lo que este documento no es eficaz si se utiliza como único recurso o punitivamente. Aun así, se han podido observar distintas opiniones sobre su uso o la forma de introducirlo en consulta.

[Sobre el documento de compromiso preventivo.] Pero que se limita a «usted se compromete a no hacer la mutilación» y como mañana no vuelvo, ¿sabes lo que te digo? Es como muy conservacionista. (Entrevista 12, mujer matrona, 31 años)

2 En la tesis desarrollada por Mangas (2017), se analiza el funcionamiento de las mesas de prevención de la MGF en Cataluña, donde en teoría se incluyen funciones de sensibilización, información y formación tanto a profesionales como a población migrante. Durante la investigación no se ha identificado que se estén promocionando estas actividades y la presencia de los Mossos d'Esquadra se centra en un trabajo reactivo más que preventivo, focalizado en el control de viajes de las menores que viajan a África con sus familias.



Nosotros hacemos un uso que no es el que está descrito en el protocolo [...]. Nosotros lo hacemos en la primera visita, porque son madres que normalmente tienen otros hijos y ya tenemos un contacto previo, ¿vale? Entonces nosotros lo escaneamos y yo les digo que forma parte de la historia clínica de esa niña. De hecho, forma parte, y yo les doy una copia evidentemente a ellos y pueden venir cuando quieran, si viajan, a actualizarlo. O sea, que no lo hacemos en el momento del viaje. Nosotros, para poder hablar del tema, lo hacemos antes. (Entrevista 15, mujer enfermera pediátrica, 52 años)

En este último fragmento, el uso del documento de compromiso preventivo forma parte de una iniciativa particular con la intención de presentarlo de forma más sencilla y así adaptar todo el proceso de prevención. A pesar de haber comprobado la carencia de recursos que favorecen la atención a la diversidad cultural, los/las profesionales desarrollan diferentes estrategias para abordar la MGF de manera más personal, ya sean fruto de ideas individuales o por decisión de su centro de trabajo, y que van más allá de lo meramente establecido en el protocolo. La reflexión sobre el uso de los protocolos y las formas de actuar de cada centro termina por generar ideas sobre su mejora y promueve un distinto enfoque de actuación.

Hacemos una visita normalmente con la madre, que lo hemos trabajado durante el embarazo. Después pediatría yo sé, esto luego lo firman con pediatría, que primero abordan a la madre y más tarde lo hacen con el padre, o sea los dos juntos, con el padre. Y se hace así, o sea no se hace de golpe ni se hace aquí te pilló aquí te mato rápido, sino que hay un trabajo previo, porque si no sí que puede haber rechazo por parte del hombre. (Entrevista 14, mujer matrona, 41 años)

Y ahora ya les digo: «mira vamos a hablar de algo que es un poco incómodo, pero tengo que hacerte esta pregunta», y ya les adelanto. Y esto me ayuda a mí, y les ayuda un poco a ellas para contextualizarlo. Ya no lo pregunto nunca si hay un niño en la consulta, ¿vale? Un niño que pueda entender, porque ya me he dado cuenta de las caras que ponen las madres, porque eso pertenece a una esfera muy privada y entonces ya lo intento, pues, a lo mejor, el día que vienen solas. O sea, eso lo he ido como aprendiendo, bueno y cosas que hemos ido modificando y, seguramente, la manera de abordarlo habría cosas a modificar. (Entrevista 15, mujer enfermera pediátrica, 52 años)

4.2. Resultados de las entrevistas a migrantes

4.2.1. Acceso a los servicios de salud

Aunque la sanidad en España es pública y universal, el acceso inicial a los servicios de salud de que disponen las personas recién llegadas no es fácil. La principal barrera detectada es la idiomática y, en segundo lugar, la burocrática. El hecho de no hablar español aparece como la mayor dificultad para poder establecer una comunicación adecuada con el personal sanitario, y este problema recae sobre la persona usuaria y no en el sistema de atención sanitaria. Esta barrera preocupa tanto a migrantes como a profesionales que ven cómo el sistema no es capaz de ofrecer un servicio que ayude a mejorar la comunicación y, finalmente, deben usar recursos informales. Aunque existen servicios de traducción, estos son deficientes, dado que las lenguas que hablan la mayoría de las mujeres del África subsahariana son consideradas minoritarias.

Pues era... Fue muy complicado, al principio, porque yo no hablaba nada el idioma, entonces pues... fue como un poco a la fuerza, tuve que aprender a la fuerza para poder comunicarme con los demás. (Entrevista 13, mujer fula de Guinea-Bissau, 28 años)



El miedo a acudir a los servicios sanitarios, porque «no tengo papeles, ¿qué es lo que va a pasar?». O sea, ¿qué va a pasar? Y luego recuerdo que antes de conseguir los papeles [...] hemos llegado incluso a compartir una tarjeta sanitaria entre todos, para poder acudir a los servicios sanitarios. Porque en ese momento era lo único que había. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

[Conozco] el caso de una chica que durante el fin de semana su hijo se cayó en el parque y se partió el labio y fueron a urgencias. No sé si al ambulatorio o al hospital, pero bueno, que no le quisieron atender. Y no le atendieron, de hecho. Lo tuvo que denunciar. [...] Ha habido casos puntuales, pero luego también están los que tienen solicitud de asilo, como era el caso de ella. Allí está el tema de la tarjeta, y por racismo no quisieron atender al niño. [...] Es una chica que es solicitante de asilo que tiene un niño y no quisieron atender a su hijo. (Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

Nueve de las personas entrevistadas explican que nunca han recibido servicios de mediación o traducción por parte de profesionales y, por esta razón, han tenido que buscar otras formas para poder acceder a los servicios de salud cuando lo necesitaban. Una de ellas tuvo que acudir acompañada por familiares o amigos. En la mayoría de los casos, es el marido quien acompaña a las mujeres, ya que normalmente lleva más tiempo viviendo en el país y ha aprendido mejor el idioma; pero también hay casos en los que la traducción la realizan los hijos pequeños o las vecinas. Las redes de apoyo construidas en el espacio transnacional son una ayuda muy importante para la acogida de las personas recién llegadas al país de destino y algunos/as profesionales detectan que, cuando ya hay una comunidad asentada en la ciudad, el acceso para la nueva ciudadanía se hace mucho más fácil, ya que son guiadas por quienes llevan más tiempo. Aun así, el sistema no puede basarse en la existencia de estos grupos de apoyo informales, ya que hay situaciones muy difíciles, en las cuales las personas llegan totalmente solas, como explica esta mujer:

Yo iba sola cuando llegué. No tenía amigas. (Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

El aprendizaje del idioma es una de las estrategias de enculturación que se percibe como la más necesaria para poder mejorar la relación con los/las profesionales de salud. Una vez más, la responsabilidad queda en manos de las personas migrantes y recién llegadas, que se ven forzadas a adaptarse para acceder adecuadamente a los servicios.

Sabes que, cuando uno habla bien el idioma, ese es un punto que te favorece mucho. Si ellos saben que tú entiendes perfectamente lo que quieren decir o lo que están hablando, ese trato que te quieren dar de ignorante ya no se atreven a hacerlo. A mí, aprender el idioma bien, eso me ayudó mucho [...]. (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

La distancia respecto al centro de salud, el horario de las citas y el transporte aparecen como problemas de acceso minoritarios, ya que la mayoría de las personas entrevistadas explican que no les generan muchos inconvenientes. Contrariamente a lo que podría pensarse, una mujer entrevistada admite que prefiere asistir a un centro de salud más lejano de su residencia si sabe que la van a atender correctamente y que no sufrirá tratos discriminatorios.

4.2.2. Relación con el personal de atención primaria

La relación con el personal de atención primaria descrita por las personas entrevistadas es variada y la mayoría explica que se han encontrado con profesionales que mostraban una gran calidad humana y que les ofrecían una atención holística, aunque sus necesidades fueran más allá del ámbito concreto de trabajo.



Por aquel entonces yo tenía una situación difícil en casa. Estaba muy triste porque vivía en una urbanización en la que no había ningún paisano mío y solo había turistas. Y, bueno, mi marido trabajaba mucho, no teníamos una conexión muy amorosa que digamos y yo tenía unos 18 años. Era jovencita, me sentía sola, triste... Aunque no podía hablar, ella [la profesional de la salud] lo intentaba, ¿no? Cuando yo iba siempre me decía: «¿Qué pasa?». Como yo hablo inglés, ella me preguntaba en inglés. Pero yo no me atrevía a hablar. De verdad, me ayudó muchísimo porque me dijo que si yo quisiera podrían enviar alguien a casa, para que me acompañara, para que viera el entorno en el que yo vivía. Después yo... para que estuviera mucho mejor, ella me dijo que había cursos de catalán, de español. Si quería estudiar para entenderlo todo mejor y yo me animé. (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Mi primer médico, que es una enfermera, es muy buena. Me ayudó bastante, sobre todo con el tema de la violencia de género hace unos años, dos años atrás, y me ayudó bastante, bastante. Sí, confío mucho en ella y todo esto con los niños y todo. (Entrevista 2, mujer fula de Guinea, 44 años)

Estas dos mujeres cuentan cómo los/las profesionales de atención primaria les ayudaron a mejorar su situación personal, ya que les dieron un apoyo que no podían encontrar en otros lugares debido a que no habían tenido la posibilidad de crear redes de apoyo en España. La derivación a otros servicios que pueden serles útiles forma parte de esta atención holística basada en las personas. Con enfermedades graves o de larga duración en el núcleo familiar, por ejemplo, en caso de que el marido esté enfermo, los/las profesionales sanitarios/as también toman especial importancia en la vida de los familiares recién llegados, ya que son sus contactos más cotidianos.

La atención holística centrada en la persona permite encontrar formas de relacionarse que superen la jerarquía existente entre la figura de médico y la de paciente, permitiendo crear canales de comunicación en confianza a través de los cuales se pueden abordar temas sensibles, por ejemplo la MGF.

Para decirlo de alguna forma, con ellos ahora me siento como en casa. [...] Me siento como en casa, con los profesionales ya no tengo ninguna queja. (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Este tipo de relación mejora significativamente los servicios de atención primaria por parte de las personas migrantes, ya que se sienten en un espacio seguro y tienen la tranquilidad de poder expresar las dudas, puesto que saben que se les va a escuchar. Así lo cuenta el siguiente entrevistado:

[Mi enfermera] la verdad es que sí la conozco y tengo mucha relación, y esto pues también tiene un punto a favor, ¿no? Poder conocer a la profesional que te atiende y que te explique siempre los procesos, los procedimientos que te vaya a realizar, y cualquier duda que tengas, o sea que te ayude a solucionar las dudas que puedas tener respecto a tu estado de salud. [...] Y luego, claro, también es verdad que la atención recibida por parte de los profesionales de la salud también depende del tipo de persona que tienes enfrente. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

Establecer una buena relación y recibir un buen trato de los servicios de salud, o tener asignado un/a profesional que dé importancia a la parte humana de la relación entre médico/a y usuario/a e intente superar las barreras sistémicas por interés propio, acaba siendo una cuestión de suerte.³

3 Como se puede ver con más detalle en el apartado 4.1, dedicado a los resultados de las entrevistas con profesionales, la formación intercultural no es obligatoria ni, en la mayoría de los casos, está garantizada por el sistema médico. Cada profesional busca formación adicional por interés propio para poder mejorar su trabajo.



4.2.3. Prejuicios y discriminación

Las personas migrantes no tienen mucha constancia de los prejuicios que pueden tener los/las profesionales de la salud hacia el colectivo, aunque admiten que es posible que las vean como personas ignorantes, ya que alguna vez han sentido que se les trataba de esta forma. También reconocen que es posible que a las mujeres subsaharianas se las considere más sumisas y que no salen de casa, y que los/las profesionales se dejen llevar por estas preconcepciones, sin hacer el esfuerzo de preguntar cuál es cada situación personal.

Con los testimonios recogidos a través de las entrevistas no podemos afirmar que existan situaciones de discriminación positiva en la atención en salud, al menos no constan que estén organizadas de forma estructural por las instituciones ni que sean percibidas por las personas migrantes. Una de las mujeres entrevistadas opina que hay que dedicar más tiempo en la atención de aquellas personas con las cuales hay algún tipo de barrera (ya sea cultural, idiomática, etc.) con el objetivo de poder superar estas dificultades.

Por otro lado, uno de los migrantes percibe cierta discriminación positiva en relación con las mujeres migrantes, que él relaciona con los prejuicios que se tienen hacia ese colectivo.

No es que tengan más dificultades [las mujeres migrantes]. Quizás pasa al contrario, y lo que he observado... al contrario. No, no quiero ser malo... y es que siempre hay como esta... esta atención, este... mucha atención, entre comillas, privilegiada para las mujeres. (Entrevista 5, hombre mahi de Benín, mediador cultural, 42 años)

La barrera cultural se hace presente de forma sutil en la relación entre médico/a y usuario/a cuando no comparten el mismo espacio de socialización. Como explica una mujer de Guinea-Bissau, la cosmovisión cultural hace que la construcción de los sistemas de salud-enfermedad-atención sean diferentes y que, consecuentemente, valoremos los problemas de forma distinta.

Una de las sensaciones que eso provoca en las personas migrantes o familias extranjeras usuarias de los servicios de salud es que los/las profesionales se dejan llevar por sus prejuicios interiorizados y no se esfuerzan por deconstruirlos con el fin de empatizar con ellas y entenderles desde su punto de vista, desde su experiencia personal, condicionada por el bagaje cultural de cada uno.

Tienen esos prejuicios en su cabeza y tampoco hacen el esfuerzo de preguntar o de esperar a ver si habla catalán. Si no, te ven y ya directamente, pues, te hablan en castellano. Un castellano así, que se nota que son catalanas y el castellano, pues, se nota que es un castellano un poco forzado. Y es como... espérate a que hayamos interactuado previamente antes de actuar directamente y de tratarme como si yo no entendiera nada, como si yo fuera aquí una persona inferior, que acabo de llegar aquí y no sepa nada de nada. (Entrevista 16, mujer fula de padres gambianos, 24 años)

En este sentido, una de las situaciones que generan más incomodidad a las personas usuarias es cuando no se sienten atendidas ni escuchadas. Los tiempos de visita cortos y la sobrecarga de trabajo de los/las profesionales pueden ser uno de los motivos que hace que se escuche menos al/la paciente y que la visita se centre en identificar los signos clínicos, que, según los principios de la biomedicina, van a ofrecer una información más objetiva y clínicamente fiable.

Que la médica no la escuche o no... No le atiende cuando esta persona intenta explicar su problema o lo que le está pasando. (Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

Las situaciones de discriminación no se limitan a momentos de incompreensión e incomodidad, sino que también se han recogido experiencias donde las personas se han sentido menospreciadas y ninguneadas, llegando a casos de maltrato por parte de profesionales de la atención primaria, tal y como lo explican las siguientes personas entrevistadas.



A veces te quieren tratar como si no fueras nada, como si fueras ignorante. (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Yo una vez acompañé a mi hermana que no se encontraba bien. Fui yo, mi madre y mi hermana y, entonces, yo lo que noté es que la enfermera nos trataba como si fuéramos tontas, perdona por la expresión, pero muchas veces los prejuicios pues están aún muy arraigados. Entonces han visto que venía una familia negra y la profesional, con sus prejuicios, nos ha tratado como si fuéramos tontas o inferiores. Incluso la forma de dirigirse, la forma de hablar, la forma de tratarnos. (Entrevista 16, mujer fula de padres gambianos, 24 años)

En esos dos casos observamos claramente cómo los prejuicios de los/las profesionales de atención primaria derivan en actos discriminatorios por cuestiones raciales, tal y como explica el segundo testimonio cuando dice: «han visto que venía una familia negra». Los casos se agravan cuando los prejuicios legitiman el maltrato de las personas usuarias, como la siguiente experiencia donde una mujer sufrió gordofobia por parte de la doctora que la estaba atendiendo.

Hace mucho tiempo atrás, también otra doctora me maltrató de esa forma. Me estaba pesando en la báscula, ¿no? En vez de decirme educadamente que bajara kilos por motivos médicos, me dijo que yo estaba como una elefanta, ¿no? En aquel momento yo no hablaba bien el idioma. Aquel día sentí como si me tuviera que suicidar. Porque en aquel momento me sentía tan mal conmigo misma, con la persona que yo estaba, que era mi esposa, que también me hacía sentir la peor, la mujer más fea y desgraciada del mundo, y me fui al médico y mi doctora me dijo eso. Bueno no era mi doctora de cabecera ella, simplemente era una emergencia que yo me fui a atender. Me puse a llorar, me puse deprimida, sentí... ¿cómo te digo? Como si no fuera nada de nadie, ¿sabes? (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Estas situaciones son más difíciles si consideramos la posición de vulnerabilidad en la cual se encuentran las personas usuarias del servicio, que sienten miedo por su salud y por el desconocimiento del sistema, sobre todo cuando no se les da toda la información que necesitan para solucionar sus dudas o ante nuevos tratamientos. Un ámbito en el cual esta posición es todavía más delicada son los servicios de ginecología, a los cuales se le suma la concepción de ser un tema íntimo y privado. Una de las entrevistadas explica este caso que le ocurrió en urgencias, cuando acudió porque sufría una hemorragia severa.

Una de las veces, que fue hace tiempo, tenía como hemorragia. Fui a urgencias [...] porque era tarde y allí me empezaron a explorar y a preguntarme si estaba embarazada. Yo decía que no y me hicieron la prueba. Finalmente, claro que no estaba embarazada, o sea, no era aborto, pero estaba sangrando muchísimo. Y una de las personas que estaba allí en el hospital esa noche, no sé si era ginecólogo... No sé lo que era, la verdad, no te podría decir. Son la gente que estaba de guardia. Me dijo: «Bueno, yo creo que debes ir pensando en quitarte el útero, no sirve para nada». Y yo no entendí por qué me decía eso. Y no me dijeron por qué tenía esto [la hemorragia], por qué era provocado. (Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

4.2.4. Tratamientos alternativos

No es sorprendente que frente a las distintas barreras que se encuentran, el descontento con la atención recibida y las situaciones de discriminación a las que se exponen, las personas migrantes prefieran recurrir a tratamientos alternativos en algún momento de su vida; la mayoría buscan solucionar problemas que persisten después de la visita con el médico o la médica.

Prefieren quedarse en casa o, pues bueno, con algunos remedios, o acudir a cogerte alguna medicación en la farmacia para no volver a vivir esa experiencia. [...] Hubo momentos en que había gente que prefería que-



darse en casa o buscar otras alternativas que acudir a los servicios de emergencia o a un centro de salud, incluso a ver a su médico. O que muchas veces la falta de confianza que genera, de decir: «Es que si yo no entiendo el idioma y no sé cómo me va a entender el médico, entonces prefiero ir a donde entienden mi idioma». Y puedo decir que esa es la mejor alternativa. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

Una idea recurrente es que, si el médico o la médica solo te recetó calmantes para el dolor, la siguiente vez que te encuentres mal irás primero a la farmacia.

Así no hace falta ir al médico. Si tú sabes que lo que te va a recetar es siempre lo mismo, te quedas en casa y tomas tu paracetamol y eso y ya está. (Entrevista 2, mujer fula de Guinea, 44 años)

Como explica un migrante residente en Madrid en el siguiente fragmento, los colectivos de la zona prefieren opciones minoritarias como curanderos o automedicación antes de acudir al centro de salud. Estas prácticas pueden generar demoras en el diagnóstico de las enfermedades, ya que no se busca la intervención de un médico o médica del sistema público hasta que la enfermedad se encuentra en un estado avanzado.

Sí, sí eso ocurre a menudo. Algunos colectivos, especialmente de Madrid, visitan a una terapeuta o un curandero... o se automedican. Hay esta preferencia, aunque sea minoritaria. (Entrevista 5, hombre mahi de Benín, mediador cultural, 42 años)

Teniendo en cuenta la construcción del espacio transnacional y la circularidad de las personas migrantes entre el país de origen y el país de destino, es relevante la información que nos explica esta mujer nacida en Cataluña en el seno de una familia gambiana.

Hay gente que se encuentra mal a lo mejor y ha ido al médico y es como que no le han podido solucionar el problema. No le han dado el tratamiento adecuado y, entonces, llaman al país de origen que puede ser Gambia, el Senegal o Mali o demás. Y sí que yo sé que hay gente pues que habla con curanderos, creo que se llama, le explica la situación y luego le dice: «pues tómate esto... Estas hierbas... O ves al campo y haz esto, haz lo otro...». O sea, yo creo que sí que hay gente que opta por otras opciones. Pero yo creo que cuando ya no ven solución o cuando están un poco desesperados. [...] Pero que sí, que llaman a Gambia y entonces se van de vacaciones. Allí intentan curarse y luego vuelven aquí a ver si hay mejoría o no. También sé el caso de gente que tiene discapacidad, ¿no? Que han nacido aquí y tienen un poco de discapacidad y se dice que vaya a Gambia que... O a otros países y que allí seguramente habrá otro tipo de medicina que les pueda ayudar para que el hijo esté mejor y demás. Es un poco incierto, pero sí que hay gente, pues, que lo prueba para decir: «pues que no se diga que no lo he probado», ¿no? (Entrevista 16, mujer fula de padres gambianos, 24 años)

4.2.5. Atención a la mutilación genital femenina

La atención a la mutilación genital femenina requiere un análisis específico por sus características concretas. La primera dificultad que nos encontramos en la experiencia narrada por las mujeres migrantes es el gran desconocimiento que hay entre profesionales. El tema de la MGF es percibido como un tabú difícil de abordar en la consulta y algunas de las mujeres entrevistadas declaran que no saben si su médico/a o ginecólogo/a conoce que están mutiladas, ya que nunca han hablado con ellas del estado de sus genitales en concreto o de las consecuencias derivadas de la práctica.

Informante: Nunca me han hablado de este tema, no. [...]

Entrevistadora: Y la matrona, ¿nunca te ha comentado nada sobre este tema?

Informante: No, tampoco me ha preguntado nunca.



Entrevistadora: ¿Pero ella sabe que a ti te la practicaron? ¿O no lo sabe?

Informante: No lo sé. Porque ella siempre me revisa, pero no me ha preguntado nunca nada de esto.

(Entrevista 3, mujer jola de Gambia, 33 años)⁴

Conmigo, personalmente, sobre mi persona nunca hemos hablado del tema... Con mi persona... nunca hemos hablado sobre la mía [MGF] personalmente, ¿no? (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Otra mujer cuenta que tuvo que ser ella la que le explicara al personal sanitario, en este caso la ginecóloga, que sí que estaba mutilada y que ella se acordaba del día en el cual se la practicaron y, aunque la mujer insistía, la profesional no terminaba de verlo claro.

El tema de la mutilación, el mío era muy curioso porque nadie se enteraba de si yo estaba mutilada o no estaba mutilada. Y cuando lo comenté la primera vez, la ginecóloga [pone cara de extrañeza]: «¿Eh? ¿Está mutilada?». Yo digo: «Sí, estoy mutilada». Dice: «¡Ah, no lo parece!». Yo le digo: «Estoy mutilada, sí». Y me dice: «¿Cómo? ¿Dónde te lo hicieron? ¿De dónde vienes?». Y digo: «Mi país es el segundo del mundo donde se mutilan a más mujeres y depende de la zona donde te mutilan, donde te lleva tu familia también». Algunos te quitan un trocito o te quitan todo. [...] Para ella, es una cosa nueva. Que no acaba de aclararse y yo le decía: «Sí, que yo estoy mutilada». No le quedaba claro. (Entrevista 2, mujer fula de Guinea, 44 años)

Este desconocimiento genera desatención y también impide detectar correctamente los casos, tal y como explica un enfermero que forma parte del colectivo migrante subsahariano. En el testimonio anterior, la mujer, activista en contra de la MGF, tenía el conocimiento necesario sobre el tema para poder contarle con detalle a la ginecóloga diversos aspectos relacionados con la práctica. Pero este no es el caso más generalizado. Algunas mujeres, sobre todo aquellas a las cuales la mutilación se les practicó cuando eran bebés o niñas de pocos años de edad, ni siquiera saben que han sufrido la práctica.

Sí, muchos casos no se detectan porque se desconoce y que... algunas veces, o sea, una persona puede que lo detecte en ese momento, pero al no saberlo... o sea, manejar la situación, muchas veces pasan desapercibidos, ¿no? O sea, los casos pasan desapercibidos. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

Percibimos dos problemas: el desconocimiento, que no permite detectar correctamente los casos de MGF, y el miedo a abordar un tema que se percibe como íntimo y personal. El trabajo llevado a cabo por ONG y activistas en el tema, así como el desarrollo de protocolos y guías de actuación para profesionales efectuado por distintas organizaciones, ha hecho que, poco a poco, la situación vaya cambiando y ahora esté mucho más presente la importancia de prevenir la práctica en las niñas de familias migrantes con origen en países donde se practica la MGF. Gracias a este trabajo de concienciación, se está empezando a romper el tabú y, aunque todavía muchos profesionales consideran que es un tema incómodo de abordar, hay mujeres que explican que sí que se ha hecho prevención con sus hijas.

La única vez que he hablado de este tema ha sido cuando me iba a mi país, como tengo las niñas, me preguntan. Me dicen que no se lo pueden hacer. (Entrevista 1, mujer sarahule de Gambia, 40 años)

Por otro lado, también hemos recogido el testimonio de una mujer que explicaba que nunca los servicios de atención primaria le han hablado de la MGF, aunque ella tenía una hija y pertenecía a un colectivo de riesgo, ya que ella estaba mutilada.

4 Nota de las autoras: entrevista originalmente en catalán que ha sido traducida por las autoras para mantener la uniformidad del texto.



Entrevistadora: Y con tu hija hablaron... ¿El pediatra habló contigo sobre el tema de la mutilación genital femenina?

Informante: No. Nunca.

Entrevistadora: ¿Porque no conocía el tema o porque prefirió no hacerlo... o no lo sabes?

Informante: Supongo porque no lo conocía o a lo mejor simplemente por prudencia. No tengo ni idea. Pero nunca, nunca me lo mencionaron. Nunca. Aunque estuviera en un grupo de riesgo, por venir de dónde venimos, por mí, que soy la madre, y he pasado por la mutilación genital femenina. Nadie, ni el trabajador social, ni la enfermera, ni el médico se interesaron por saber si yo tenía intención de mutilarla o no.

(Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

Tal y como explica este enfermero migrante del Senegal, los servicios de atención primaria ocupan una posición muy favorable para trabajar este tema con las familias, pero es indispensable garantizarles una formación completa y continuada en el tiempo.

Sobre todo la prevención, porque yo creo que desde enfermería, desde medicina, tenemos en nuestras manos muchas posibilidades de luchar contra la mutilación genital femenina, pero nos tenemos que esforzar un poco más para poder ofrecer una atención mejor y prevenir la mutilación genital femenina. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

La MGF sigue formando parte de los prejuicios y estereotipos con los cuales se construye la imagen de las familias migrantes procedentes del África subsahariana.

Sí, hay una estigmatización porque piensan que la gente que la practica o las víctimas provienen de unas etnias muy... muy bestias, ¿no? Muy brutas, de que... muy salvajes, ¿no? Porque incluso te consideran salvaje. Porque eso es una salvajada. Porque claro, al final, esa pobre niña o esa pobre mujer que ha sufrido la mutilación genital femenina, ¿eh?... no es por su culpa, pero la ha tenido que sufrir. Pero, ya... se le hace más duro si tú la estigmatizas tachándola de persona muy salvaje. Si le dices que tu familia, tu etnia o tus raíces son salvajes, se le va a hacer muy complicado. Por eso esa estigmatización es lo que hay que evitar. (Entrevista 8, hombre wolof del Senegal, enfermero, 33 años)

Estos prejuicios, junto con el desconocimiento de la práctica que manifiestan los/las profesionales, se traducen en tratos discriminatorios que empiezan por la falta de atención adecuada. En casos más complicados, se produce también una revictimización de la mujer que ha sido mutilada con momentos violentos. Comentar el caso con otros profesionales puede ser de ayuda, pero debe encontrarse el momento adecuado para no hacer sentir incómoda a la usuaria, tal y como pasó en esta ocasión:

Ella [la médica de cabecera] me mandó para hacer una revisión. Me citó con la ginecóloga. Cuando fui al ginecólogo... me miró. Pues recuerdo que yo sí que he pasado por la mutilación genital femenina y, además, por la infibulación. Me acuerdo de que me miró y luego llamó a otro y a otro, y, de repente, tenía como cuatro mirándome. Yo... Nunca se me olvida esta imagen. Mirándome, pero sin decirme nada. ¿Sabes? Entonces tuve una sensación mala. O sea, por mi parte, me sentí mal, avergonzada. Y seguramente ellos, creo que a lo mejor estaban apurados y no sabían cómo preguntarme lo que me había pasado. Quizá no tenían suficiente información sobre lo que me había pasado. Seguramente fue así, no creo que fuera maldad, pero ese momento fue tenso, fue malo y fue muy incómodo. (Entrevista 18, mujer somalí de Kenia, 51 años)

La atención de la MGF en el ámbito escolar

La presencia en los distintos espacios educativos de personas que proceden de orígenes distintos y con grados diferentes de adscripción a sus propias culturas, convierte a la escuela en un espa-



cio importante donde también se podría hacer sensibilización de la práctica, con el fin de potenciar la escucha y el respeto. Este espacio permite dialogar informalmente, con confianza y abiertamente sobre temas del ciclo vital. Es importante no tener un papel que juzgue o estigmatice a las familias por sus creencias y ser consciente de los prejuicios de cada uno frente a otras culturas o prácticas desconocidas, como la MGF. Debe proponerse un trabajo preventivo, regular en el tiempo, evidenciando la necesidad de mantener reuniones, entrevistas o charlas con las familias de forma individual y muy focalizada. La tutoría individual en el contexto escolar desempeña un papel determinante para generar confianza y posibilidad de diálogo, así como para detectar la situación personal y familiar de la niña.

La escuela también es un espacio fundamental donde se podría hacer sensibilización de la práctica entre todo el conjunto de población adolescente, trabajando la interculturalidad y la diversidad presente en la sociedad. Los/las profesionales del medio escolar pueden tener un papel fundamental en la prevención de casos de MGF, pero para conseguir incidir de manera real en los cambios culturales, la escuela, por sí sola, tiene un papel limitado. Por este motivo, es necesaria una coordinación general de los/las distintos/as profesionales que intervienen o pueden llegar a hacerlo en casos de MGF.⁵ Una de las entrevistadas explica que en la escuela trabajaron un poco el tema a través de una película, pero no llegaron a profundizar en él y dejaron pasar una buena ocasión para hacer prevención.

Nunca en la escuela hemos tratado este tema, nunca. Bueno, perdón. A ver, no, tratar, tratar no. Sí que una vez me acuerdo que vimos una peli [...] *La flor del desierto*. La vimos, pero no sé, no... A ver, hablar del tema así, no, no se habló del tema, sino que vimos la peli y luego sí que me impactó un poquito, de conocer la historia de esta mujer. (Entrevista 16, mujer fula de padres gambianos, 24 años)

4.3. Resultados de las encuestas al personal sanitario

La muestra se ha configurado por 56 profesionales de atención primaria, la mayoría de los cuales (45%) tiene entre 46 y 65 años. Un 28% son pediatras y el 78% de ellos atiende a población del África subsahariana, entre otros colectivos migrantes. El 61% de las personas encuestadas tiene formación en competencias interculturales, pero solo el 26% ha recibido formación sobre MGF.

Los principales problemas de acceso a los servicios sanitarios con que se encuentran las personas migrantes según los/las profesionales son de carácter burocrático o lingüístico. En este sentido, el personal de atención primaria valora útil la aportación o la ayuda que puede ofrecer la figura del mediador en la atención a la diversidad cultural, tal y como vemos en el gráfico 1.

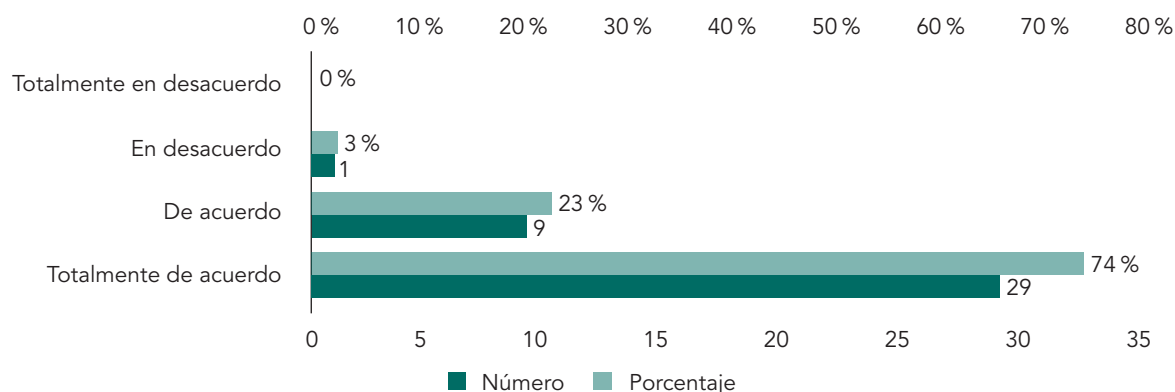
5 Otros puntos claves sobre el papel de la escuela en la prevención de la MGF:

- Iniciar, regularizar o consolidar reuniones de coordinación entre servicios que atienden a la infancia (pediatría, servicios sociales, centros de desarrollo infantil y atención precoz –CDIAP–, centros de salud mental infantil y juvenil –CSMIJ–, etc.).
- El enfoque hacia la prevención de la MGF debe llegar de forma consensuada y lo más unificado posible a las familias.
- Es muy importante no juzgar a las familias y evitar actuaciones punitivas frente a la MGF sin haberse coordinado con otros servicios.
- Cuando las niñas son mayores, la intervención escolar debería centrarse en que ellas tomen conciencia de las diversas formas de agresión en temas de género que puede sufrir cualquier persona, de cualquier cultura y condición.

Para más información, consultar: Kaplan, A. y GIPE/PTP. (2017).



Gráfico 1. Valoración de la función de la persona mediadora en la atención a la diversidad cultural



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Tal y como se muestra en la tabla 1, la característica que más respuestas ha recibido sobre el colectivo subsahariano ha sido, en primer lugar, la de la dificultad en la comunicación, seguida de rasgos positivos como «son agradables», y, en segundo lugar, la falta de conocimiento del sistema sanitario.

Con menor número de respuestas, también se han recogido opiniones que afirman que son impuntuales e inconsistentes con los tratamientos. Cinco personas consideran que siguen una alimentación deficiente o poco equilibrada y cuatro que tienen dificultad en establecer rutinas.

Tabla 1. Características del colectivo subsahariano

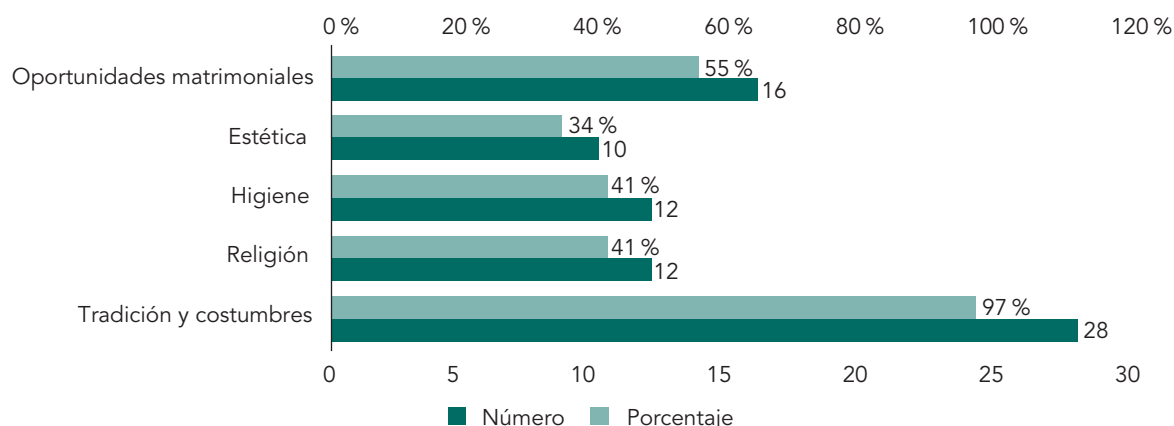
| | | |
|--|----|-----|
| Tienen dificultades en la comunicación | 23 | 74% |
| Son agradables | 13 | 42% |
| No entienden cómo funciona el sistema | 12 | 39% |
| Son impuntuales | 7 | 23% |
| Siguen una alimentación deficiente o poco equilibrada, normalmente con alta ingesta de azúcares y grasas | 5 | 16% |
| Son inconsistentes en el seguimiento de los tratamientos | 6 | 19% |
| No vienen a las revisiones | 0 | 0% |
| Colapsan las urgencias | 0 | 0% |
| Siguen las prescripciones médicas | 10 | 32% |
| Tienen dificultad en establecer rutinas (hábitos de sueño, por ejemplo) | 4 | 13% |
| NS/NC | 4 | 13% |
| Respuestas recogidas | 31 | |

Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Por otro lado, también se han planteado una serie de cuestiones sobre la MGF a profesionales de salud, correspondientes a conocimientos y actitudes sobre la práctica.

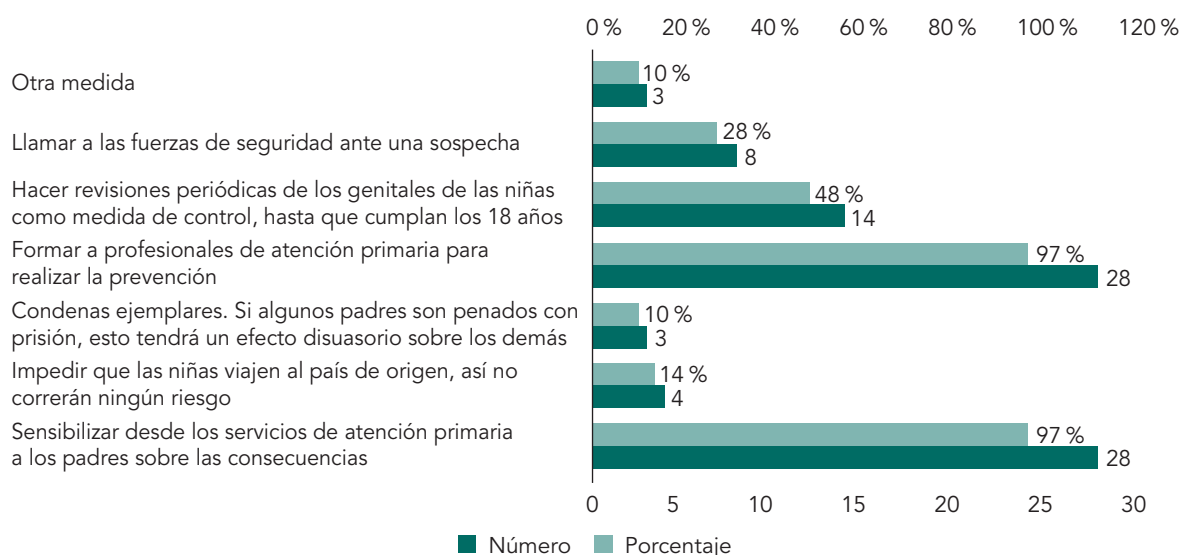


Gráfico 2. Opinión de los/las profesionales de la salud sobre las razones para practicar la MGF



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Gráfico 3. Medidas para evitar la MGF en España



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Se observa que el 97 % de las personas encuestadas conciben la MGF como una tradición y que las principales herramientas eficaces contra la MGF para el personal de salud son:

1. La formación de profesionales de atención primaria para prevenir la MGF.
2. Sensibilizar a las familias de las consecuencias de la MGF.

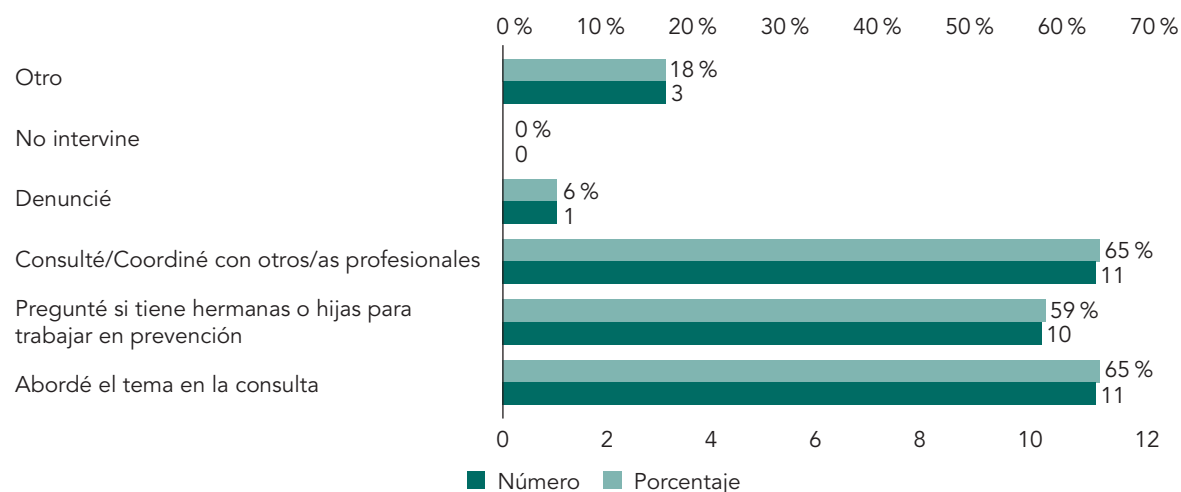
En contrapartida, se observan estrategias preventivas punitivas o de control:

1. Revisiones periódicas a las menores de edad.
2. Llamar a las fuerzas de seguridad ante una sospecha.
3. Impedir que las menores de edad viajen al país de origen.
4. Condenas ejemplares.



En el gráfico 4, se recogen las actitudes más frecuentes de los/las profesionales ante la detección de una MGF. Las posturas más comunes son la de abordar el tema en consulta y asesorarse con otros/as profesionales sobre cómo debe atenderse. Por otro lado, solo se ha detectado un caso en el que se llegó a denunciar.

Gráfico 4. Actitud de los/las profesionales de la salud ante un caso de MGF

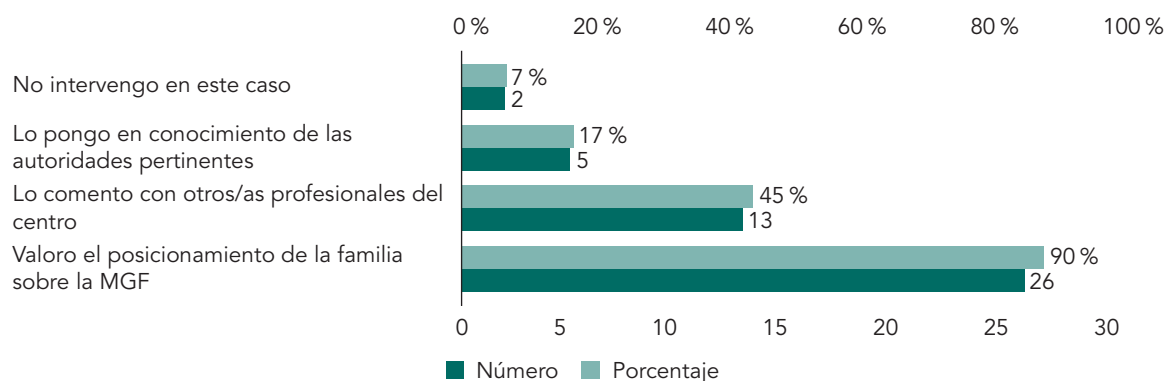


Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu -UAB (2020).

Para profundizar en la prevención de casos de menores de edad, se han utilizado los gráficos 5, 6 y 7. Se observa que la principal medida de actuación en la prevención de MGF es explorar el posicionamiento de la familia ante la práctica.

Según muestran los gráficos, cuando la opción de sensibilizar a los/las tutores de la menor no funciona, se opta mayoritariamente por el uso del documento de compromiso preventivo. La propuesta de firmar este compromiso es la opción más recurrente, seguida de la imposición de firmarlo. Como tercera opción, quedan la coordinación con otros/as profesionales y la intervención de las autoridades pertinentes, que registran el mismo volumen de respuestas.

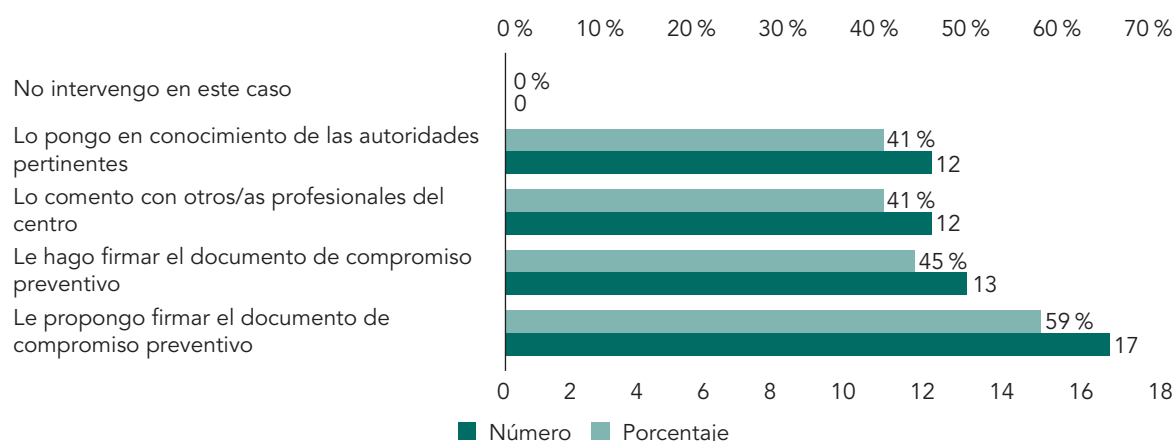
Gráfico 5. Actuación ante un caso de MGF en una niña reagrupada



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

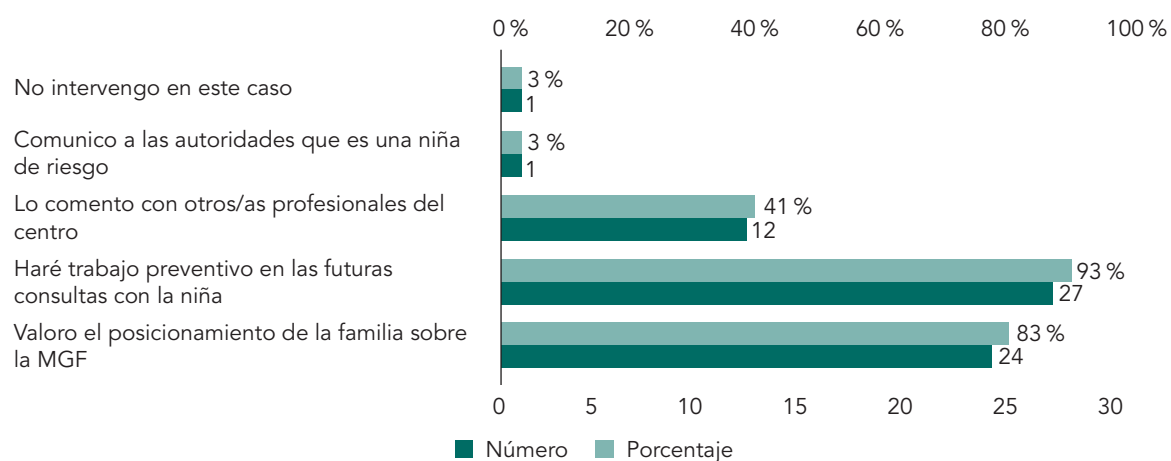


Gráfico 6. Actuación en caso de un viaje al país de origen de una niña de seis años



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Gráfico 7. Actuación en caso de una niña recién nacida en riesgo de sufrir MGF



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

4.4. Resultados de las encuestas a personas migrantes

El segundo grupo encuestado está formado por 105 personas migrantes con vínculos en los siguientes países de África.

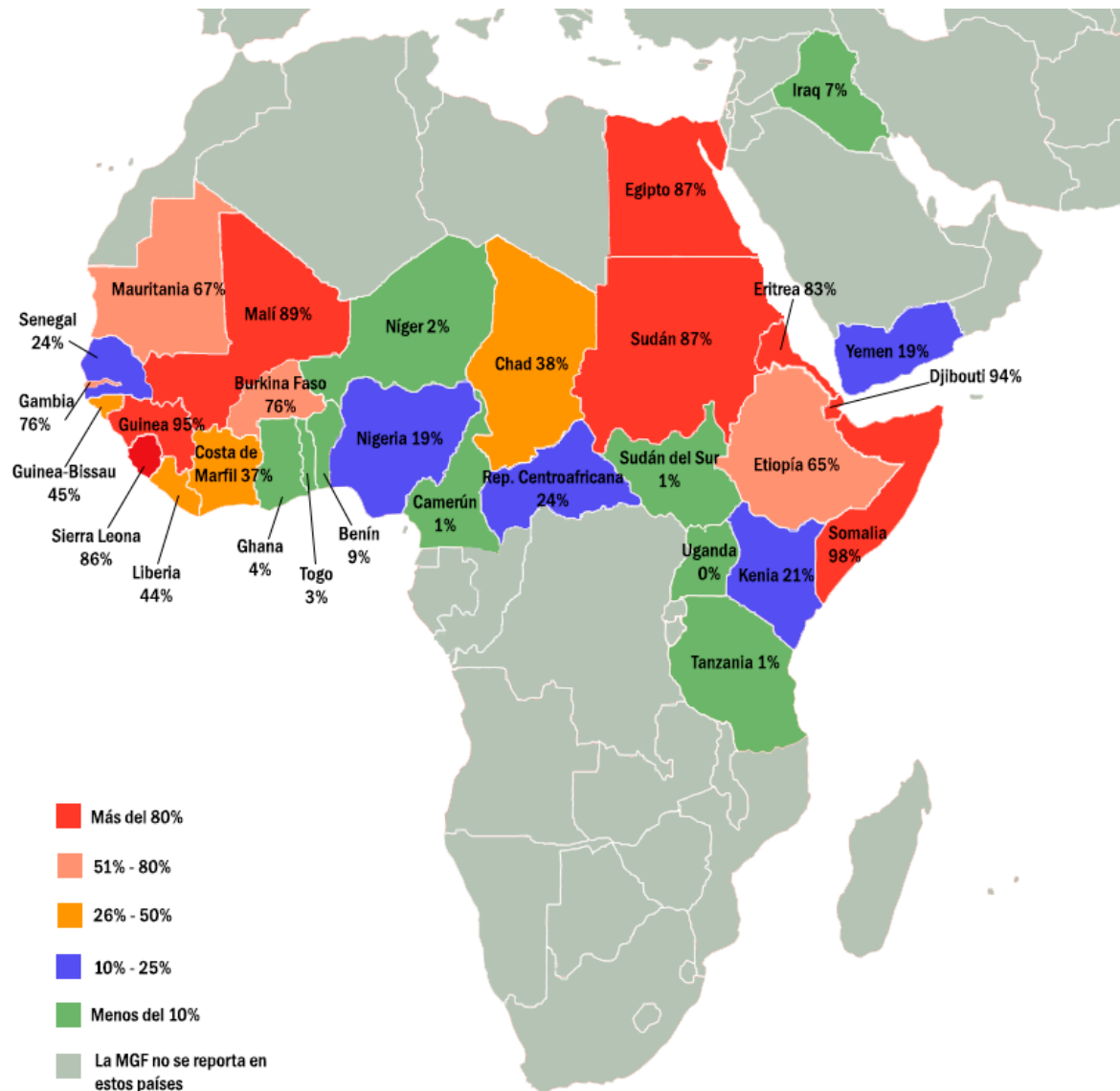
Tabla 2. Porcentaje de participantes en las encuestas por país de origen de la familia

| | | | |
|---------------|-----|-----------------------|-----|
| Guinea | 31% | Gambia | 2% |
| Senegal, el | 19% | Guinea Ecuatorial, la | 1% |
| Mali | 18% | Egipto | 1% |
| Nigeria | 6% | Otros | 18% |
| Guinea-Bissau | 3% | | |



El 68% de la muestra han sido mujeres, sobre todo fulas y mandinkas, dos de los grupos étnicos que realizan la práctica.

Mapa 1. Prevalencia de MGF en distintos países de África



Fuente: Fundación Wassu-UAB. (2020). *La mutilación genital femenina en España. Informe para la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG).*

El 13% de las personas encuestadas no dispone de tarjeta sanitaria. Este hecho demuestra que la situación jurídico-administrativa del migrante dificulta su adaptación al sistema sanitario español, agravado por la barrera lingüística, que aparece en la tabla 3 como uno de los principales problemas del colectivo. Por esa razón, muchos/as migrantes van acompañados/as en sus visitas o se les ofrece un servicio de mediación o de traducción (gráfico 8). Es tan importante tanto para unos como para otros mejorar la comunicación en términos lingüísticos y, como siempre, la adaptación de las personas migrantes depende del tiempo que lleven en la sociedad de acogida, el grupo de apoyo del que disponen, etc.

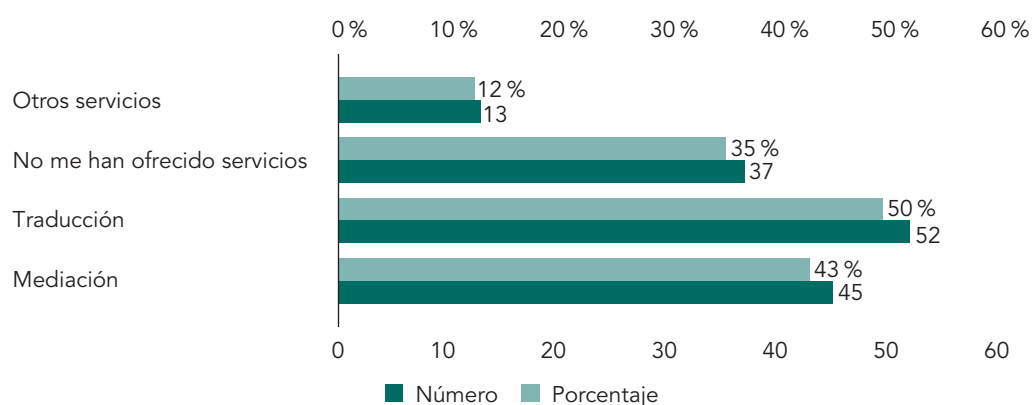


Tabla 3. Dificultades de las personas migrantes para acceder a los servicios sanitarios

| | | |
|---|-----|-----|
| Problemas con el idioma | 77 | 73% |
| Problemas burocráticos (No tengo los papeles en regla, no tengo tarjeta sanitaria u otros.) | 12 | 11% |
| El centro de salud queda muy lejos de mi casa | 14 | 13% |
| No tengo transporte para ir al centro de salud | 4 | 4% |
| No me he encontrado con ninguna dificultad | 6 | 6% |
| NS/NC | 16 | 15% |
| Respuestas recogidas | 105 | |

Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Gráfico 8. Servicios de atención a la diversidad cultural ofrecidos

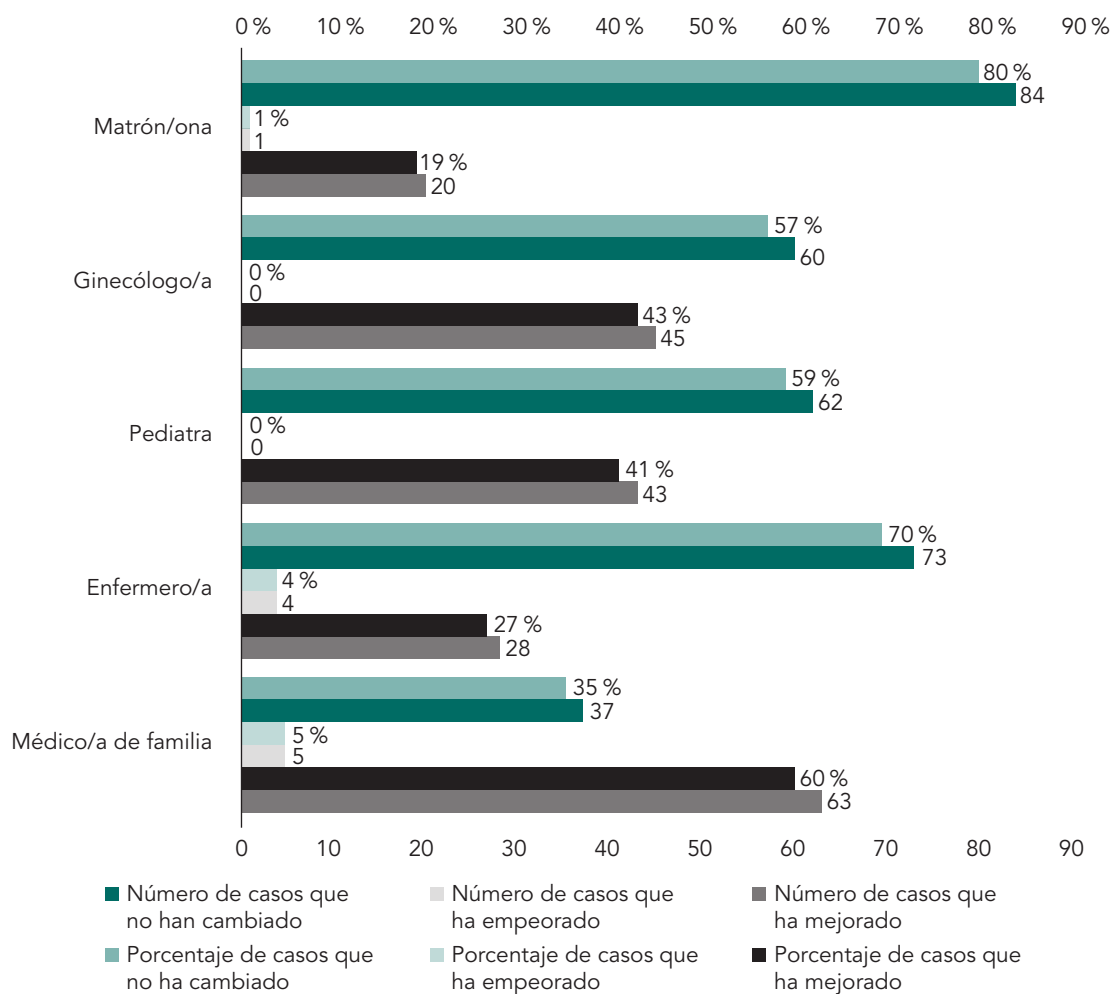


Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Se puede prever que con el tiempo la relación del paciente migrante con el personal sanitario suele cambiar a mejor (gráfico 9). Los motivos de esta mejora, tal como indica el gráfico 10, pueden ser el aprendizaje de la lengua y la regularización jurídico-administrativa del paciente. Por otra parte, aunque la presencia de una persona experta en mediación mejora la atención sanitaria en el 39% de los casos, este recurso no está presente en la cotidianidad de los centros de atención primaria, como ya se ha comentado en el apartado de las entrevistas.

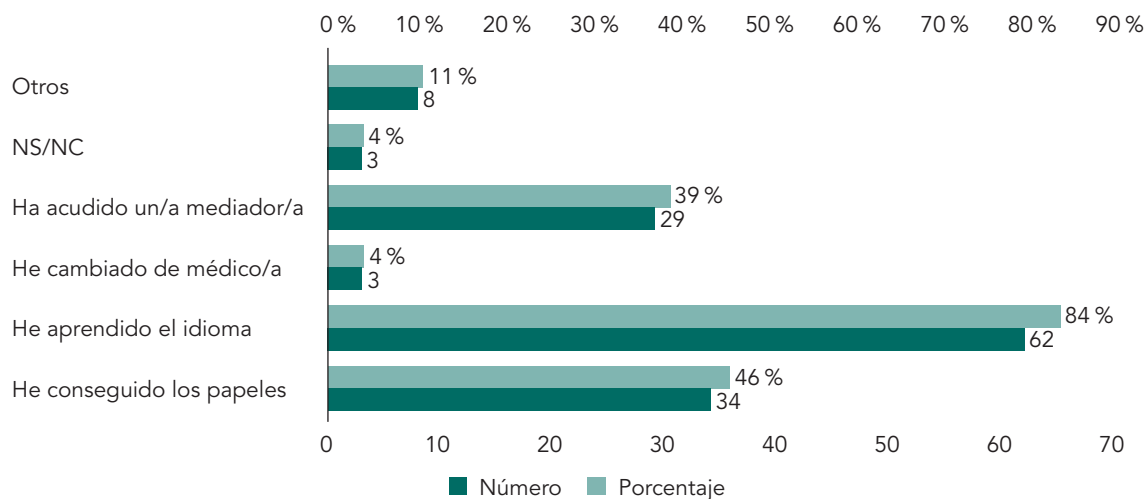


Gráfico 9. Cambios percibidos en la relación establecida entre el personal médico y la persona usuaria



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Gráfico 10. Elementos que han propiciado el cambio en la relación entre el personal médico y la persona usuaria

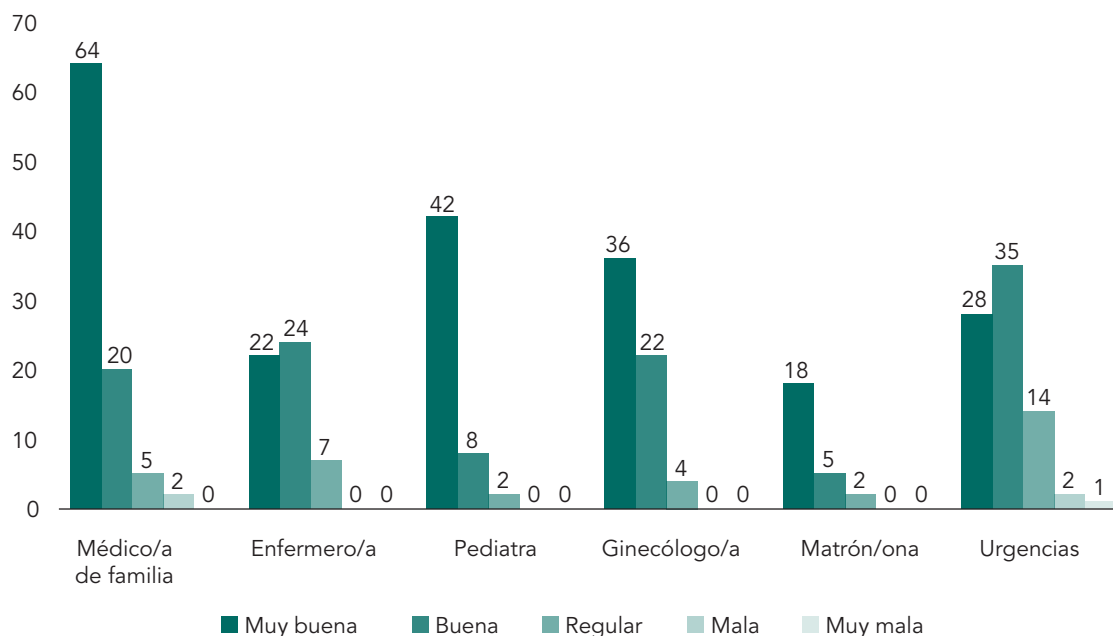


Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).



Si prestamos atención al gráfico 11, observamos que la mayoría de la población migrante consideran muy buena la relación con el equipo profesional y que no se han sentido discriminados por su parte.⁶

Gráfico 11. Valoración de la relación con el equipo profesional de salud



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

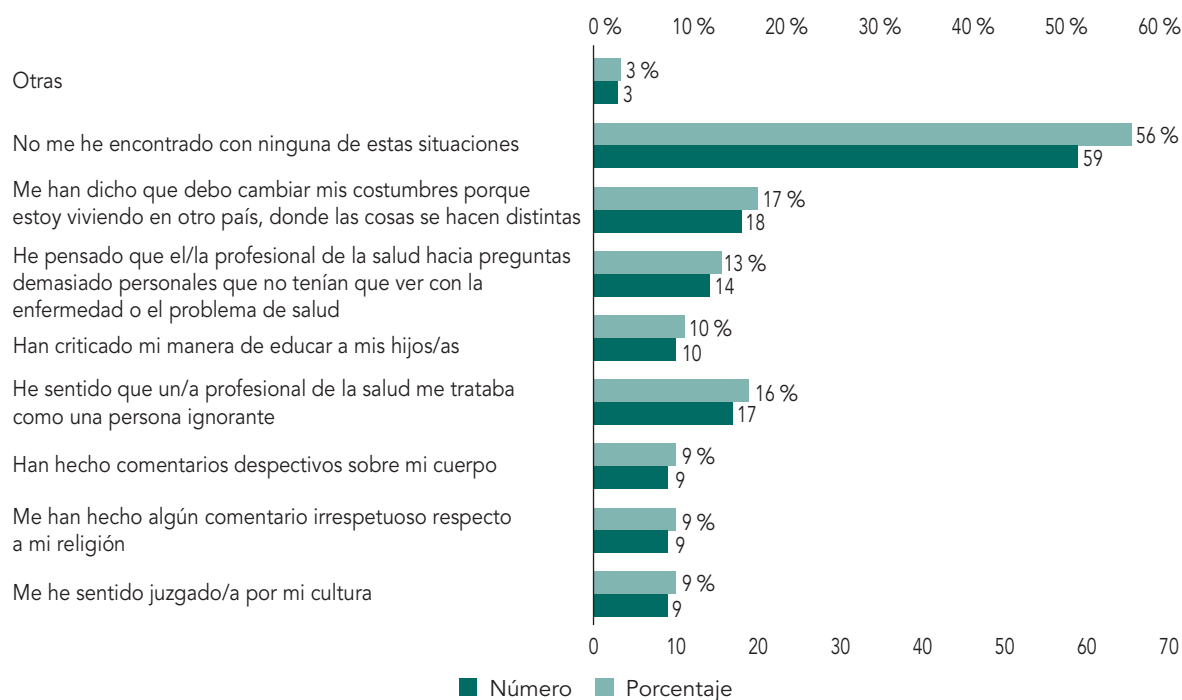
Sin embargo, el 14% de las personas encuestadas sí que admiten haber recibido tratos discriminatorios en los servicios de salud y, cuando se les ofrece una lista de posibles situaciones, este porcentaje aumenta. Tal y como muestra el gráfico 12, al 17% le han comunicado que debe cambiar sus costumbres porque ahora vive en otro país donde las cosas se hacen de forma diferente y al 16% le han tratado de ignorante. Seguidas de estas, el hecho de que les hagan preguntas personales que no tienen que ver con el problema de salud por el cual acuden a la consulta (13%) y el cuestionamiento de la educación de sus hijos/as (10%) han sido los problemas más reportados. Finalmente, los comentarios irrespetuosos sobre la cultura, la religión y el cuerpo han sido seleccionados por el 9% de las personas encuestadas.

La tabla 4 presenta la información que ofrece el personal sanitario a sus pacientes sobre MGF. Las principales preocupaciones se centran en el riesgo para la salud que supone esta práctica, en la prevención de casos futuros y en las consecuencias legales de la MGF en España.

6 En la pregunta «¿Alguna vez has sufrido algún trato discriminatorio en los servicios de salud?», 90 personas (el 86% de los encuestados) dijeron que no, mientras que 15 (el 14%) respondieron que sí.



Gráfico 12. Situaciones discriminatorias con las que se han encontrado las personas migrantes en los servicios de salud



Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Tabla 4. Información que ofrece el personal sanitario sobre la MGF

| | | |
|---|----|------|
| Me explicó los riesgos para la salud | 44 | 72 % |
| Me explicó las consecuencias legales | 39 | 64 % |
| Me preguntó por las razones de la práctica | 8 | 13 % |
| Se interesó por mi posición respecto a la práctica | 7 | 11 % |
| En caso de tener hijas, me explicó el riesgo que podría comportarles viajar al país de origen | 29 | 48 % |
| Me puso en contacto con otros/as profesionales | 23 | 38 % |
| Me facilitó el contacto de asociaciones | 25 | 41 % |
| Me propuso firmar el documento de compromiso preventivo | 9 | 15 % |
| Me explicó que tiene la obligación de reportar el caso a la policía | 4 | 7 % |
| NS/NC | 2 | 3 % |
| Otro | 1 | 2 % |
| Respuestas recogidas | 61 | |

Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).

Por otra parte, como muestra la tabla 5, las personas migrantes suelen informar a sus familiares más sobre las consecuencias legales de la MGF tanto en España como en África que de sus efectos negativos para la salud. Cabe resaltar que este hecho no significa que el colectivo migrante esté menos concienciado del abandono de la MGF, sino que le resulta más fácil hacer prevención sobre la MGF a sus familiares mencionando la vía jurídica. El 96 % de los migrantes encuestados han empleado el documento de compromiso preventivo para explicar la situación legal de la MGF en España,



pero en los países de origen resulta difícil prevenirla debido a que se ve como una práctica cultural y no como una práctica perjudicial para la salud de las mujeres.

Tabla 5. Información que difunde la población migrante a sus familias sobre MGF

| | | |
|---|----|-----|
| Sobre los efectos negativos de la práctica | 33 | 48% |
| Que la ley la prohíbe en España | 57 | 83% |
| Que la ley la prohíbe en África | 41 | 59% |
| Que es más seguro si se practica en un centro médico por un profesional | 0 | 0% |
| Que deben dejar de practicarla | 58 | 84% |
| NS/NC | 0 | 0% |
| Otro | 2 | 3% |
| Respuestas recogidas | 69 | |

Fuente: elaboración propia, Fundación Wassu-UAB (2020).



CONCLUSIONES



Los movimientos migratorios y la globalización han permeado las fronteras políticas. Las personas migran llevando sus culturas y tradiciones, donde hoy lo local es global y la MGF está en diáspora, generando nuevos retos en las sociedades del Norte global. Entre ellos, encontramos los desafíos en salud que originan la necesidad de desarrollar perspectivas transculturales que permitan mediar con la diversidad.

Este estudio recoge la visión de profesionales de la salud y de personas migrantes, y construye los relatos que cada colectivo utiliza para explicar, desde su punto de vista, la relación que se establece en el ámbito de la atención primaria. Identificar las prácticas discriminatorias relacionadas con el debate de la MGF supone un ejercicio de acercamiento a la población migrante; de aprendizaje sobre sus circunstancias, experiencias, particularidades y necesidades, a la vez que se escucha la voz del equipo profesional, las limitaciones de su trabajo y las reivindicaciones de mejoras.

Como demuestran los resultados presentados, la relación entre los/las profesionales de la salud y las familias migrantes no es fácil, ya que para establecer una comunicación adecuada ambos deben superar las diferencias culturales que limitan la comprensión de la cosmología del otro. El sistema sanitario no facilita este ejercicio, ya que existen distintas barreras que dificultan su acceso a las personas migrantes. Los reducidos tiempos de consulta y las agendas llenas, fruto de una presión asistencial demasiado elevada, impiden que el personal del ámbito sanitario pueda destinar tiempos adicionales en los casos necesarios. En este contexto, las diferencias lingüísticas aparecen como uno de los principales obstáculos para poder comprender adecuadamente las dolencias de la persona usuaria, ya que los servicios de traducción telefónicos presentan muchas limitaciones y la mediación es prácticamente inexistente.

En contraposición a lo recogido a través de las entrevistas, 45 personas encuestadas explican que se les ha ofrecido mediación y en 29 de los casos esta sirvió para mejorar la relación con el/la profesional de la salud. Este gran número de personas que han sido atendidas a través de una mediación, en comparación con los resultados de las entrevistas, se explica gracias a que algunas de las personas encuestadas contactaron a través de asociaciones del tercer sector que ofrecen este tipo de servicios de integración social a personas recién llegadas. El déficit de este servicio dentro del sistema de salud se hace presente a través de las entrevistas establecidas con el personal sanitario, que cuenta que la mediación es un recurso que viene de los ayuntamientos o de entidades sociales.

En ese sentido, una de las estrategias fundamentales de aculturación es el aprendizaje del idioma, que se relaciona con una disminución del sentimiento de incompreensión y desprotección frente a situaciones discriminatorias. Aun así, los prejuicios siguen estando muy presentes en la relación entre profesional y persona usuaria, ya que no es fácil deconstruir las imágenes fabricadas socialmente sobre la migración del África subsahariana. Una de las experiencias más relatadas por las personas que han participado en el estudio es el hecho de sentirse tratadas como ignorantes, junto con la presión de cambiar sus tradiciones por el hecho de estar viviendo en otro país. Esta información se apoya en los resultados de las encuestas, donde 17 personas manifiestan haberse sentido tratadas de esta forma y a 18 les han dicho que deben modificar sus costumbres.

Las personas migrantes explican situaciones dispares referentes a la relación que establecen con el personal sanitario y remarcan que eso depende, en mayor medida, de los valores humanos de cada persona. En ese sentido, son muy significativas las experiencias en las cuales los/las profesionales de la salud han sido un apoyo personal (a veces incluso superando las funciones laborales) para las personas migrantes en momentos difíciles, cuando ellas o algún familiar cercano pasaban por una enfermedad grave o se encontraban en situaciones de violencia de género. Eso contrasta con los relatos de maltrato, gordofobia y violencia obstétrica que también hemos recogido y analizado a través de las entrevistas, así como las distintas situaciones de discriminación agrupadas en las encuestas (ver gráfico 12). Algunos de ellos son fruto de una mala aplicación de ciertos protocolos o de la falta de recursos para abordar determinados temas sensibles por parte del personal sanitario.

En la prevención y la atención de la MGF se combinan muchos de los factores descritos anteriormente: el choque cultural y lingüístico, el hecho de que sea un asunto delicado por ser considerado



tabú al formar parte de la esfera íntima de las mujeres y el desconocimiento o la falta de herramientas para poder gestionar determinadas situaciones de manera efectiva. Todos estos elementos dificultan la comunicación con las mujeres que pueden haber sufrido una MGF y explican los problemas existentes en la detección de casos y la escasez de su registro.

El miedo y la incomodidad que genera el tema, sobre todo en los hombres profesionales de la salud, origina situaciones como las vistas en las entrevistas, en las cuales las mujeres declaran que nunca se les ha hablado de MGF o que solo se ha abordado en el caso de sus hijas, actuando dentro del protocolo de prevención. Esta omisión de las necesidades de las mujeres que han vivido la práctica es un elemento más de los tratos discriminatorios que reciben del sistema sanitario.

Debido a los prejuicios que rodean la práctica de la MGF, difundidos por los medios de comunicación, es común que se culpabilice a las madres, estas mujeres que han sufrido una MGF y que no están siendo atendidas adecuadamente. Se las responsabiliza del deber de proteger a sus hijas sin tener en cuenta su posición social y el conflicto de lealtades que se puede generar con la sociedad de origen.

Por estas razones, es necesario priorizar la formación de los/las profesionales, tanto en competencias interculturales como en materia específica de MGF. Esta es una de las preocupaciones principales que han surgido en las entrevistas a migrantes y profesionales en torno a la atención a la diversidad cultural y a la MGF. La falta de conocimiento y de recursos, la presión asistencial o los recortes en sanidad, son algunos de los motivos que se han observado que interceden en la carencia o deficiencia de una atención a la diversidad, que se ve oculta y relegada tras la superioridad del sistema biomédico que no da cabida a enfoques holísticos.

La demanda de formaciones sobre MGF institucionalizadas y periódicas se hace basándose en poder garantizar que los conocimientos que en ellas se ofrecen, puedan llegar a todo el personal sanitario y no acudan solo aquellos/as que tienen interés apelando su voluntariedad. La institucionalización supone plantear una formación básica igual para todos los centros sanitarios y la periodicidad, por otra parte, respalda que la información sea actualizada y sirva como recordatorio del trabajo que se debe llevar a cabo en cuanto a prevención y abordaje de la MGF. Esta formación es esencial para poder acabar con la desatención que genera el desconocimiento del colectivo profesional y la complicación de las detecciones de casos.

Como se ha comentado durante el análisis de resultados, existe una gran diferencia en la aplicación de los protocolos de prevención y el abordaje ante casos de MGF en cada centro sanitario y cada comunidad autónoma, dificultando la coordinación entre centros e implicando desigualdades territoriales. Rescatando de nuevo la mención que se hacía al inicio del informe sobre el *Joint Shadow Report* de España, este subraya la necesidad de contar con un protocolo en materia de MGF en el ámbito nacional, tomando el ejemplo de los protocolos desarrollados por algunas comunidades autónomas o entidades especializadas, con enfoques multidisciplinarios y multinstitucionales. Los informes apuntan que, si bien las regulaciones penales y procesales pertenecen a la competencia del Estado, los trabajos de prevención y atención caen dentro de la competencia regional, como es el caso de la educación o la salud. Este protocolo favorecería una atención a la MGF homogénea en todo el territorio nacional, permitiendo una organización y mejor coordinación y comunicación entre distintas zonas.

Finalmente, destacar que sigue presente la falta de conocimiento sobre la situación de vulnerabilidad de muchas de las personas migrantes. En sus circunstancias socioculturales y económicas el malestar o la enfermedad forman parte de la cotidianidad y no suponen una prioridad, motivo por el cual la MGF no suele ser la preocupación principal en la mayoría de los casos. Este hecho, lejos de restarle esfuerzos a quienes trabajan en el ámbito de la salud, debería ser un aliciente para llevar a cabo el abordaje y la prevención de la práctica, puesto que se conocen las consecuencias que conlleva para la salud y debe ser tratada como tal. Es necesario dar visibilidad a la atención de la MGF en los servicios de salud, superar los prejuicios y acabar con la postergación y la incomodidad que genera actualmente el tema. Para lograrlo, se debe invertir en recursos humanos y materiales, así como en formación intercultural, que permita respetar los tiempos que requiere una atención a la diversidad respetuosa.



6

BIBLIOGRAFÍA



- Abdulcadir, J.; Rodríguez, M. I., y Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122, 94-303. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13217>
- Agirregomezkorta, R. B., y Fuertes, I. (2011). *La ablación o mutilación genital femenina. Guía práctica*. Madrid: Paz y Desarrollo ONGD.
- Amnistía Internacional (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/12056.pdf>
- Andro, A., y Lesclingand, M. (2016). Female Genital Mutilation. Overview and Current Knowledge. *Population*, 71(2), 217-296.
- Audiencia Provincial (2012). Sección novena, Barcelona. Rollo Procedimiento Ordinario n.º 3/2012, Juzgado de Instrucción n.º 9 de los de Vilanova i la Geltrú (Barcelona).
- Ayuntamiento de Bilbao. (2015). *Protocolo Interinstitucional de Prevención y Coordinación en materia de MGF en Bilbao 2012-2015*. [Documento elaborado por parte del Ayuntamiento de Bilbao y asesorado por la Fundación Wassu-UAB].
- Bailiot, H., Murray, N., Connelly, E., y Howard, N. (2014). *Tackling female genital mutilation in Scotland. A Scottish model of intervention*. Glasgow: Scottish Refugee Council.
- Barth, F. (1969). *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*. Boston: Little, Brown series in anthropology.
- Bermúdez, K. y Kaplan, A. (2004). Mujeres, diversidad y diálogo: de caminos y fronteras. *Asparkía: Investigación Feminista*, (15), 27-41.
- Brusa, M. y Barilan, Y. M. (2009). Cultural circumcision in eu public hospitals - An ethical discussion. *Bioethics*, 23(8), 470-482. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00683.x>
- Busquets, M., Busquets, J. M., Escuriet, R., Lizana, T., Ollé, C. y Roman, B. (2011). Reflexions sobre la prevenció per part dels professionals sanitaris de la mutilació genital femenina (MGF). *Comité de Bioética Cataluña*, 1-8. https://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/prevencio_mgf_2011.pdf
- Civalero, L., Alonso, D., y Brussino, S. (2019). Evaluación del prejuicio hacia inmigrantes: adaptación argentina de la escala de prejuicio sutil y manifiesto. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 119-133.
- Coene, G. (2007). Être féministe, ce n'est pas exclure ! Le pragmatisme féministe dans le débat sur le multiculturalisme en Flandre. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 23(2), 79-105.
- Earp, B. (2015). Female genital mutilation and male circumcision: toward an autonomy-based ethical framework. *Medical and Bioethics*, 5:89-104. <https://doi.org/10.2147/MB.S63709>
- Fundación Wassu-UAB. (2020). *La mutilación genital femenina en España. Informe para la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG)*. Madrid: Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf
- Gascón, M. (Coord.), Ismail, A., y De Dios, B. (2017). *Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina: Manual para la intervención social con un enfoque intercultural y de género*. Madrid: Acción en Red. Save a Girl Save a Generation.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Hermida del Llano, C. (2017). La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía, Época II*, n.º 15, 47-66. <https://doi.org/10.15366/bp2017.15.005>
- Hess, R. F.; Weinland, J., y Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.005>
- Juliano, D. (1993). *Educación intercultural: Escuela y minorías étnicas*. Madrid: Eudema.
- Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Kaplan, A. (2004). Procesos migratorios: transformaciones culturales e identitarias. Senegambianos en Cataluña. *Revista Electrónica de Ciencias Sociales*, 1-16.
- Kaplan, A., y Bedoya, M. H. (2004). *Las mutilaciones genitales femeninas en España*. Universidad de Valencia, 1-37.
- Kaplan, A. (2006). Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas. *Género e Inmigración*. Bilbao, Harresiak Apurtuz, p. 109-120.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., y Castany-Fàbregas, M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los



- servicios sociales. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 19, 189-217.
- Kaplan, A., Cano, F., Moreno, J., y Pérez, M. J. (2008) From local to global: Female Genital Mutilation in Diaspora. *Journal of FGM/C and other harmful traditional practices*, n.º 1, IAC, Geneva/Addis Abeba.
- Kaplan, A.; Del Rio, N. F.; Moreno-Navarro, J.; Castany-Fàbregas, M. J.; Nogueras, M. R.; Muñoz-Ortiz, L., Monguí-Avila, E., y Torán-Monserrat, P. (2010). Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. *BMC Public Health*, 10, 193. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-193>
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., Utzet, M. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/643780>
- Kaplan, A.; Hechavarría, S., y Puppo, N. (2015). *Manual for the Management and Prevention of Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals. The Gambia*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kaplan, A. y GIPE/PTP. (2017). *Mutilación Genital Femenina: Manual para Profesionales*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., y Puppo, N. (2017). *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals. The Gambia*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kaplan, A. y Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on Female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson, S. L.
- La Barbera, M. (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXV(2), 465-488. <https://doi.org/10.3989/rctp.2010.16>
- Lazar, J. N., Johnson-Agbakwu, C. E., Davis, O. I., y Shipp, M. P. L. (2013). Providers' perceptions of challenges in obstetrical care for somali women. *Obstetrics and Gynecology International*. <https://doi.org/10.1155/2013/149640>
- Mangas, A. (2017). *Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Cataluña.
- Martingo, C. (2009). O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das guineenses. Estudo Exploratório. *Observatório da Imigração*, 22. Lisboa: ACIDI, IP.
- Médicos del Mundo, Save a Girl Save a Generation, Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) y End FGM European Network (End FGM UE) (2019). *Joint Shadow Report-Spain*. <https://rm.coe.int/joint-shadow-report-on-fgm-by-end-fgm-european-network-medicos-del-mun/1680973637>. [En la elaboración de este informe participaron las siguientes especialistas españolas: Adriana Kaplan, directora de Fundación Wassu y profesora de antropología en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB); Julia Ropero, profesora de Derecho Penal en la Universidad Rey Juan Carlos (URJC); Lucía Muñoz, del área jurídica de la ONG Rescate Internacional, y la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)].
- Newman, A. y 28 Too Many. (2019). *FGM and social norms: A guide to designing culturally sensitive community programmes*. (N.º Junio). [https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Social%20Norms/fgm_and_social_norms_report_v1_\(june_2019\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Social%20Norms/fgm_and_social_norms_report_v1_(june_2019).pdf)
- Oso, L. y Ribas-Mateos, N. (2012). De la sorpresa a la incertidumbre: abriendo etapas en el estudio de la temática sobre género y migración en el contexto español. *Papers: revista de sociologia*, 97(3), 511-520.
- Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., y Gagnon, A. J. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Globalization and Health*. 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puigpinós i Riera, R., Sarvary, A., Soares, J. J. F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., y Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Ropero, J. (2017). Inmigración, integración y diversidad: Un análisis crítico a partir del tratamiento de la mutilación genital femenina en la Unión Europea. *Cuadernos Europeos de Deusto*, (57), 133-165. <https://ced.revistas.deusto.es/article/view/1353/1612>
- Sharif, F., Wild, V., Earp, B. D., Johnson-Agbakwu, C., y Abdulcadir, J. (2020). Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.004>



- Stolcke, V. (1995). Talking Culture. New Boundaries, new Rhetorics of Exclusion in Europe. *Current Anthropology*, 36(1), 1-24.
- Strzelecka, E. (2009). Género, desarrollo y diversidad cultural. En E. Molina y N. San Miguel (Coords.). *I. Nuevas Líneas de Investigación en Género y Desarrollo. Cuadernos Solidarios*, 3, 99-148. España: UAM ediciones.
- Suárez, A., Borrás, S., Frías, I., Llamas, M. V., y Vizquete, E. (2015). Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Andalucía: Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2ª ed.).
- Suárez, L. (2004). Transformaciones de género en el campo transnacional. El caso de mujeres inmigrantes en España. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 2(20), 293-331. <http://www.revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/view/713>
- The Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa. (2012). Seven Things to Know about Female Genital Surgeries in Africa. *Hastings Center Report*, 42(6), 19-27.
- Väkiparta, M. (2019). *Young men against female genital mutilation/cutting in Somaliland. Discursively negotiating violence, gender norms and gender order*. Helsinki: Universidad de Helsinki.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 35 n.º 1.
- Yasin, B. A.; Al-Tawil, N. G.; Shabila, N. P., y Al-Hadithi, T. S. (2013). Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC Public Health*, 13(1), 1, 809. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-809>



7

GLOSARIO



La definición de estos conceptos es necesaria para poder identificarlos dentro de las actitudes y las malas prácticas que se generan en la manera en que los/las profesionales perciben a las comunidades migrantes. Los prejuicios hacia las sociedades migrantes surgen de la interacción entre culturas, cuando una es mayoritaria y la otra es minorizada, no admitiéndola dentro de la esfera pública y negando su aceptación social (Civalero, Alonso, y Brussino, 2019). A pesar de que los derechos humanos y de ciudadanía se van adecuando progresivamente a la diversidad y complejidad de las sociedades actuales, la integración de las poblaciones migrantes continúa recibiendo tratos negativos y estigmatizantes que frenan su integración en las sociedades de acogida.

Discriminación: hace referencia al trato diferente y perjudicial que se realiza sobre una persona o grupos por motivos de clase, etnia, género, religión, etc.

Estigma social: hace referencia a los atributos que se emplean para desacreditar a otras personas, a aquellas que consideramos diferentes, aquellas que por poseer un rasgo o un atributo diferente al que sigue la norma son discriminadas; de esta manera se favorece la legitimación de ideas y prácticas para explicar su inferioridad, a la vez que se contribuye a la percepción de que son un peligro para el resto de la sociedad (Goffman, 1963).

Interculturalidad: modelo de convivencia basado en la diversidad cultural que pone el énfasis en los puntos de contacto y, por consiguiente, en el necesario diálogo entre las culturas (Juliano, 1993).

Prejuicio: opinión preconcebida, generalmente negativa, hacia algo o alguien. Supone la formación de un concepto de manera inconsciente que distorsiona la realidad y su percepción.

Racismo: discurso que pretende legitimar prácticas de exclusión, marginación o exterminio más allá de los derechos de ciudadanía. Es una forma de justificar la desigualdad a través de la desnaturalización.



