



LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CASTILLA-LA MANCHA:

La perspectiva de la población procedente
de países de riesgo





MÉDICOS DEL MUNDO CASTILLA-LA MANCHA

Esta investigación ha sido financiada por el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, realizada por Médicos del Mundo Castilla-La Mancha y coordinada por M^a Idoia Ugarte Gurrutxaga y Rosa López Sánchez



Fotografía de Portada: Grace Ndiritu. Still Life: White Textiles (2005/2007)

Toledo, 2018

“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanía comprometida puede cambiar el mundo. De hecho, es lo único que lo ha logrado”

Margaret Mead

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que participaron en las entrevistas y en los talleres compartiendo sus vivencias.

A Aisse, Soly, Irene y M^a Cruz, por su apoyo en las tareas que hemos desarrollado para llevar a cabo esta investigación.

A las mujeres de la Asociación de Mujeres Africanas de Castilla-La Mancha, que con su generosa disponibilidad nos han abierto las puertas de su Asociación y nos han permitido conocer sus inquietudes.

Al Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha por la confianza depositada en nuestra organización y por la financiación que nos han concedido para poder realizar esta investigación.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	15
CAPÍTULO 1. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: CONTEXTO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO	17
1.1. La mutilación genital femenina	19
1.2. Tipos de mutilación genital femenina	21
1.3. Consecuencias de la mutilación genital femenina	21
1.4. Razones por las que se practica la mutilación genital femenina	22
1.5. Tendencias en la mutilación genital femenina	23
1.6. La situación en España y Castilla-La Mancha	24
1.7. Marco jurídico	31
1.8. Protocolos de actuación y prevención	35
CAPÍTULO 2. POLÍTICA DE MÉDICOS DEL MUNDO ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	39
2.1. Cambio social	41
2.2. Enfoque de género y derechos humanos	41
2.3. Participación para el protagonismo	43
2.4. Gestión ética y de calidad	44
2.5. Gobernanza y desarrollo de la asociación	45
CAPÍTULO 3. LA ACTUACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	47
3.1. Trabajo en el ámbito internacional	49
3.2. Trabajo en el ámbito nacional	50
3.3. Objetivos	52
III. ESTUDIO EMPÍRICO	53
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	55
4.1. Diseño metodológico	57

4.2. Ámbito geográfico de la investigación.....	58
4.3. Participantes	58
4.3.1. Perfil de las mujeres y hombres inmigrantes participantes	58
4.4. Dimensiones de análisis	60
4.5. Técnicas de recogida de información	60
4.5.1. Entrevista en profundidad.....	61
4.5.2. Talleres formativos.....	61
4.6. Procedimiento	61
4.6.1. Primera fase: los contactos	61
4.6.2. Segunda fase: el trabajo de campo	62
4.6.3. Tercera fase: la transcripción de las entrevistas y de los grupos de discusión.....	63
4.7. Plan de análisis.....	63
4.8. Consideraciones éticas	63

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 65

5.1. Actitudes, conocimientos y comportamientos ante la mutilación genital femenina (MGF).....	68
5.1.1. Concepción de la salud y de la enfermedad en el contexto africano	68
5.1.1.1. La salud y la enfermedad en el ámbito de lo privado	68
5.1.1.2. La salud sexual y la salud reproductiva: las dos caras de la misma moneda	70
5.1.2. Percepciones alrededor de la mutilación genital femenina (MGF).....	75
5.1.2.1. La mutilación genital femenina desde el punto de vista de las mujeres y de los hombres	76
5.1.2.2. Percepción de las mujeres y de los hombres sobre las actitudes y comportamientos de profesionales de la salud en la atención a la salud de las mujeres con MGF	85
5.1.3. Las consecuencias de la mutilación genital femenina para la salud de las mujeres identificadas por las mujeres y por los hombres	89
5.1.3.1. Consecuencias para la salud psíquica y física de las mujeres que han sido víctimas de la mutilación genital femenina (MGF)	89
5.1.3.2. Consecuencias en la salud reproductiva de las mujeres que han sido víctimas de la mutilación genital femenina (MGF).....	90
5.1.3.3. Consecuencias en la salud sexual de las mujeres que han sido víctimas de la mutilación genital femenina (MGF)	92
5.1.3.4. Consecuencias sociales de la mutilación genital femenina (MGF)	96
5.2. Factores relacionados con la perpetuación de la mutilación genital femenina	99
5.2.1. Factores socio-culturales	99
5.2.1.1. La tradición	100
5.2.1.2. La religión	103
5.2.1.3. El modelo patriarcal en la relación hombre-mujer	104

5.2.2. Factores relacionados con la protección de la salud.....	110
5.3. Factores que pueden ayudar a la erradicación de la práctica de la mutilación genital femenina	111
5.3.1. La penalización y la amenaza de cárcel.....	111
5.3.2. La integración y el empoderamiento de las mujeres	113
5.3.3. La información, la sensibilización y la formación como herramientas que facilitan el cambio.....	116
5.3.4. El cambio en los hombres.....	119
5.3.5. El abordaje intersectorial	120
5.4. Recursos sociosanitarios relacionados con prevención y atención de la mutilación genital femenina.....	122
5.4.1. Recursos sociosanitarios de carácter público.....	123
5.4.2. Recursos sociosanitarios de carácter privado.....	125

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 127

6.1. Conclusiones.....	129
6.2. Limitaciones de la investigación.....	137
6.3. Futuras líneas de investigación	138
6.4. Aplicabilidad.....	139

IV. BIBLIOGRAFÍA 143



I. INTRODUCCIÓN



I. INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo es una asociación internacional, humanitaria y de voluntariado que trabaja por el derecho universal a la salud mediante el fortalecimiento de la atención sanitaria pública, la denuncia, el testimonio y la acción política y social junto a poblaciones excluidas, vulnerables o víctimas de crisis.

Nuestra misión del derecho a la salud se realiza a través de un enfoque integrado de género basado en derechos humanos y en un contexto inherente a todo ser humano, a su dignidad como tal, base fundamental en la que se asienta la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Atendiendo a los fines recogidos en sus Estatutos, Médicos del Mundo pretende que los objetivos, estrategias y acciones contempladas en el presente documento contribuyan, a través de la atención, el testimonio y la denuncia, a hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas y a contribuir a la erradicación de la Mutilación Genital Femenina (en adelante, MGF).

Asimismo, Médicos del Mundo impulsa, a través del compromiso voluntario y junto con otros movimientos sociales, los cambios en el sistema de valores y relaciones sociales, económicas y comerciales necesarias para hacer efectivo el derecho a la salud.

El interés de nuestro estudio es analizar la práctica de la Mutilación Genital Femenina desde la perspectiva de la población procedente de países de riesgo, en las provincias de Albacete, Toledo y Guadalajara.

Con objeto de aportar esta visión, la presente investigación se ha desarrollado a partir de la perspectiva metodológica cualitativa, en la medida que se pretende conocer discursos, opiniones, ideas subyacentes, para luego analizar e interpretar, las contingencias relacionadas con práctica de la MGF en un determinado contexto sociocultural. Las técnicas de recogida de información que se han utilizado son la entrevista abierta o en profundidad y talleres con el fin de obtener los discursos de las personas de estudio.

La investigación se ha realizado fundamentalmente en la Zona de la Sagra, en la provincia de Toledo y en la capital de la provincia de Albacete. Por razones ajenas a nuestra voluntad, no pudimos realizar el trabajo de campo en Guadalajara. No obstante, sí hemos podido entrevistas a mujeres nigerianas, perfil mayoritario en Guadalajara.

Con la finalidad de introducirnos en estas cuestiones, se ha elaborado el Informe en dos grandes bloques: Marco Teórico y Conceptual y Estudio Empírico.

El primer bloque, el Marco Teórico y Conceptual, consta de tres capítulos. En el capítulo 1, se comentan los aspectos más relevantes del contexto institucional y normativo de la Mutilación Genital Femenina (MGF). El capítulo 2 se centra en la Política de Médicos del Mundo (MDM) ante la MGF. Ya en el capítulo 3 abordaremos la actuación de MDM en la MGF. La última sección de esta primera parte incorpora los Objetivos que nos planteamos en este trabajo.

La segunda parte, la Empírica, comienza en el capítulo 4 que contiene el Marco Metodológico donde se describe el diseño de la investigación, de enfoque cualitativo. En el capítulo 5 se exponen los Resultados que hemos obtenido en el estudio y la Discusión de los mismos. En el capítulo 6 exponemos las Conclusiones, las Limitaciones, sugerimos Futuras Líneas de investigación y la Aplicabilidad de la investigación.

La pretensión de este proyecto de investigación es contribuir al conocimiento aplicado sobre la MGF de las personas que viven en las zonas de nuestro ámbito de intervención, partiendo del análisis de las expectativas, necesidades y derechos de estas personas, contribuyendo así a la prevención y la erradicación de la práctica de la MGF.

Por último, y en términos de forma, quisiéramos resaltar que en el desarrollo del texto utilizaremos un lenguaje inclusivo, haciendo uso preferentemente de términos que engloben a mujeres y a hombres y en el caso de que esto no sea posible, nombrado a ambos perfiles con los adjetivos que procedan.



II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL



CAPÍTULO 1.

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: CONTEXTO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO



CAPÍTULO 1.

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: CONTEXTO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO

1.1. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos” (2008, p.1).

La Mutilación Genital Femenina (Médicos del Mundo, 2017) es una práctica cultural nociva, llevada a cabo principalmente en 30 países de África y Oriente Medio, que vulnera los derechos humanos de mujeres y niñas y que tiene sus raíces en la desigualdad de género, siendo considerada, además, una forma de violencia contra las mujeres.

Con la mutilación, la mujer es sometida y ve alterada su sexualidad de manera grave. Supone una violación de sus derechos fundamentales. En los países en los que se practica, la MGF entra dentro de la esfera cultural y es considerada una tradición. Sin embargo, la realidad demuestra que es una forma de violencia contra la mujer que no se puede justificar de ningún modo.

Hay que tener en cuenta que las familias que la realizan la consideran beneficiosa para sus hijas y la sienten íntimamente ligada a su identidad social y cultural, al margen de que ésta viole derechos universalmente reconocidos (Derechos del Niño, Asamblea de la Naciones Unidas, 1989) y de que en nuestra sociedad y en muchos países africanos sea considerada una práctica delictiva.

Según datos de UNICEF (2016) se estima que más de 200 millones de niñas y mujeres vivas hoy en día han sufrido algún tipo de mutilación/ablación en una franja de 30 países de África y Oriente Medio. Otros 30 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas de la mutilación en la próxima década. La práctica se realiza en un grado mucho menor en otras partes del mundo, aunque se desconoce el número exacto de las niñas y mujeres afectadas.

En el siguiente mapa publicado por Kaplan y López (2017), en el año 2016 se recogen los países donde se practica MGF, incluyendo también aquellos países donde hay población inmigrante originaria de otros países que la practican (Figura 1)

Figura 1. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en el mundo



Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina. Kaplan y López (2017)

La prevalencia de la MGF varía tanto dentro de un país y región a otro como dentro de los distintos países y regiones, siendo en todos casos la etnia el factor más decisivo, tal y como recoge la OMS. Además, el tipo de mutilación practicada también varía según la etnia a la que se pertenece.

La MGF causa grandes sufrimientos en la mujer, deja secuelas físicas para toda la vida, puede producir secuelas psicológicas y es una cuestión preocupante para la salud reproductiva. Muchas mujeres que la han sufrido necesitan ayuda médica especializada y es necesario adoptar una actitud solícita y comprensiva para alentar a esas mujeres a buscar atención. Por tanto, la afectación psico-física de la mujer adulta mutilada es una demanda sanitaria significativa que hay que contemplar como prioridad en los servicios de salud.

En la práctica de la MGF el factor género es un elemento fundamental que se explica observando el escaso acceso de la mujer a la información propiciada por sociedades y culturas patriarcales. La mujer africana mutilada no es consciente de la agresión de la que es objeto debido a que desde la infancia se la educa en la convicción de que la MGF es algo positivo para ella. No tiene referencias sobre otras posibilidades y no ha tenido en la mayoría de los casos acceso a la información, por lo que no ha podido entender la práctica de la MGF como un ataque a su integridad



física ni como una afectación hacia su salud. De este modo los síntomas físicos, psicológicos o alteraciones de su sexualidad no los relaciona con la intervención y tampoco interpreta ésta como una forma de sumisión y control de su libertad sexual a la dominación masculina.

Resumiendo, la violencia contra la mujer que entraña la MGF es un importante problema de salud que se pasa por alto en multitud de ocasiones, poniendo de manifiesto la invisibilidad a la que han estado y están sometidas las mujeres inmigrantes (niñas y adultas) presentes en nuestra sociedad, debido a la imposición de un sistema patriarcal que discrimina por razón de género sus derechos fundamentales como la salud, la educación y el control de su capacidad sexual y reproductiva.

1.2. TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La OMS (2010) establece la siguiente clasificación de tipos de MGF.

- Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía).
- Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores (escisión).
- Tipo III: Estrechamiento de la abertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores y/o mayores, con o sin escisión del clítoris (infibulación).
- Tipo IV: Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización.

1.3. CONSECUENCIAS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Tal y como describe la OMS (2008), la práctica de la MGF tiene consecuencias para la salud física y psicológica de las mujeres y niñas a corto, medio y largo plazo. Estas consecuencias se incrementan según el tipo de MGF practicada y según las condiciones en la que se realice.

Las complicaciones inmediatas pueden incluir:

- Dolor intenso;

- Hemorragia;
- Inflamación de los tejidos genitales;
- Fiebre;
- Infecciones como el tétanos;
- Problemas urinarios;
- Lesiones de los tejidos genitales vecinos;
- Estado de shock;
- Muerte.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser:

- Infecciones urinarias (micción dolorosa, infecciones del tracto urinario);
- Problemas vaginales (leucorrea, prurito, vaginosis bacteriana y otras infecciones);
- Problemas menstruales (menstruaciones dolorosas, tránsito difícil de la sangre menstrual, etc.);
- Tejido y queloide cicatriciales;
- Problemas sexuales (coito doloroso, menor satisfacción, etc.) (Médicos del Mundo, 2017);
- Mayor riesgo de complicaciones en el parto y de mortalidad neonatal;
- Necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, en los casos en los que hay que realizar la desinfibulación tras una mutilación tipo 2; en ocasiones la zona genital es cosida repetidas veces, incluso después de que la mujer dé a luz, con lo que ésta se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, cosa que acrecienta los riesgos tanto inmediatos como a largo plazo;
- Trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, escasa autoestima, etc.).

1.4. RAZONES POR LAS QUE SE PRACTICA LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La MGF vulnera los Derechos Humanos de mujeres y niñas y es una forma de violencia contra ellas, sustentada en creencias y mitos que son mantenidos generación tras generación.



Algunos ejemplos de las razones aducidas para mantener esta práctica cultural nociva son:

- La religión obliga.
- Es más higiénico (motivos de limpieza o pureza de la mujer).
- Supone un bien para las niñas.
- Son costumbres y tradiciones.
- El clítoris crecerá demasiado (razones estéticas).
- Protege la virginidad (control de la moral y de la sexualidad de las mujeres).
- Las mujeres mutiladas tienen más hijos/as.
- El corte de la mujer previene problemas de salud en sus hijos/as y la transmisión de enfermedades y daños en los hombres.
- Si una mujer está mutilada el placer sexual en el hombre es mayor.
- Es necesario para la aceptación de la niña/mujer por parte de la comunidad.

Es necesario trabajar para desmontar estas creencias a través del empoderamiento de las familias procedentes de países de riesgo. El acceso a la información y la manera de hacerles llegar el mensaje es clave para que el proceso preventivo tenga éxito.

1.5 TENDENCIAS EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La OMS (2015) apunta algunos cambios de tendencia en la práctica de la MGF:

- Ha habido un aumento drástico en la proporción de mutilaciones practicadas por personal sanitario.
- En algunos países se ha registrado un descenso de la edad media a la que se somete a una niña al procedimiento.
- La tendencia a empujar la práctica de la MGF a la clandestinidad o a alentar un movimiento transfronterizo de mujeres de un país en el que la práctica es ilegal a un país vecino que la permite.

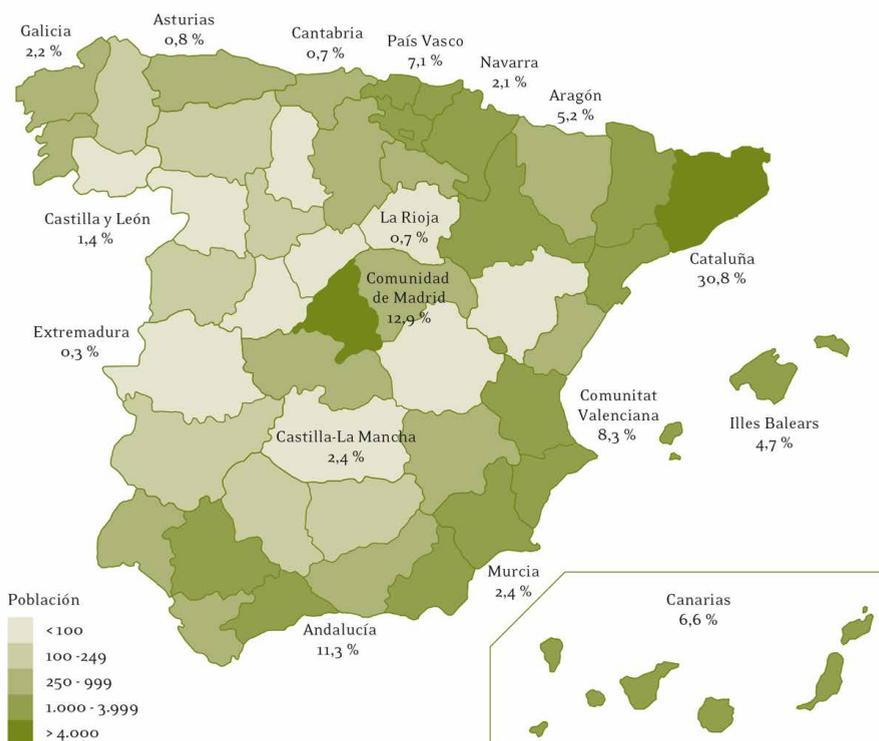
En clave positiva UNICEF (2016) señala que se ha producido un descenso general en la prevalencia de dicha práctica en las últimas tres décadas, no siendo uniforme en todos los países. Aunque también recalca que si continúa la tendencia

del crecimiento poblacional, el número de niñas y mujeres afectadas por esta práctica aumentarán significativamente en los próximos 15 años.

1.6. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA

España es un país de acogida de familias procedentes de países en los que la práctica de la MGF es habitual. Según el último Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España, realizado por Kaplan y López (2017), entre los 6 millones de personas de origen extranjero que residían en España en el año 2016, se encontraban casi 250.000 personas originarias de países MGF, de las cuales 69.086 son mujeres o niñas.

Figura 2. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España



Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina. Kaplan y López (2017).



En ese mismo informe se indica que, mientras que durante los últimos años de la década de 1990 y los primeros de 2000 tuvo lugar la expansión de la población de origen MGF en España, a partir de 2008 se experimentó la consolidación de este colectivo. El crecimiento del conjunto de la población de origen MGF en España ha sido ligeramente negativo: en 2016 residía un 2,1% menos que en 2012. Sin embargo, si se contabiliza únicamente la población femenina, ésta se incrementó en un 5,2% desde entonces. Este crecimiento se ha producido exclusivamente entre la población adulta, ya que el número de niñas es prácticamente idéntico al de 2012, con 18.396 niñas de 0 a 14 años en 2016.

El número de personas extranjeras residiendo en España, según datos del Padrón Continuo (2018) a 1 de enero de 2018, era de 4.719.418, el 10% del total de la población. De dicho número, el 3'4% (163.070 personas inmigrantes) residen en la Comunidad de Castilla-La Mancha, lo que representa el 8% de la población total de esta región (2.025.510 personas), tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución territorial de la población en Castilla-La Mancha, 1 de enero de 2018, INE.

Perfiles	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL POBLACIÓN			
CASTILLA - LA MANCHA	2.025.510	1.013.568	1.011.942
PERSONAS ESPAÑOLAS	1.862.440	930.270	932.170
PERSONAS EXTRANJERAS	163.070	83.298	79.772

Fuente: INE, 2018 (datos provisionales).

Según datos de 2018, la población extranjera con nacionalidad de alguno de los países donde se practica la MGF es en España de 291.250, de las cuales residen en Castilla-La Mancha 6.299 personas (INE, 1 de enero 2018).

Estos datos, que se desglosan en la Tabla 2 (mujeres) y Tabla 3 (hombres), hacen referencia a la población empadronada en Castilla-La Mancha de diferentes países donde se practica la MGF, principalmente países subsaharianos junto con otros países como Indonesia, Iraq o Paquistán.

Tabla 2. Distribución territorial de las mujeres inmigrantes procedentes de países donde se practica la MGF en Castilla-La Mancha, 1 de enero de 2018, INE.

	MUJERES					
	CASTILLA - LA MANCHA	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo
Total países	1.801	277	97	108	590	729
Benin	1	0	0	0	0	1
Burkina Faso	23	20	0	0	2	1
Camerún	86	16	9	1	20	40
Congo	14	1	2	0	1	10
Costa de Marfil	33	7	1	2	7	16
Egipto	40	5	8	0	15	12
Etiopía	19	0	0	3	15	1
Gambia	15	8	1	0	5	1
Ghana	59	6	2	4	39	8
Guinea	55	17	4	3	9	22
Guinea-Bissau	10	3	1	1	1	4
Kenia	17	1	0	2	3	11
Liberia	0	0	0	0	0	0
Mali	262	59	10	1	9	183
Nigeria	553	7	11	4	346	185
República Democrática del Congo	10	0	0	0	10	0
Senegal	165	97	4	8	29	27
Sierra Leona	0	0	0	0	0	0
Togo	7	0	1	0	4	2
Otros países africanos	69	6	8	5	35	15
Indonesia	8	2	2	0	1	3
Iraq	13	1	3	0	8	1
Pakistán	342	21	30	74	31	186

Fuente: INE, 2018 (datos provisionales).



Tabla 3. Distribución territorial de los hombres inmigrantes procedentes de países donde se practica la MGF en Castilla-La Mancha, 1 de enero de 2018. INE.

	HOMBRES					
	CASTILLA - LA MANCHA	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo
Total países	6.299	1.782	403	355	1.625	2.134
Benin	4	0	0	0	3	1
Burkina Faso	57	42	4	0	7	4
Camerún	193	34	12	5	53	89
Congo	38	2	5	1	6	24
Costa de Marfil	136	30	6	3	46	51
Egipto	142	36	24	12	33	37
Etiopía	34	1	0	4	28	1
Gambia	136	101	6	0	19	10
Ghana	162	26	6	17	88	25
Guinea	214	67	21	8	45	73
Guinea-Bissau	43	14	3	3	7	16
Kenia	22	1	0	3	7	11
Liberia	4	0	0	0	1	3
Mali	1.378	600	33	11	48	686
Nigeria	1.314	16	25	12	803	458
República Democrática del Congo	31	1	0	0	28	2
Senegal	1.050	689	88	33	133	107
Sierra Leona	8	1	4	0	1	2
Togo	17	4	1	0	9	3
Otros países africanos	162	15	20	9	87	31
Indonesia	12	3	3	0	2	4
Iraq	30	3	8	0	14	5
Pakistán	1.112	96	134	234	157	491

Fuente: INE, 2018 (datos provisionales).

Tal y como se muestra en la Tabla 2, y atendiendo a estos datos entre las mujeres empadronadas en Castilla-La Mancha con nacionalidad de países africanos en los que se practica la MGF destacan: Nigeria (553 mujeres), Malí (262), Senegal (165), Camerún (86), Ghana (59) y Guinea (55). También es importante el dato de Paquistán, con 342 mujeres. El resto de países donde se practica la MGF tiene una incidencia inferior a cincuenta mujeres.

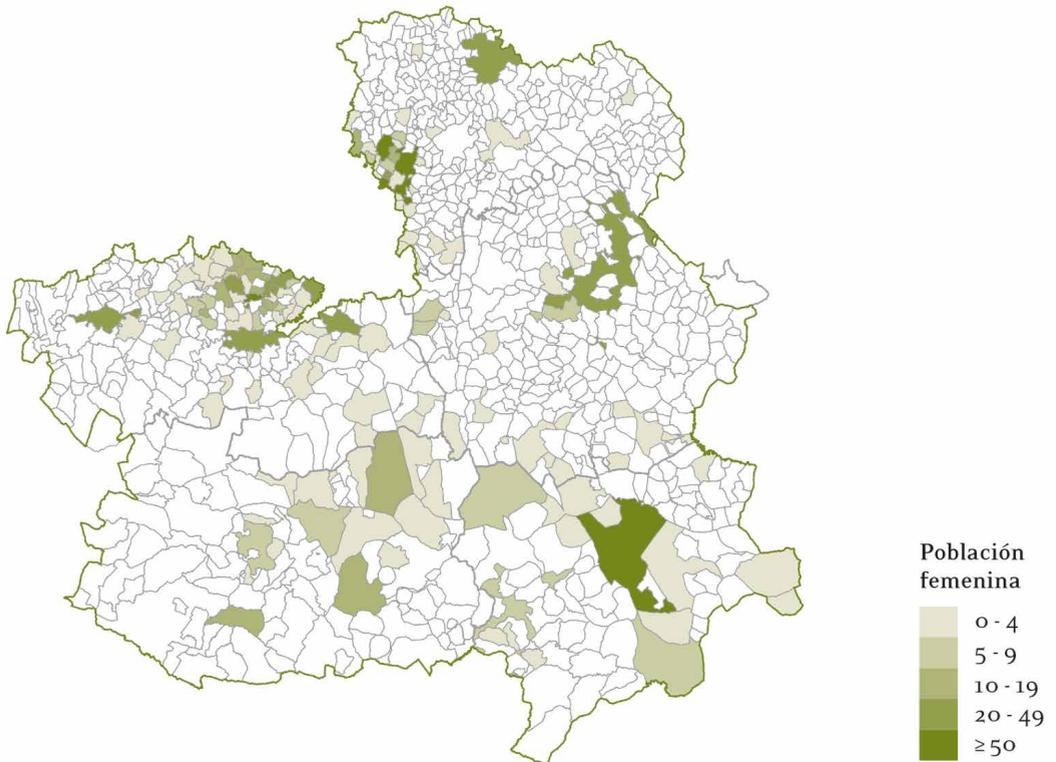
La presencia y distribución en Castilla-La Mancha de personas procedentes de los países en los que se practica la MGF, según los mapas elaborados por Kaplan y López (2013) referido a los años 2012 y 2016 (relativos a población africana), ponía de manifiesto cómo entre los años 2008 y 2012 se produjo un aumento en nuestra región del 134,6% de mujeres de estos países, señalando esta Comunidad junto con Euskadi como aquellas en las que más había aumentado la población, llegando a doblarla. Por otro lado, entre 2012 y 2016 la población femenina se ha estabilizado, descendiendo incluso un 0,1%. Al analizar el número de niñas menores de 15 años se aprecian unos datos similares, con un aumento del 182,5% entre 2008 y 2012, y un pequeño aumento del 7,5% en el año 2016.

Se observa unas grandes diferencias dentro de Castilla-La Mancha, siendo en las provincias de Toledo, Albacete y Guadalajara donde se encuentra un mayor número de población de dichos países. Además, la nacionalidad de origen mayoritaria varía también entre una provincia y otra: mientras que en Guadalajara el perfil mayoritario son mujeres de Nigeria, en Toledo encontramos un número similar de mujeres de Mali, Nigeria y Paquistán, y en Albacete hay más mujeres de Senegal y Mali.

Tal y como describen Kaplan y López (2017) dentro de cada provincia las nacionalidades se concentran en localidades específicas. Azuqueca de Henares, en Guadalajara, es el municipio en el que residen más mujeres de origen MGF de toda la comunidad manchega, más de 400, en su mayoría de origen nigeriano. Se trata del décimo municipio de toda España en número de mujeres de este origen. Albacete es el segundo municipio de la comunidad con más mujeres de origen MGF, con más de 200 residentes. Recas, en Toledo, es el tercero en número de mujeres MGF de toda la comunidad, la gran mayoría de origen maliense. Ocupa el sexto lugar en el listado de municipios de toda España con un mayor número de mujeres con origen de Malí.



Figura 3. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha.



Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha. Kaplan y López (2017).

Los datos totales de población femenina son similares a los datos específicos de niñas menores de 15 años con nacionalidades de países donde se practica la MGF. Según la información del INE (2018) fecha 1 de enero de 2018 residen en Castilla-La Mancha 516 niñas menores de 15 años de estas nacionalidades, siendo el mayor colectivo el de Nigeria (146), seguido de Mali (116), Pakistán (86) y Senegal (50). (Véase tabla 4). En este caso las provincias con mayor número de niñas con nacionalidad de alguno de los países donde se practica la MGF son Toledo y Guadalajara, destacando en el primer caso las nacionalidades de Nigeria y Malí, y en el segundo Nigeria.

Tabla 4. Distribución territorial de las niñas extranjeras menores de 15 años países MGF, según provincia de residencia (Castilla-La Mancha), 1 de enero 2018.

	NIÑAS					
	CASTILLA - LA MANCHA	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo
TOTAL	516	90	30	32	160	204
Benin	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	4	4	0	0	0	0
Cabo Verde	2	0	0	0	0	2
Camerún	18	2	0	0	3	13
Congo	3	0	0	0	0	3
Costa de Marfil	4	1	0	0	2	1
Egipto	19	2	4	0	10	3
Etiopía	7	0	0	2	5	0
Gambia	6	2	0	0	3	1
Ghana	20	3	1	1	15	0
Guinea	15	6	2	0	1	6
Guinea-Bissau	1	0	0	0	0	1
Kenia	0	0	0	0	0	0
Liberia	0	0	0	0	0	0
Mali	116	28	6	1	3	78
Nigeria	146	0	1	0	92	53
República Democrática del Congo	0	0	0	0	0	0
Senegal	50	33	1	2	8	6
Sierra Leona	0	0	0	0	0	0
Togo	4	0	1	0	3	0
Otros países africanos	11	1	0	0	5	5
Indonesia	0	0	0	0	0	0
Iraq	4	0	2	0	2	0
Paquistán	86	8	12	26	8	32

Fuente: INE, 2018 (datos provisionales).



Esta presencia y estabilización en Castilla-La Mancha de familias de etnias que practican la MGF ha puesto de relieve la necesidad de desarrollar estrategias de actuación para su prevención y erradicación, en coordinación con los diferentes recursos sociales, sanitarios y educativos de la región.

Es importante recordar que en ningún caso la procedencia debe ser asimilada a riesgo inminente, tan solo un indicio que justificaría el acercamiento a la familia inmigrada. Las situaciones reales de riesgo que vamos a encontrar tienen que ver con el posicionamiento del padre y la madre, y de la familia del país de origen frente a la práctica y el momento de los viajes a estos países en periodos vacacionales. No obstante, se debe concentrar la sensibilización y la divulgación en las zonas geográficas donde hay mayor presencia de inmigrantes de países donde se practica la MGF.

1.7. MARCO JURÍDICO

Tal y como hemos mencionado, la MGF es una vulneración de los derechos humanos, que priva a las niñas y las mujeres de su derecho a la integridad física y mental, a la protección contra la violencia, al más alto nivel posible de salud, a la no discriminación basada en el género, a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, al derecho a la vida, al derecho a la dignidad humana y al derecho a la igualdad entre mujeres y hombres.

Estos derechos están protegidos por toda una serie de tratados, documentos de consenso y otros acuerdos internacionales o regionales promovidos por la Organización de Naciones Unidas y otros organismos internacionales.

Los instrumentos (UNPFA, 2015) de los derechos humanos pertinentes para la MGF son, entre otros:

Tratados internacionales

- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
- Convención sobre el Estatuto de las personas refugiadas.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

- Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña (CDN).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESCR).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobada en diciembre de 2014 A/RES/69/150: Intensifying Global Efforts for the Elimination of Female Genital Mutilation.

Tratados regionales

- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África.
- Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño y la Niña.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.
- Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica: Convenio de Estambul (mayo 2011).
- Directiva 2004/83/CE del Consejo de 29 de abril de 2004 por la que se establecen normas mínimas relativas a los requisitos para el reconocimiento y el estatuto de nacionales de terceros países o apátridas como refugiados o personas que necesitan otro tipo de protección internacional y al contenido de la protección concedida.
- Convenio Europeo para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (ECHR).
- Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños y las Niñas.

Destacamos especialmente el Convenio de Estambul, que es el primer instrumento europeo jurídicamente vinculante dedicado específicamente a la violencia contra las mujeres y que ha supuesto un paso importante hacia una mayor igualdad de género. Este convenio describe como delito todas las formas de violencia de género, incluida la MGF. Los gobiernos cuentan así por primera vez con una herramienta para poner fin a este tipo de violencia. Este Convenio ha sido ratificado por España y entró en vigor el 1 de agosto de 2014. Además,



en mayo de 2017 la Unión Europea se adhirió a la Convención, lo que le obliga a tomar medidas a nivel europeo para proteger y apoyar a las víctimas, mejorando su protección.

Además, la MGF está prohibida en un gran número de países, variando las penas de un mínimo de seis meses de cárcel a un máximo de cadena perpetua. Varios países también incluyen multas económicas en la pena.

Los países africanos que prohíben la MGF (UNPFA, 2015) son Benin (2003); Burkina Faso (1996); Chad (2003); Côte d'Ivoire (1998); Djibouti (1994, 2009); Egipto (2008); Eritrea (2007); Etiopía (2004); Ghana (1994, 2007); Guinea (1965, 2000); Guinea-Bissau (2011); Kenia (2001, 2011); Mauritania (2005); Níger (2003); Nigeria (1999-2002, varios estados; prohibición federal en 2015); República Centroafricana (1996, 2006); Senegal (1999); Sudáfrica (2000); Sudán (estado de Kordofán del Sur, 2008; estado de Gadarif, 2009); Tanzania (1998); Togo (1998); Uganda (2010); Zambia (2005, 2011); Gambia (2015); Liberia (ley provisional 2018).

Otros países no africanos que también reflejan expresamente la prohibición de la MGF son Australia (6 de los 8 estados entre 1994-2006); Austria (2002); Bélgica (2000); Canadá (1997); Colombia (Resolución n.º 001 de 2009 de autoridades indígenas); Chipre (2003); Dinamarca (2003); España (2003); Estados Unidos (ley federal, 1996; 17 de los 50 estados entre 1994 y 2006); Francia (Código Penal, 1979); Italia (2005); Luxemburgo (solo en lo referente a las mutilaciones, sin especificar la mutilación «genital», 2008); Noruega (1995); Nueva Zelanda (1995); Portugal (2007); Reino Unido (1985); Suecia (1982, 1998) y Suiza (2005, una nueva normativa penal más estricta en 2012).

Si hacemos referencia a la legislación que se aplica en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) la MGF está considerada como delito de lesiones y tipificada en el Código Penal con penas de cárcel de entre seis y doce años. La reforma del artículo 149.2 se introdujo en 2003, incorporando expresamente en su nuevo apartado 2 la mutilación genital, en cualquiera de sus manifestaciones, como una conducta encuadrable entre las lesiones de dicho artículo. (Artículo 149.2, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre modificada por la Ley Orgánica 11/2003).

Este artículo añade que *'Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela,*

curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si se estima adecuado al interés de la menor o incapaz’.

El artículo 23.4, apartado l) de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014 de 13 de marzo, relativa a la justicia universal, permite a los tribunales españoles la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.

Adicionalmente, en MGF hay que tener en cuenta la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica al Menor, (modificada por la ley 26/2015 de 28 de julio) que recoge cómo *“toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”*. El artículo 14 establece que *las autoridades y servicios públicos tendrán la obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario, de la Entidad Pública y del Ministerio Fiscal.*

Es importante resaltar cómo la MGF puede ir vinculada a la concesión del derecho de asilo en base a lo dispuesto en los Arts. 3 y 8 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de persona refugiada. Esta legislación recoge que procede la concesión del derecho de asilo en aquellos supuestos en que se acredite la existencia de «indicios suficientes», según las circunstancias de cada caso, de que una mujer sufre persecución por su pertenencia al género femenino, que le ha supuesto la imposición de prácticas contrarias a la dignidad humana, como el matrimonio forzoso o la *mutilación de un órgano genital*, y que el régimen legal del país de origen no ofrece una protección jurídica eficaz.

En el plano autonómico diferentes Comunidades Autónomas han incluido referencias a la MGF en sus normas propias de protección a la infancia o en sus normas autonómicas en materia de igualdad de oportunidades y de violencia contra las mujeres, tal y como ha hecho el Gobierno de Castilla-La Mancha en el



anteproyecto de la Ley por una Sociedad Libre de Violencia de Género, donde se incluye expresamente la Mutilación Genital Femenina como una forma de violencia de género.

En conclusión, como se ha mencionado, la legislación persigue y castiga penalmente las MGF sin distinguir entre los diferentes tipos de mutilaciones, incluso cuando el delito se comete fuera de las fronteras nacionales. Además, el poder judicial puede adoptar medidas preventivas de carácter cautelar ante el riesgo de que se vaya a cometer una mutilación. Pero no debemos olvidar que tipificar la MGF como delito no puede ser la única vía: uno de los principios básicos del Derecho Penal es el de la intervención mínima, es decir, que el estado sólo como último argumento debe recurrir a las sanciones penales, ya que, de otro modo, se podría producir un indudable incremento de la clandestinidad de estas prácticas.

Es por tanto fundamental llevar a cabo intervenciones integrales que garanticen la coordinación entre los diferentes ámbitos que tienen un papel clave en la prevención, para facilitar en el seno de las comunidades y las familias procesos de reflexión para el cambio y de empoderamiento en defensa de los derechos de mujeres y niñas, de manera educativa y no solamente punitiva.

1.8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN

Tal y como hemos señalado en el apartado anterior, el camino de lucha contra la MGF desde nuestro país y nuestra región son la sensibilización, la información, la prevención y la actuación en casos de riesgo de MGF a través de la implementación de protocolos. Aunque quienes defienden estas prácticas las consideran como un rito necesario de iniciación a la edad adulta, cada vez más hombres y mujeres en África y en todo el mundo se oponen a ella por considerarla una forma clara de violencia contra la mujer y una negación de sus derechos fundamentales. Nuestro objetivo es trabajar para que aumente el número de hombres y mujeres que condenen esta práctica y contribuir a que se deje de realizar.

Por eso es fundamental que también exista un protocolo de actuación y prevención, que vaya acompañado de formación a profesionales y de intervención preventiva directa con las familias.

En el momento actual en España están vigentes los siguientes protocolos de actuación:

En el ámbito nacional:

- “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina”, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el día 14 de enero de 2015, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016. Se trata de la primera iniciativa gubernamental en relación con la MGF a nivel nacional, aunque cabe indicar que, a diferencia de los protocolos autonómicos, se centra solamente en el ámbito sanitario.

En el ámbito autonómico:

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, de la Comunidad Autónoma de Cataluña de 2007.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, de la Comunidad Autónoma de Aragón de 2011.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, de la Comunidad Foral de Navarra de 2013.
- Protocolo de prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia, 2016.
- Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF de la Comunidad Valenciana, 2016.
- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina de Castilla-La Mancha, 2017.

Además en algunas comunidades existen guías de actuación;

- Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. 2016.
- Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Junta de Andalucía. 2016.
- Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid. 2017.



Los protocolos y guías autonómicas han facilitado el trabajo preventivo y la coordinación de los y las profesionales de los diferentes ámbitos, estableciendo las líneas a seguir tanto a nivel preventivo como de actuación en casos detectados.

El foco principal de lucha contra la MGF se ha centrado en el ámbito sanitario, al ser desde allí desde donde se identifican las niñas y mujeres que han sufrido una MGF. Pero también es una parte fundamental de la prevención la coordinación interdisciplinar con el resto de recursos sociales o educativos, entre otros, ya que son en muchos casos la vía de detección de casos de riesgo, además de ser imprescindibles en el apoyo a mujeres o niñas que ya han sido víctimas de mutilación genital femenina.



CAPÍTULO 2.

POLÍTICA DE MÉDICOS DEL MUNDO ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



CAPÍTULO 2.

POLÍTICA DE MÉDICOS DEL MUNDO ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En el momento de redactar esta Política, el Plan Estratégico 2016-2022 de Médicos del Mundo (2016), marca los ejes que deben guiar las diferentes líneas de acción de nuestra organización. El posicionamiento que se expone en este documento sigue estos 5 ejes transversales.

2.1. CAMBIO SOCIAL

En Médicos del Mundo, trabajamos para conseguir un cambio en la sociedad que conduzca a la eliminación de las causas de vulneración del derecho a la salud y que luche por terminar con la práctica de la MGF.

Médicos del Mundo como asociación, implicará a su base social, especialmente personas socias y voluntarias, en el activismo por el cambio social. También participará en redes, estableciendo alianzas nacionales en los países en los que trabajemos e internacionales reforzando así el trabajo de lucha ante la MGF.

En las diferentes actuaciones que llevamos a cabo sumamos además a las personas titulares de derechos que participan en las mismas a través de la mediación y el activismo, denunciando también las situaciones de vulneración y formamos a profesionales que a través de sus intervenciones refuerzan el trabajo preventivo y de lucha contra la MGF.

2.2. ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Desde el **enfoque de DDHH** en Médicos del Mundo trabajamos con:

- *Titulares de obligaciones*, exigiendo a los poderes públicos que se comprometan con la erradicación de la MGF estableciendo las políticas legislativas, administrativas y judiciales necesarias, acompañadas de una adecuada dotación de recursos, y que vigilen su cumplimiento.

- *Titulares de responsabilidades*, llevando a cabo labores de sensibilización y formación sobre la práctica, para que asociaciones, familias, medios de comunicación, profesionales, etc. se involucren en la lucha contra la MGF siendo fundamental el trabajo con líderes/as comunitarios/as y religiosos/as.
- *Titulares de derechos*, propiciando el dialogo sobre la MGF, realizando labores de educación y sensibilización y el conocimiento de sus derechos, contribuyendo a su empoderamiento, siendo fundamental para lograr estos objetivos la mediación intercultural.

La aplicación del **enfoque de género** al análisis de la MGF implica que ésta pase de ser una práctica cultural y/o religiosa, a entenderse como una forma de violencia hacia mujeres y niñas, que pone en riesgo sus vidas, y que vulnera sus derechos humanos.

La MGF es una práctica que identifica la mutilación del cuerpo y la mutilación de los derechos de las mujeres y las niñas, y, con ello, su subordinación a los hombres, al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, que buscan perpetuar la desigualdad y mantener el orden patriarcal establecido, en el que prima lo masculino, con valores positivos, sobre lo femenino, considerado inferior y subordinado. Con la MGF se busca tener controlado el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, para así asegurar su virginidad y su fidelidad, ligadas al honor familiar, y, por ende, al de toda la comunidad.

La MGF ha sido practicada tradicionalmente por las propias mujeres, y se consideraba una “cuestión de mujeres”, permitida y consentida por ellas, y por la familia, lo que ha contribuido durante mucho tiempo a que este tipo de violencia estuviera invisibilizada. Lo que implica este hecho es que las mujeres estamos inmersas en sociedades en las que se nos obliga a cumplir unos cánones y requisitos sin los cuales no podremos avanzar en la sociedad y que implican, siempre, nuestra subordinación a unas normas violentas que se perpetúan.

El enfoque de género, en definitiva, muestra que las prácticas, roles y estereotipos asignados a cada uno de los sexos son un producto social y cultural que asegura la dominación de un sexo sobre otro, de los hombres sobre las mujeres. La dominación se asegura mediante la práctica de diversos tipos de violencias, en algunos casos, “fundamentadas” en la tradición, la religión o la cultura.



Desde la perspectiva de género observamos otros factores que influyen en la MGF y justifican su continuidad: el menor acceso de las niñas a la escolarización, el rol doméstico y dependiente asignado a la mujer o la poligamia, entre otros factores.

2.3. PARTICIPACIÓN PARA EL PROTAGONISMO

Médicos del Mundo defiende el valor de la participación, entendida como el legítimo derecho de las personas y de las poblaciones con las que trabajamos a tener un papel activo en la gestión de su salud y en las decisiones que les afectan.

La participación activa impulsa la apropiación y el empoderamiento de las personas titulares de derechos respecto a los procesos de desarrollo en los que están implicadas, contribuyendo a aumentar su protagonismo.

En España, uno de los mayores logros hasta el momento de las intervenciones que Médicos del Mundo viene realizando en la lucha contra la MGF ha sido la incorporación de mediadores y mediadoras interculturales, procedentes de los países afectados.

En este momento, Médicos del Mundo es un referente en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina en España, lo que le obliga a seguir trabajando para hacer real la erradicación de esa práctica involucrando de forma activa y participativa a la sociedad civil.

Igualmente centrará sus esfuerzos en la prevención y la lucha contra la MGF poniendo el foco sobre el empoderamiento de las propias mujeres afectadas para que sean ellas la fuente de su cambio propiciando modificaciones en los patrones de comportamientos sociales y de roles de género dentro de las familias afectadas y en sus comunidades de origen.

En España, también es muy importante seguir potenciando el trabajo que se realiza con asociaciones de inmigrantes, sumándolas a la lucha activa contra la MGF a través del liderazgo de personas clave en las comunidades.

Trabajamos con un enfoque antropológico que aporta un marco conceptual y teórico, que facilita el conocimiento de los espacios, los contextos, las visiones del mundo, los sistemas de valores y las características culturales y sociales que configuran y dan sentido a las nociones y prácticas de salud/enfermedad/terapia de las comunidades locales y de las personas que las configuran.

2.4. GESTIÓN ÉTICA Y DE CALIDAD

Como organización, siguiendo la línea de la Red Europea de lucha contra la Mutilación Genital Femenina de la que formamos parte (End FGM EU), adoptamos nuestro propio código ético para referirnos a todo lo relacionado con la MGF con la intención de no estigmatizar práctica las supervivientes y no herir ninguna sensibilidad:

- Adoptamos el uso del término “superviviente” en lugar de víctima ya que enfatiza la resiliencia y el empoderamiento de la mujer, reconoce la violencia que ha sufrido y además le da importancia a su papel activo contra esa violencia.
- Los términos “comunidades que practican la MGF” / “comunidades afectadas por la MGF” pueden ser reconocidos como válidos para su uso en la organización, sabiendo que tienen diferentes connotaciones. La expresión “comunidades que practican la MGF” hace referencia de manera neutral a las comunidades en las que se sigue realizando la práctica. La expresión “comunidades afectadas por la MGF” busca enfatizar que dicha práctica es perjudicial tanto para la mujer/niña como para toda la comunidad.
- Para tratar directamente con personas o comunidades afectadas, se debería preguntar cuál de los diferentes términos (corte, ablación, escisión, mutilación) prefieren para referirse a la MGF.
- Al tratar con los medios de comunicación debemos ser conscientes de que su importancia para aumentar la concienciación sobre los efectos de la MGF y ayudar a guiar la opinión del público sobre las comunidades afectadas por la MGF. Por ello, hay que tener presente que la información que les proporcionemos debe ser precisa y detallada para crear mayor sensibilización sobre la MGF y que entiendan el lenguaje específico para que no distorsionen la realidad y podamos contribuir al empoderamiento de las supervivientes. En este sentido debemos prestar especial atención a que los testimonios de las mediadoras enfatizen su labor como activistas y no su experiencia personal.
- Al tratar con titulares de obligaciones, tendremos especial sensibilidad en el lenguaje para que no se aborde de manera estigmatizante.
- En el lenguaje visual debemos tener especial cuidado con las imágenes y fotografías ya que pueden desencadenar el efecto contrario al deseado, es



decir, pueden generar estereotipos muy negativos, desempoderamiento, incluso pueden provocar en las afectadas un efecto de re-victimización y re-traumatismo. Por ello las imágenes seleccionadas para sensibilizar y crear un sentido de unidad contra dicha práctica, tienen que ser positivas, muy alejadas de imágenes sensacionalistas que reflejan de forma distorsionada la MGF.

Estos principios éticos serán la base sobre la cual construimos nuestra intervención y discurso en pro de la lucha contra la MGF.

Prestaremos especial atención también a la evaluación del impacto de nuestras intervenciones y a la gestión del conocimiento, potenciando esta parte con especial protagonismo de las personas titulares de derechos.

2.5. GOBERNANZA Y DESARROLLO DE LA ASOCIACIÓN

Médicos del Mundo como asociación debe fomentar la integración y el desarrollo de personas socias y voluntarias, con conciencia crítica, comprometidas con el cambio social para contribuir a eliminar las causas y consecuencias de la vulneración del derecho a la salud y a la consecución de sociedades más justas.

Para ello, desde los diferentes ámbitos de la asociación (autonómico, estatal, internacional), a través de la participación en los comités, en los grupos de trabajo, en las juntas directivas, se hace efectiva la participación del voluntariado y del asociativo, comprometida con la lucha contra la MGF. En este sentido, el grupo de trabajo estatal de MGF, formado por personas voluntarias, asociativo y personal técnico, especializado en esta materia, juega un importante papel en el impulso al trabajo, a las políticas y acciones que se desarrollan en la organización.

La participación en la asociación de personas titulares de derechos, tanto en el ámbito del voluntariado como en el asociativo, es fundamental para potenciar el cambio y para contribuir a poner fin a esta práctica desde dentro de las propias comunidades.



CAPÍTULO 3.

ACTUACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



CAPÍTULO 3.

LA ACTUACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

3.1. TRABAJO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Desde los años setenta, muchas organizaciones no gubernamentales y algunas de carácter gubernamental e intergubernamental han desempeñado un papel activo en la concienciación sobre la mutilación genital femenina y en el desarrollo de estrategias para su erradicación.

Las asociaciones que trabajan en África, son la base de la lucha porque allí está la raíz de la MGF. En África, los distintos países se han organizado regionalmente para canalizar todas las energías hacia la eliminación de la MGF. The Inter African Committee on Traditional Practices (IAC) es la plataforma continental que está dirigiendo a los 28 países africanos para que se comprometan en la protección de mujeres y niñas frente a las Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

El trabajo de las ONG locales es muy importante. Éstas fortalecen mutuamente su trabajo compartiendo buenas prácticas, lo que también ocurre con las ONG internacionales. Una de estas buenas prácticas es el trabajo conjunto sur-sur entre organizaciones africanas para la eliminación de la MGF, convirtiendo ésta en una lucha colectiva.

Médicos del Mundo es la única organización española que forma parte de manera activa de la Plataforma Europea End FGM EU, integrada por 16 organizaciones que trabajan para garantizar una acción europea sostenible para poner fin a la mutilación genital femenina. Desde la Red se llevan a cabo diferentes acciones: campañas de sensibilización o compromisos para movilizar a la población general, profesionales y tomadores de decisiones para que actúen para acabar con la mutilación genital y potenciar el trabajo con las comunidades.

La Red Europea End FGM apuesta en su estrategia 2018-2022 por asegurar un enfoque de trabajo hacia la MGF coordinado y basado en los derechos humanos en toda Europa, la construcción de puentes entre actores relevantes y países de origen, así como construir un fuerte movimiento europeo en torno a la MGF. Asimismo, desarrolla, con la participación de Médicos del Mundo, acciones de formación a toda la comunidad.

Por otra parte, en el ámbito de Programas Internacionales, Médicos del Mundo apuesta por las siguientes líneas de intervención:

- Incidencia política, mediante la recopilación de evidencias en el terreno, basadas en los datos y las historias de las mujeres que han sobrevivido a la MGF así como a las del personal de salud encargado de atenderlas; promoviendo espacios de encuentro de redes africanas y/o europeas, y redes de mujeres que están en la lucha contra la MGF; y desarrollando campañas de incidencia y comunicación.
- Fortalecimiento institucional, a través de la sensibilización al personal de salud que comparte la misma cultura de la población a la que atiende y en la que la MGF es algo aceptado y normalizado. Y a través de la formación en las graves consecuencias para la salud de las mujeres que médicamente la MGF puede traer, tanto inmediatas, como a largo plazo.
- Apoyando a la sociedad civil organizada, tanto a asociaciones que trabajan en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y los derechos de las mujeres, o directamente sobre la erradicación de la MGF, como a grupos de mujeres apoyo mutuo, a líderes y lideresas religiosas y comunitarios/as, buscando alianzas con las personas de autoridad en la comunidad, así como a las terapeutas que realizan las prácticas para promover el diálogo y la propuesta de alternativas, con metodologías de IAP (investigación acción participativa).
- Mediante la información, educación y comunicación a los hombres y mujeres. Con especial énfasis en trabajar con los y las adolescentes a través de la reflexión sobre el propio cuerpo, la autoestima, los roles de género, las relaciones de poder y los derechos sexuales y reproductivos. Se trabajarán las masculinidades, apoyando la construcción de una identidad masculina no basada sobre el desequilibrio de poder entre los hombres y las mujeres, en favor de los primeros; y buscando la alianza de los hombres, y hacia los adolescentes, que en el futuro serán hombres.

3.2. TRABAJO EN EL ÁMBITO NACIONAL

Médicos del Mundo trabaja en el Estado español en el ámbito de la sensibilización y prevención de la MGF con población africana y población en general, sobre todo



profesionales de la salud, trabajo social, educación, etc. Todas nuestras actuaciones siguen dinámicas participativas, priorizando el protagonismo de las titulares de derechos, formando mediadoras e incorporándolas a nuestros programas. Además, realizamos trabajo de incidencia política ante las administraciones públicas, como la elaboración y seguimiento de protocolos.

Reclamaciones y compromisos de Médicos del Mundo para la erradicación de la MGF

1. Elaboración de protocolos de carácter interdisciplinar e integral, y dotación presupuestaria de los mismos para garantizar su implementación.
2. Establecimiento de programas específicos de formación a profesionales con implicación en la prevención de la MGF.
3. Inclusión de la MGF como una forma de violencia contra las mujeres y niñas en las diferentes legislaciones.
4. Garantía por parte de las Administraciones de la asistencia integral a mujeres supervivientes de esta práctica y la inclusión de la reconstrucción genital dentro de la cartera de servicios de los sistemas sanitarios.
5. Promoción de la investigación y la gestión del conocimiento en temas de MGF, así como impulso de un banco de buenas prácticas.
6. Protección y apoyo a organizaciones y personas que luchan para erradicar la MGF en los países en los que se practica.
7. Reconocimiento de la MGF como una de las causas de petición de asilo.
8. Formación de mediadoras y mediadores interculturales, líderes y lideresas comunitarias.
9. Participación en movimientos internacionales para la erradicación de la MGF, tanto en países de origen como en países de acogida de población en riesgo.
10. Trabajo coordinado en los países en los que se practica la MGF.
11. Participación en las actividades del 6 de febrero, Día Internacional de Tolerancia Cero con la MGF.

Desde este planteamiento formulamos los objetivos de nuestro estudio.

3.3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la práctica de la Mutilación Genital Femenina desde la perspectiva de la población procedente de países de riesgo, en las provincias de Albacete, Toledo y Guadalajara.

Objetivos específicos:

- Describir y analizar las actitudes, los conocimientos y los comportamientos de las mujeres y hombres inmigrantes participantes en relación a la MGF.
- Describir a través de los discursos de los y las participantes los factores determinantes relacionados con la perpetuación de la MGF.
- Identificar los recursos socio-sanitarios que puedan ofrecer cobertura en relación a la MGF y la relación entre estos recursos.



III. ESTUDIO EMPÍRICO



CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA



CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Se presenta un estudio descriptivo transversal que se ha desarrollado a partir de la perspectiva metodológica cualitativa, en la medida que se pretende conocer discursos, opiniones, ideas subyacentes. Se ha recogido todo lo que se dice y cómo se dice. Los objetivos de nuestro estudio se orientan hacia las actitudes y creencias y por ello se requiere un diseño de investigación con un cierto grado de apertura y flexibilidad que permita la emergencia y captación de significados y no frecuencia estadística.

Por eso elegimos una técnica estructural-cualitativa, que identifica realidades con relevancia explicativa. En definitiva, utilizamos una metodología que nos permite recoger los discursos en todas sus dimensiones y ponerlos en relación con las condiciones sociales de producción de esos discursos, asignándoles un sentido. La representatividad de nuestra muestra no radica en la “cantidad” de la misma, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores, creencias, motivaciones, expectativas y conocimientos), de la comunidad objeto de nuestro estudio respecto a la MGF.

La metodología cualitativa nos ha permitido acercarnos a nuestro objeto de estudio e investigar en la conformación de los elementos que lo constituyen y condicionan. “La investigación cualitativa permite identificar problemas describir sus características, desarrollar conceptos y describir su punto de intervención, especialmente cuando se estudia un fenómeno que no puede dividirse en partes sin perder su visión global” (Zabalegui, 2002, p. 75).

El estudio cualitativo se ha realizado mediante entrevistas a hombres y mujeres y talleres con mujeres inmigrantes que proceden de países donde se realiza esta práctica, a quienes conocemos a través de los talleres formativos que venimos desarrollando desde 2013. En estos talleres participan mayoritariamente mujeres, con las temáticas de Planificación Familiar y métodos anticonceptivos, acceso al sistema sanitario y prevención de la violencia de género.

4.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se ha realizado en las provincias de Toledo, zona de la Sagra y de Albacete, Albacete capital. En un principio nuestra idea era incorporar la provincia de Guadalajara, pero por razones que más adelante expondremos, esto no ha sido posible.

4.3. PARTICIPANTES

En esta investigación han participado: 44 mujeres y 3 hombres inmigrantes procedentes del África Subsahariana.

4.3.1. Perfil de las mujeres y hombres inmigrantes participantes

Para este estudio se ha contado con un total de 44 mujeres inmigrantes procedentes de: Mali, Senegal, Camerún, Burkina-Fasso, Nigeria, Costa de Marfil, Guinea Conakry y Gambia, y 3 hombres procedentes de Mali, Senegal y Togo.

Todas las personas que han participado en la investigación practican la religión musulmana. Este dato es de especial importancia puesto que es en este perfil poblacional donde mayoritariamente se practica la Mutilación Genital Femenina.

Los criterios de inclusión que hemos establecido son:

- Origen de país donde se practica la MGF.
- Residentes en las zonas de estudio.
- Haber tenido al menos un/a hijo/a.
- Edades comprendidas entre los 18 y los 50 años.

Los criterios utilizados para la segmentación de la muestra han sido los siguientes:

- Tiempo de su estancia en España: menos de dos años; de tres a cinco años; más de seis años.
- Ámbito de residencia: rural /urbano.
- Edad: de 21 a 30 años; de 31 a 40 años; de 41 a 50 años.
- País de origen-etnia: Mali-Bambara; Mali-Saracole; Mali-Mandinga; Senegal-Peul; Senegal-Mandinga; Senegal-Wolof; Burkina Fasso-Mossi; Costa de Marfil-Bambara; Camerún- Bafang; Camerún-Hafsa; Camerún-Bamelike; Nigeria-Edo; Nigeria-Yoruba; Guinea Conakry-Bambara; Gambia-Mandinga; Togo-Peul.



- Participación en talleres: sí/no.
- Participación en movimiento asociativo: sí/no.
- Nivel educativo: sin estudios; estudios primarios; estudios secundarios; estudios universitarios (Tabla 5).

Tabla 5

Datos descriptivos de las mujeres inmigrantes que han participado en el estudio.

Variables		Edades de las mujeres (años)					Total
		18 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	
Tiempo en España (años)	<2	3	6	3	1	0	13
	3-5		1	3			4
	>6		6	19	1	1	27
Hijas	En país de origen		2	2	1		5
	En España		6	19	1	1	27
País de Origen y Etnia	Mali- Bambara		6	13		1	20
	Mali- Saracole			1			1
	Senegal- Peul				1		1
	Senegal- Mandinga		3	2			5
	Burkina Fasso-Mossi			2			2
	Costa de Marfil- Bambara	1	2	2			5
	Camerún- Bafang		1				1
	Camerún- Hafsa				1		1
	Camerún-Bamelike			1			1
	Nigeria- Edo		1				1
	Nigeria- Yoruba			1			1
	Guinea Conakry - Bambara			1			1
	Gambia- Mandinga	2		2			4
Participación en otros talleres	Si	1	4	13	1	1	20
	No	2	9	12	1		24
Participación en Asociaciones	Si	1	13	17	2	1	34
	No	2		8			10
Ámbito	Rural		6	15	1	1	23
	Urbano	3	7	10	1		21
Nivel de estudios	Sin estudios		1	6		1	8
	Primarios		4	8	1		13
	Secundarios	2	7	8	1		18
	Universitarios						0
	NS/NC	1	1	3			5
Total		3	13	25	2	1	44

Nota: Se considera ámbito rural a poblaciones de menos de 14.000 habitantes (Recas, Yuncos, Cabañas de la Sagra) y ámbito urbano a poblaciones iguales o mayores de 14.000 habitantes (Toledo, Albacete).

Por otra parte, los hombres participantes en el estudio tienen 29, 37 y 50 años respectivamente. El hombre más joven lleva 2 años en España, y mientras que los otros dos llevan 15 años en este país. Ninguno tiene hijas en el país de origen y dos de ellos tienen hijas en España. Sus países de origen y etnias son: Togo-Peul (29 años), Mali-Mandinga (37 años) y Senegal-Wolof¹ (50 años). Todos ellos pertenecen a alguna asociación, y el de mayor edad ha participado en otros talleres. Los dos hombres más jóvenes tienen estudios primarios, mientras que el de más edad tiene estudios universitarios.

4.4. DIMENSIONES DE ANÁLISIS

A partir de los objetivos se establecieron unas dimensiones de análisis a partir de las cuáles se diseñaron los guiones de entrevista y grupos de discusión. Estas categorías sirvieron para hacer la codificación inicial y categorización de toda la información recogida, si bien como se verá más tarde en el plan de análisis el informe final se conforma a partir de las categorías previamente establecidas como de las emergentes de los discursos.

4.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Las técnicas de recogida de información que se han utilizado son la entrevista abierta o en profundidad y los talleres con el fin de obtener los discursos de las personas de estudio. Son técnicas en las que se asume que lo que se dice por alguien en determinadas condiciones es un punto donde se articula lo social y lo subjetivo (Melgar y Ugarte, 2008).

La competencia lingüística en castellano se planteó inicialmente como un criterio de inclusión a la hora de configurar la muestra del estudio. No obstante, una vez iniciada la fase de los contactos con las mujeres y hombres de origen africano, vimos que ello dificultaría la configuración de una muestra amplia, por lo que optamos por no mantenerlo. Para la ayuda en la traducción de los discursos contamos con la ayuda de una mujer de Mali, que participó en una de las entrevistas y en los

1 En el caso de la etnia Wolof, es importante señalar que en dicha etnia no se practica la MGF, pero se consideró pertinente entrevistar a este hombre por su experiencia previa en el trabajo de educación para la salud con otros hombres subsaharianos de etnias donde sí se practica la MGF.



talleres, de esta manera obtuvimos los detalles de los discursos de aquellas que no dominaban el castellano.

4.5.1. Entrevista en profundidad

Realizamos 13 entrevistas individuales y 1 entrevista grupal. En los casos de mayor dificultad idiomática de las personas entrevistadas se contó con la ayuda de una persona de apoyo en la traducción, tal y como hemos comentado anteriormente.

Todas las entrevistas fueron abiertas, dinámicas y de una duración aproximada de sesenta minutos. En todos los casos había un guion previamente establecido, pero flexible, basado en las dimensiones de análisis, que a su vez se relacionan con los objetivos planteados en la investigación.

4.5.2. Talleres Formativos

Realizamos 5 Talleres Formativos, 4 en Toledo y 1 en Albacete todos con mujeres africanas en los que se abordaron temáticas relacionadas con la salud: alimentación saludable, planificación familiar, salud sexual y Mutilación Genital Femenina. Al igual que en las entrevistas, se elaboró un guion para el seguimiento de los temas que espontáneamente se fueron cubriendo con el discurso, y también para que en el caso de que no emergiera alguno de los temas considerados importantes para los objetivos de la investigación, se pudiera intervenir planteando alguna cuestión, de forma indirecta preferentemente.

Nuestra pretensión fue que a lo largo de los talleres se llegara a un clima de confianza en el que las mujeres fueran expresando libremente sus opiniones, creencias y actitudes en relación a la MGF.

4.6. PROCEDIMIENTO

4.6.1. Primera fase: los contactos

Iniciamos los contactos para el inicio de esta investigación en el mes de mayo de 2017.

Respecto a las mujeres africanas de Toledo contactamos con ellas a través de la Asociación de Mujeres Africanas de Castilla-La Mancha, localizada en Recas. Con muchas de las mujeres pertenecientes a esta asociación ya habíamos trabajado

previamente en talleres relacionados con el acceso al sistema sanitario (tarjeta sanitaria) y con las mujeres africanas de Albacete el contacto se realizó a través de personas clave que conocíamos a través de nuestro trabajo en la ciudad. En el caso de Guadalajara, se contactó con mujeres referentes en la comunidad africana interesadas en participar, pero finalmente no logramos contar con su participación debido a diferentes motivos personales.

Siguiendo esta dinámica de contacto, logramos acceder a entrevistar a los hombres que participan en esta investigación. En este proceso nos encontramos con una serie de dificultades que nos han limitado el acceso únicamente a tres hombres. El no haber tenido una dinámica previa de trabajo en talleres formativos con hombres, ha sido el motivo principal de no poder acceder a ellos para realizar las entrevistas. Otra de las dificultades está relacionada con el tabú de la sexualidad en la sociedad africana, sobre todo y en el caso de los hombres, hablar de temas relacionados con la sexualidad femenina.

Las personas que aceptaron participar en el estudio facilitaron su teléfono de contacto y de esta manera nos pusimos en contacto con ellas para acordar fecha y hora de las entrevistas y talleres.

4.6.2. Segunda fase: el trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de enero a junio de 2018. Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal (enfermera y antropóloga) y los talleres por dos técnicas de Médicos del Mundo (psicólogas), una voluntaria (médica) y por la investigadora principal.

La duración de las entrevistas, osciló entre los 40-60 minutos. Además, previamente a su realización se informaba a las personas sobre el propósito de la investigación, así como el tipo de colaboración que se les estaba solicitando. Se informaba igualmente de que se trataba de una entrevista anónima y voluntaria, por lo cual, si alguna pregunta les resultaba incómoda o desagradable, no tenían por qué contestarla, y en cualquier momento podrían abandonar la entrevista si así lo deseaban.

Las entrevistas se efectuaron en las oficinas de Médicos del Mundo, en Toledo y en Albacete, y en el local de la Asociación de Mujeres Africanas de Recas. En este mismo espacio se realizaron los 4 talleres de Toledo. El taller de Albacete se desarrolló en una sala de la Casa de la Solidaridad de la capital.



4.6.3. Tercera fase: la transcripción de las entrevistas y de los grupos de discusión

Tanto las entrevistas como los talleres se grabaron, previo consentimiento de las personas participantes, para posteriormente ser transcritas.

4.7. PLAN DE ANÁLISIS

Para la consecución de los objetivos planteados, realizamos un análisis tanto de contenido como del discurso. Para ello, tras el registro y transcripción de los datos, se aplicaron distintas técnicas cualitativas conducentes a la identificación de categorías de análisis relevantes.

A partir de los objetivos del estudio se establecieron *a priori* una serie de dimensiones y categorías de análisis para guiar el procedimiento de análisis y codificación, como se ha comentado previamente.

A través de la lectura y codificación de las transcripciones, se buscaron las dimensiones y ejes principales en torno a las cuales se articulaba el discurso. Después se diferenciaron los aspectos más relevantes de cada uno de los temas, agrupando los datos recogidos en torno a unas categorías relacionadas con los objetivos específicos del estudio. Se elaboró para cada uno de los objetivos del proyecto un “documento guía de análisis”, en el que se extrajeron los fragmentos de los discursos más representativos de los sentimientos, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Las dimensiones y categorías de análisis establecidas en el diseño del proyecto se fueron modulando y adaptando en función de las dimensiones que iban emergiendo del análisis de los discursos. Los criterios de calidad y validez fueron la triangulación de la información y la saturación del discurso.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación no sobrellevó riesgos para las personas participantes, ya que las técnicas empleadas (entrevistas y talleres) y los contenidos de las mismas no entrañaban riesgos para su integridad física ni psicológica.

Antes de comenzar la entrevista, la investigadora explicó el estudio, los objetivos del mismo, las posibles aplicaciones, la importancia de su participación

(de carácter voluntario) y la confidencialidad del tratamiento de los datos que se recabaran.

Esta información se les facilitó oralmente a todas las personas que participaron en el estudio. Una vez aceptada la participación, se les convocaba para la entrevista o taller. Además, antes de comenzar cada sesión se volvía a explicar las condiciones de su participación.

Toda la información recogida se analizó de forma confidencial, garantizando el anonimato de las personas participantes.



CAPÍTULO 5.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los resultados que hemos obtenido en este trabajo de investigación en cuatro grandes bloques que se articulan según los objetivos planteados en esta investigación: Actitudes, conocimientos y comportamientos ante la Mutilación Genital femenina (MGF), Factores relacionados con la perpetuación de la Mutilación Genital Femenina (MGF), Factores que pueden ayudar a la erradicación de la Mutilación Genital Femenina (MGF) y Recursos sociosanitarios relacionados con la atención a la Mutilación Genital Femenina (MGF) en Castilla-La Mancha.

En el desarrollo del capítulo presentaremos estos resultados comentando las similitudes y diferencias que hemos encontrado en otras investigaciones con la misma temática que la nuestra.

A continuación, se muestra el procedimiento de identificación de emisores y emisoras de cada fragmento de discurso que hemos analizado (*Tabla 6*).

Tabla 6

Procedimiento de identificación emisoras y emisores

Se ha seguido el siguiente procedimiento para la identificación de emisoras y emisores de cada sección de discurso incorporada como ejemplo.

Cada verbatim va seguido de un código que se compone de tres elementos:

Ej.: EM3

- El primero es un código alfabético que identifica si es una entrevista individual, grupal o un taller
 - E: entrevista individual
 - EG: entrevista grupal
 - T: taller
- El segundo identifica el perfil de la persona participante:
 - M: mujer africana
 - H: hombre africano
- El tercero es un número que identifica numéricamente a cada participante (en el caso de las entrevistas individuales y grupales)

5.1. ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

5.1.1. Concepción de la salud y de la enfermedad en el contexto africano

5.1.1. 1. La salud y la enfermedad en el ámbito de lo privado

Actualmente podemos decir que la salud es un fenómeno básicamente social. Así, cuando hablamos de salud y/o enfermedad, debemos considerar y analizar los factores de tipo social, cultural, político y económico.

Igualmente sabemos que tanto la salud como la enfermedad son construcciones, que sólo tienen sentido si intentamos comprenderlas dentro de la compleja red social y cultural que envuelve a cada grupo humano específicamente en un momento histórico determinado. Hablamos de un análisis de la salud y/o enfermedad desde lo cultural y lo social.

Hay muchas definiciones de “cultura”, es un concepto flexible y multiconceptual. Podríamos decir que hay un exceso en su uso y esto nos lleva a una situación de riesgo si con ello tratamos de explicar todas las situaciones y los hechos. Por ejemplo, si no se sabe por qué sucede algún fenómeno social es fácil caer en la tentación de explicarlo en términos de tal o cual cultura (“es que esto sucede porque tal grupo tiene tal cultura”). Lo mismo ocurre en el ámbito de la atención sanitaria. No es poco frecuente que, por ejemplo, la falta de adherencia al proceso terapéutico por parte de un o una paciente extranjero se achaque a la “cultura” de esa persona, sin entrar en un análisis más profundo de las razones que pudiera haber detrás del hecho.

La construcción cultural de la salud y de la enfermedad

La existencia de síntomas de la enfermedad no implica automáticamente el reconocimiento de tal enfermedad, sino que existen diferencias socioculturales en la percepción de la enfermedad y en el valor y el significado de la misma.

Superado el determinismo biológico, el abordaje de la atención a la salud/enfermedad se realiza teniendo en cuenta las dimensiones bio-psico-sociales de las personas:



- DISEASE, que corresponde en castellano a la idea de “enfermedad biológica”.
- ILLNESS: corresponde a las dimensiones subjetivas de la enfermedad, a la forma en que ésta se expresa, pero no como fruto de la psicología individual o de la personalidad sino del modo en que la experiencia subjetiva de la enfermedad es incorporada por el/la paciente o por quienes le rodean a partir de pautas configuradas culturalmente (cuyo sentido se aproxima a la noción de “padecimiento”).
- SICKNESS. Busca ir más allá en las vivencias de las personas, ya que se considera que éstas están condicionadas por la red social. Es imposible desvincular la realidad personal de la red de relaciones que ésta va construyendo. Nos referimos a:
 - Aquello que la sociedad produce y es causa de enfermedad.
 - Aquello que la enfermedad produce a nivel social.
 - Al reconocimiento que la sociedad hace de la persona enferma como tal.
 - Las respuestas a las cuestiones que provoca su situación, por ejemplo, los procesos asistenciales que desencadena (Boixareu, 2008).

Bien, tener presente todo esto que acabamos de comentar y prestar atención a las formas de entender y narrar lo que se considera enfermedad y la percepción de la necesidad de solicitar atención sanitaria, aun no siendo uno de los objetivos de nuestro estudio, nos ayuda a entender mejor el marco en el que se contextualiza la práctica de la MGF.

Así, analizando los discursos de las personas entrevistadas, se pone en evidencia que la asistencia a los centros sanitarios se limita a los casos de percepción de una enfermedad grave, cuando ya se “vive” como problema, lejos de un enfoque de prevención,

“(...) La gente solamente va al médico cuando no hay más remedio. Y nada más, revisiones médicas nada. Nada. Nada”. (EM2)

La salud y la enfermedad no son temas de los que se habla de manera informal, sino que se quedan en el ámbito del privado y sólo se comparten con las personas con las que se tiene una relación de confianza,

“(...) De la salud en general...es algo que ...no se habla mucho; a lo mejor le duele la pierna o se ha hecho no sé qué, se habla, pero de salud abiertamente por ejemplo de las infecciones y cosas así no... No, es que contarte cosas así de intimidad que no... no se habla; pero porque nos hemos criado así”. (EM1)

La salud queda en el ámbito de lo privado, de lo íntimo, de aquello que no se debe compartir, sobre todo si tiene que ver con temas de salud de las mujeres,

“(...) me comentó una amiga un día, dice porque le recetó un supositorio (óvulo vaginal) y entonces va a la farmacia a comprarle...y el farmacéutico lee el papel y tiene la poco eso de decirlo en voz alta, y dice “¡ay qué vergüenza pasé!”” (EM1)

Las mujeres no tienen costumbre de ir al médico/a para ellas, y además, la dispensación de la mayoría de la medicación en la Farmacia sin necesidad de receta hace que disminuyan las visitas al Centro de Salud,

“(...) A ver, para la madre la verdad es que va al médico muy poco, los hijos si los llevan, pero para ellas no; ..., y si van, van a por una receta y ya está; ... y encima ahora como si vas a la farmacia y dices tengo esto y te dan cualquier cosa pues van menos todavía”. (EM1)

5.1.1.2. La Salud Sexual y la Salud Reproductiva: las dos caras de la misma moneda

En nuestro estudio, se visibiliza claramente cómo el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva se concibe de una forma departamentalizada, identificándose como dos elementos diferenciados y con escasa o nula relación entre ambos.

Salud Reproductiva

Las mujeres de nuestro estudio consideran que atención a la salud reproductiva ha cambiado en Mali, ahora, ya no es tabú hablar sobre la anticoncepción,

“El tema de planificación si, se habla..., antes era tabú, antes si Dios dice que vas a tener veinte hijos los vas a tener quieras o no SE RIE. Pero claro ahora han visto el beneficio de... antes a lo mejor tenías un hijo que



está andando y estás embarazada de otra vez, se morían muchos niños, encima que no hay mucho alimento tú no te podías permitir comprarle leche para darle si estás amamantando, si estás embarazada eso traía muchas dolencias y el niño se moría, muchos niños...; así que por lo menos uno tenga dos años antes de que tenga otro. Así para que se enferme y tenga que ir al médico es dinero, comprarle ropa, zapatos es dinero, y encima la mujer cae enferma siempre porque el embarazo lo lleva muy mal. Lo han entendido. (...) lo hacen y lo hablan abiertamente”. (EM1)

En cuanto a la atención durante el embarazo en Mali, comentan que, cada vez más mujeres siguen los controles de seguimiento durante la etapa gestacional,

“(...) No todas, pero ahora van mucho más,... Pero ahora como ya sabes hay coches, motos, han puesto mucha carretera bien pues la gente de los pueblos va más a los médicos. De hecho, ahora tienen puesto que si una mujer se queda embarazada si no sigue los controles y si te pasa algo y vas, no te van a hacer mucho caso, como que amenazan un poquito al marido sobre todo para que...porque muchas veces, aunque mujer quiere le marido no. ...el marido es quien tiene el coche... y si no te lleva, vas a andar no sé cuántos kilómetros y una mujer embarazada pues no”. (EM1)

Una vez que están en España, las mujeres sí hacen el seguimiento del embarazo, aunque quizá no porque ellas lo vean necesario, sino por las consecuencias que creen que puede tener el no asistir a las citas programadas,

“(...) Yo creo que ellas solamente van al médico ginecológicamente cuando están embarazadas, pero después del embarazo no, y antes del embarazo tampoco. El seguimiento sí. El seguimiento si porque tienen como miedo a las leyes; ellos piensan que, si no llevan el seguimiento en el embarazo y tienen problemas el niño, tú tienes el problema con la ley; entonces eso les da mucho miedo”. (EM2)

A este respecto, cabe señalar que, en España, la atención durante el embarazo viene determinada por la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Siguiendo lo pautado por esta Estrategia, la protocolización de la atención a la mujer gestante se inicia desde la primera consulta de la matrona o matrócn con la historia obstétrica,

documento que recoge la información personal y los resultados del control al embarazo. Es de uso profesional y sirve para ofrecer un resumen de la información tanto del seguimiento como de los resultados de las pruebas más relevantes del control prenatal. En este protocolo se describen todas las actividades y pruebas a realizar junto con los factores de riesgo y la información de la mujer que es preciso recoger y valorar. Los y las profesionales deben registrar su seguimiento. Así, queda registrada la información sobre el número de mujeres que ha asistido a alguna parte del protocolo, las fechas de inicio de las visitas y el número de mujeres con las que se ha cumplimentado el protocolo. La información que se recoge es fundamentalmente cuantitativa y sirve para obtener datos.

En cuanto al desarrollo de parto, en su país de origen, la mayoría de las mujeres refieren que éste sigue siendo en muchas ocasiones en el domicilio, debido fundamentalmente al “mal trato” que perciben en los centros hospitalarios,

“(…), los partos son más en casa. Hay gente que se anima a ir al hospital, pero es que el problema es que tú vas y no te tratan bien, a lo mejor hay veinte mujeres y una comadrona; tú estás en el hospital y a lo mejor estás en sala de espera y estás pariendo ahí, porque hay sólo dos camillas y las dos están ocupadas, entonces dicen “¿para qué voy a ir? Para eso estoy aquí en mi casa bien tapada” SE RIE. Ves, en las ciudades sí que van más, en las ciudades ya no paren en casa, pero hay pueblos que si paren en casa”. (EM1)

La Salud Sexual

Si sobre los temas de salud/enfermedad se habla poco en la esfera pública, de la salud sexual de las mujeres, salvo en contadas excepciones, no se habla, ni siquiera con la madre, las hermanas o las amigas,

“(…) del tema de la sexualidad, de eso no se habla ... ni entre madre e hija ... con amigas un poquito más, pero cuando van a la escuela y tal se juntan”. (EM1)

“(…) En nuestra cultura africana tenemos costumbre de no hablar de eso”. (T4)

“No se habla de sexo, no se habla de partos, no se habla del pene del hombre, no se habla de... uff. No se habla de salud casi, no se habla de



casi nada. Todo lo relacionado al tema sexual no se habla. Y eso te lo digo yo porque yo de sexo no he hablado con mi madre jamás en la vida”. (EM2)

“(…) el tema sexual en el africano es tabú, que no solemos hablar de sexo. Suele ser tabú, sobre todo en nuestra generación. RISAS”. (T3)

Y mucho menos con los hombres,

“(…) hablar de sexualidad o la parte femenina delante de un hombre... nosotros eso no”. (EM1)

“(…) No hay costumbre de nosotras para hablar esta cosa con hombres, los hombres están juntos y las mujeres con las mujeres;”. (EM3)

Los hombres que hemos entrevistado, opinan lo mismo,

“(…) en África hay respeto y a los hombres hablar de cosas de mujeres da vergüenza, hay que respetar y no pueden hablar cosas de mujeres en público”. (EH5)

“(…) es un tema muy complejo, tú no puedes venir de una intentar tocar lo que es la mutilación porque primero tocas la cultura, tocas también el tabú porque hablar de sexualidad en África es tabú, es tabú total, entonces hay que trabajar hombres con hombres”. (EH12)

“(…) yo..., es la primera vez que hablo de esto con una mujer... Es respeto”. (EH11)

Pero varias de las mujeres de nuestros talleres y de las que hemos entrevistado, sí quieren saber sobre su sexualidad,

“(…) por eso cuando te piden de sexualidad es para ellas mismos, tienen muchas ganas. Les interesa un montón y quieren más, cada vez quieren más” (EM1)

Y están comentándolo con otras mujeres que hasta ahora no han ido a los talleres,

“(…) comentamos con los grupitos que están afuera “mira lo que he aprendido hoy, no sé qué, madre mía lo que estoy aprendiendo, eso no lo sabía yo”. Ayer me comentaba “X” que estaba hablando el otro día con

una compañera, y dice “Médicos del Mundo me contó unas cosas que yo en la vida, madre mía, nos estamos enterando de cosas...” Entonces esa persona se queda con las ganas de saber...”. (EM1)

Los resultados de nuestro estudio apuntan a que las mujeres entienden las relaciones sexuales como algo obligatorio dentro del matrimonio y en las que la mayoría de los hombres sólo busca su propia satisfacción, sin tener en cuenta el disfrute de ellas,

“(..) tú estás pensando que tu marido piensa en ti, pero estamos hablando que el hombre no piensa en ti, sólo en él”. (T4)

“(..) las relaciones sexuales son de obligación darle tu marido, hacer sexo con tu marido tengas ganas o no tengas ganas; si él tiene ganas y quiere tú estás...y siempre, es eso” (EM1)

“(..) Entonces el sexo...ella...lo ven como..., si yo le doy sexo a mi marido, mi marido está contento”. (EM2)

En el estudio de Chai, Sano, Kansanga, Baada y Antabe (2017) se analiza la influencia de la MGF a la hora de la negociación de unas relaciones más seguras por parte de las mujeres, llegando a la conclusión de que las mujeres que se habían sometido a mutilación genital tenían menos probabilidades de rechazar tener sexo con su marido.

Incluso, aquella mujer que abiertamente manifieste su interés por algún hombre recibe la crítica social. En el caso de las mujeres de más edad y que ya no tengan marido, la permisividad social a este respecto es mayor,

“(..) las mujeres que son más...ay, cómo te digo, como que son más liberal en ese sentido, ya no le importa lo que dice la gente, si le gusta un chico lo dice abiertamente, lo recibe delante d todo el mundo, no se esconde, esa mujer está muy mal vista en el pueblo a lo mejor; suelen ser mujeres que tienen ya edad avanzada, por ejemplo cuarenta años más o menos, que ya se ha casado y se ha divorciado o se ha quedado viuda y dice pues no tengo a nadie que me mande y “voy a hacer lo que me dé la gana”...pero está mal visto”. (EM1)

Como ya hemos comentado, el hombre “manda” en las relaciones sexuales y las mujeres aceptan las condiciones en las que se desarrollan, poniendo en peligro su salud en algunas situaciones,



“Hay muchísimas mujeres que tienen hepatitis, ¿por qué? Porque ellas se casan, son vírgenes y el marido con cuántas ha estao y no ha utilizao preservativo” (EM2)

“(...) Los maridos no quieren porque no gusta ponerse (profiláctico); esa chica (mirando a una mujer del Taller) dice que le molesta, pero no le molesta a ella, es el marido que no quiere”. (T3)

“(...) muchos hombres africanos no usan preservativos, piensan que un hombre no usa preservativos”. (EH12)

Hasta el punto de realizar ciertas prácticas que pueden comprometer su salud para dar más placer a los hombres en las relaciones sexuales,

“(...) ahora de moda en África meten cosas en la vagina para poder tener la vagina apretao... eso muy muy mal. Puede traer infecciones, puede llegar hasta muerte porque ese material que preparan en África no sabe qué cosas mete.... y la mujer mete para poder contraer y hombre siente más... feliz y tú te quedas nada”. (T1)

Más adelante comentaremos una de las prácticas que se utilizan con frecuencia, el sexo seco.

5.1.2. Percepciones alrededor de la mutilación genital femenina (mgf)

Queremos resaltar la importancia que tiene para este estudio conocer el punto de vista sobre la MGF por parte de las personas que son víctimas de ella. Para ellas, la MGF es una violencia cotidiana que, adaptando el concepto al de Nancy Scheper-Huges (1997) se traduce en una experiencia individual de normalizar las violencias que se desarrollan en el ámbito de su comunidad creándose un sentido común o “ethos” de la violencia,

“(...) en las capitales y eso ya va habiendo gente que no, pero en las aldeas es algo normal, es algo tradicional, es algo suyo, ... Y es algo normal”. (EM2).

Es así como la MGF se presenta como un acto aceptado y totalmente normalizado socialmente, que se justifica desde la tradición y la religión por la

mayoría de las personas, aunque en los últimos años cada vez son más las voces que se levantan en contra de esta práctica que han pasado a considerar como una forma más de violencia contra las mujeres y que atenta gravemente contra la salud de las mismas. De esto hablaremos más adelante y con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

5.1.2.1. La Mutilación Genital Femenina desde el punto de vista de las mujeres y de los hombres

a) Sobre la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

Las mujeres y los hombres de nuestro estudio utilizan las palabras de corte, ablación y mutilación indistintamente para referirse a la Mutilación Genital Femenina.

Algunas de las mujeres entrevistadas (varias de ellas mutiladas) manifiestan su desconocimiento sobre la MGF hasta hace muy poco tiempo,

“(a la pregunta sobre si sabe lo que es la MGF) yo no estudié esa cosa nunca, yo no sabía nada de eso...”. (EM3)

“(...) hasta que no estás aquí no sabías lo que había”. (EM3)

El conocer que en Europa las mujeres no están mutiladas, les ayuda a cambiar de opinión, se les abre los ojos,

“(...) sí, en mi zona (Mali, zona sur) sí que se practica... De tiempos vamos los abuelos las madres y se sigue practicando hoy en día. A ver, lo que pasa es que cuando tú vives allí, lo ves normal..., eso lo ves normal, pero cuando ya sales a Europa... tú ves otras mujeres ves videos; ellos tienen algo que tú no tienes, entonces te preguntan por qué lo hacen si es tan malo, porque otros lo tienen y otros no, dices ahí que te lo quitan por qué eso no está bien es algo malo, entonces ya te piensas preguntas a ti misma y ya lo ves. Sí, está mal”. (EM1)

“(...) es una cosa que yo no entiendo mucho... si yo no estuviera allí a lo mejor lo veía normal, pero viendo entre una cultura y entre otra... yo respeto a cada uno como es, pero... personalmente a mi hija no le tocaría. No lo veo bien”. (EH11)



Las personas que hemos entrevistado opinan que en África se sigue haciendo, aunque se diga que no, se hace a escondidas,

“(...) Africanos decimos no, no, no en nuestro país ya no...pero no es verdad... a veces en capital no lo pueden hacer, pero en otras zonas alrededor si pueden hacer porque es una práctica que se hace escondida...”. (T1)

“En Mali se hace el de solamente el clítoris y las familias más radicales también hacen lo del orificio, que cosen todo y después te dejan solo el agujerito; eso son más familias tirando a...los más radicales, y eso ocurre hasta en Bamaku”. (EM2)

“(...) M1: Hace muchos años que no lo hacen a las niñas hace muchísimos años, ya no lo hacen. Anterior gobierno que tenía Nigeria que cualquier niña que los padres cuando la llevan al médico y lo ve, los llevan de prisión. M2: A lo mejor en tu ciudad hace mucho que no lo hacen, pero en otros sitios si VOCES Aquí hay un grupo de nigerianos y dicen que hoy en día la gente...sigue haciéndolo. M3: ...se esconde y lo hace, o sea que no lo hagan en tu zona no... no significa que no se hace. La gente se esconde y lo hace”. (T4).

b) Los recuerdos de su mutilación

Las condiciones en las que se realiza la MGF está recogidas en la literatura científica a la que hemos tenido acceso (Kaplan, Torán, Bermúdez, Anderson et al., 2011), algo que coincide con lo que las mujeres nos relatan sobre los recuerdos de su mutilación, que se realizó sin analgesia y en precarias condiciones de asepsia, siempre en ausencia de la madre,

“(...) yo recuerdo como si fuera ayer; es de las pocas cosas que... Sólo me acuerdo que ese día mi madre no fue a trabajar, me vistieron de blanco, me dijo mi madre no llores, yo salí le dije no he llorao, me dieron un trapo blanco se lo di a mi madre y ya está. Es lo único que me acuerdo”. (EM2)

(...) Te cogen sabes a la fuerza bruta, te sujetan para que no te muevas y ya está... tienes miedo a que te hagan más daño pues dices me dejo que

me hagan lo que quieran, no me resisto más para que no me hagan más daño; pero anestesia cero, nada” (EM1)

Una de las mujeres, visiblemente emocionada, nos contó cómo descubrió que ella estaba mutilada,

“(…) Si, mi abuela lo hace...a mi hermana pequeña no le hicieron hasta los catorce años; entonces cuando yo lo vi hacer a mi hermana, lloré. (...) le pregunté a mi madre si a mí también me lo habían hecho... me dijo que cuando yo tenía un mes. Mi madre me dijo “mírate entre las piernas” ... miré con un espejo y salí llorando; casi diecisiete o dieciocho tenía en ese momento. Entonces, yo todavía no sabía las consecuencias; yo no quiero eso para mi hija, de verdad”. (EM6)

c) No se relaciona la práctica de la MGF con los problemas de salud físicos, obstétricos y sexuales,

Entre nuestros hallazgos se visibiliza que gran parte de las mujeres no relaciona la práctica de la MGF con problemas de salud, asumiendo como normal los problemas de salud que asocian únicamente a ser mujer o a estar embarazada,

“Cuando tú estás ahí no lo asocias a esto no dices bueno porque Dios ha querido así y ya está, es que se le ha acabado la vida y ya está, pero realmente no lo asocias a que es por este problema que no ha podido parir...los médicos tampoco dicen nada”. (EM1)

“(…) es normal también cuando el embarazo, pero eso normal que tiene infecciones en tu cuerpo”. (EM3)

“(…) cuando dicen como lo hacemos cuando es bebé no te enteras, pero no piensan luego que eso trae la consecuencia de esto, porque realmente ellos no lo ven porque digo yo si una madre sabe después lo que es para su hija después no lo va hacer; pero es que como es una cosa que está metido en la cabeza como que es así, como si está en una secta, en una secta, pues igual, tiene el cerebro pues lavado por más que ahora... es difícil”. (EM1)



“Ese médico estaba hablando en televisión y todo para que deje de pasar porque dicen que le están haciendo daño a las niñas, pero yo no lo sabía, yo no sabía que dice esto...lo del parto, lo demás no sabía”. (EM3)

“(..). A lo mejor si uno dice ahora la niña puede tener problema en el parto de eso, ellos van a decir si tiene problemas de parto no va a ser la culpa de eso, eso es cosa de Dios; la gente dice así. Siempre miramos de Dios, no miramos la cosa que estamos provocando aquí tampoco... eso no lo dice dios, eso lo hemos puesto nosotras mismas aquí... eso es lo que hay, y entonces es muy difícil que ellos lo entiendan también, sobre todo la gente mayor”. (EM8)

“(..). Hay gente buena que no entiende las consecuencias, que no ven el peligro, que no lo ven, no lo ven; hasta nosotros, hay que decir la verdad, hasta que llegamos aquí, hasta que llegamos aquí hay algunos peligros que nosotros no sabemos... no es por la maldad. No es por la maldad, hay gente que cree que es por el bien de la mujer”. (EM9)

“(..). allí en el norte (Mali) los padres no lo hacen, pero en el sur hay muchas familias que lo hacen porque no saben lo que significa...que no saben que perjudica la vida de la persona”. (T1)

Resulta llamativo que a uno de los hombres que hemos entrevistado le debe estar llegando información sobre las consecuencias negativas para la salud de las mujeres y de las niñas tras la mutilación, y esto le debe estar haciendo pensar que quizá el método de practicar la MGF haya cambiado, porque antes no había problemas,

“(..). antes no había infecciones ... ahora si se dice que hay infección, que no es bueno hacerlo (MGF) ... infección, enfermedad, hay muchas cosas depende de lo que hacemos hoy”. (EH5)

“(..). antes no había hospitales y entonces los niños nacían y no había problemas, no había enfermedades no había enfermedades de transmisión sexual, SIDA...”. (EH5)

También conviene resaltar que en el caso de la infección por VIH/SIDA, las personas entrevistadas si establecen una relación entre la enfermedad por este

virus y la práctica de la MGF como medio de transmisión. De hecho, indican cómo ha sido el miedo al SIDA lo que ha hecho que desde hace un tiempo a esta parte se utilice una cuchilla para cada niña,

“(...) antes con el mismo cuchillo cortaban todas y ahora con tema de SIDA hasta para afeitarse y todo eso cambian cuchilla, y cada familia lleva cuchilla para esa niña” (EM1)

“(...) Y ahora con todo lo del SIDA entonces...se hace con un cuchillo para cada una... eso ha cambiado un montón, gracias a Dios”. (T5)

Algunas de las mujeres manifiestan sus dudas sobre la relación entre la MGF y las relaciones sexuales no satisfactorias

“(...) Yo quería saber que las mujeres africanas dicen quien no tiene esto (ORGASMO) no siente en la relación, digo yo eso es cosa de la cabeza también”. (T4)

“(...) Yo quiero saber si después de hacer el corte la mujer puede llevar la relación sexual normalmente o...”. (T4)

d) Tipos de MGF

Las personas entrevistadas tienen un gran desconocimiento tanto de la anatomía de los órganos genitales femeninos como en los tipos de MGF,

“(...) Mucho desconocimiento, por ejemplo, de una misma...por ejemplo lo del cuatro, lo del tres (tipos de mutilación III y IV) eso nunca lo habían visto ni oído, porque lo único que sabía era que se quitaba el clítoris. Y claro muchas seguro que se preguntan, aunque estén cortadas como estoy yo, “¿tendremos los mismos problemas?” (EM1)

“(...) si por ejemplo te hacen la ablación y solamente te quitan la parte del clítoris como eres todavía una niña ¿eso no termina de crecer o directamente no hay nada? Porque los españoles van a preguntar eso”. (T1)

En uno de los talleres, llevamos un modelo anatómico para mostrar los genitales femeninos y los diferentes tipos de MGF. Al principio, las mujeres comenzaron a reírse a murmurar, a cuchichear, pero no tardaron en levantarse y acercarse al



modelo para oír las explicaciones de la dinamizadoras del taller. A su vez, ellas iban haciendo comentarios,

“(...) M1: Lo que yo no entiendo es si eso se quita en el médico o nació así. VOCES M2: No, la familia, a la familia. M3: Así no se nace. Se nace con todo. M3: cada país tiene su... SIGUEN LAS VOCES Y LAS RISAS Hay países que quitan todo. M4: eso es cuando nace un niño que parece que se le ha roto o algo así, se lo han cortado y lo cosen de nuevo. Monitora: No, mira, esto lo han quitado.M2: Aunque nazca bien”. (T3)

“Lo de Mali es la primera, o sea te quitan el clítoris solo, pero los labios no los tocan. Su quita el clítoris, todo, todo, o sea por ejemplo una recién nacida de niña cuando tú la ves que es así pequeñita los labios no tienen... lo quitan y ya está. Luego tu sólo tienen los labios mayores” (EM1)

“(...) te quitan el clítoris y ya está, de hecho, ni cosen ni nada, con un cuchillo de estos de afeitar los que antes ponían...cuchillas, lo quitan y ya está”. (EM1)

También constatamos cómo las mujeres pueden, en principio, negar que en su país o en la zona de donde ellas son se practique la mutilación. De hecho, en uno de los talleres, dos mujeres comentaron que en su país no se realizaba la MGF y, sin embargo, en el segundo señalaron que ellas sí que estaban mutiladas. Más adelante hablaremos sobre las consecuencias sociales y la carga social de la MGF tanto aquí, en España, como allí, en África.

Además, en el caso de que reconozcan que en su país se siga haciendo tratan de dejar claro que la MGF es de las “leves”, pudiéndose interpretar esta reacción como de “autoconsuelo”, en palabras de una de ellas,

“(...) no presumen...pero dicen “no, en Mali o en Costa de Marfil la ablación no es tan bruta como en otros sitios” ... me dicen “porque en Mali y Costa de Marfil sólo te quitan un cachito, un pellejito sólo y en otros laos te cortan todo y en Costa de Marfil es leve, es leve”, Y me quedé yo así mirándola y digo ¿Qué es leve? Y dice, “sí, yo tengo todo menos eso” y (se ríe) me quedé como diciendo...es que entre ellas vale...yo tengo lo justo hecho, yo sigo sintiendo algo, como diciendo mi zona es mejor que otras

zonas... Y a mí me hace gracia de verdad y ellas que lo ven, así como un... autoconsuelo”. (EM2)

e) La decisión y la ejecución de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

En las entrevistas y talleres, el tema de quien toma la decisión la MGF es uno de los temas que surge en repetidas ocasiones. Encontramos dos discursos enfrentados: familia-suegra versus marido-padre.

Las y los participantes de nuestro estudio refieren que siendo la MGF un tema de mujeres, la decisión de mutilar a una niña la toma la suegra o la madre de la madre, respaldada por la familia, los hombres no tienen nada que ver. En palabras de una de las mujeres “ellos (los hombres), como no les toca, pues pasando mucho” (E7),

“(...) que la suegra dice que hay que hacer, no es fuerza, es respeto, en tema de mutilación. Porque el tema de la mutilación lo llevan más las mujeres, los hombres opinan muy poco aquí”. (EH11)

“(...) la hora de decidir por las hijas tiene que ser el marido quien dé la cara porque muchas veces la suegra te lo quita y cuando vuelve está mutilao, y los maridos no dicen ná”. (EH12)

“(...) broncas entre las familias por ejemplo yo no quiero hacer (a la hija), pero mi suegra, la suegra te obliga te dice que eso se va hacer porque sí y ahí pues como que la mujer no tiene derecho al hijo se va hacer lo que la padre diga lo que la abuela diga lo que el abuelo diga de parte del padre, o sea lo que la familia del padre diga es lo que va hacer, la mujer no tiene escucha, no tiene opinión y como como fuerces más incluso pueden traerte consecuencias de divorciarte de tu marido entonces pues no, aunque no quiera esa mujer se lo van a hacer”. (EM1)

“(...) cuando yo le ge preguntao a mi hermana que por qué lo ha hecho, lo hace en el mes, digo ¿por qué lo haces? Me dice “lo hago por mi suegra”, así es, ella no quiere hacerlo, pero su suegra...la suegra tanto poder tiene y también del marido. Si ella (su hermana) dice que no lo hace... si ella dice no, a lo mejor ella va a tener problemas en matrimonio... es duro; hay mucho joven ahora no quiere hacerlo, pero la obligación de la familia tú tienes que seguir la cosa”. (EM8)



“(...) Y mi hermano que es un tío muy liberal me dice es que su suegra dice que hay que hacerlo porque no sé qué no sé cuántos; eso son...se lo dije así, eso son tonterías”. (EH11)

“(...) Muchas veces los hombres escuchan más a la familia (que quiere mutilar a las niñas) que a su propia mujer. Hace caso a su familia que a su propia mujer, porque la mayoría de los hombres dicen cuando tu hacer caso a una mujer tu no vales para nada VOCES hacen caso a tu familia; un problema hacer caso a su mujer porque dice tu mujer te puede traicionar pero tu familia nunca te va a traicionar VOCES DICIENDO NUNCA, NUNCA no te puede traicionar, tu mujer te puede dejar, entonces la mayoría de ellos hacen más caso a la familia que a su propia mujer. Es lo que hay. Eso por desgracia no va a cambiar”. (T4)

La fuerza de las abuelas en la toma de decisión de la mutilación, está ampliamente documentada (González, 2011; Ballesteros et al., 2014)

Sin embargo, al profundizar un poco más en las conversaciones con nuestras participantes, emerge la idea de que es el hombre, el padre de familia quien está detrás de esta decisión, porque, aunque no participen directamente en el momento de la mutilación, su opinión influye directamente en que al final se haga o no,

“(...) si un hombre que son la cabeza de la familia si dice no, yo creo que la cosa no va hacer; pero si los hombres no lo ponen no, los que mandan son los hombres SILENCIO CORTO. A lo mejor te dicen que la suegra, la suegra puede decirlo, pero lo que está dentro es la marido, el marido dice una cosa en la habitación y la suegra dice otra en la cara, y entonces el orden viene de lejos... quien manda... el marido, los hombres, los hombres en casa y ya está, podemos decir así”. (EM8)

“(...) se sigue haciendo (la MGF) porque los hombres quieren que se haga, yo lo he pensado así porque los hombres en África, los hombres tienen más fuerza que las mujeres. Si, si ellos no quieren ni quisieran...yo creo que habrían terminado con esto.” (EM8)

“(...) Le haces caso es que eso depende, depende de lo que te diga y el tema. (...) porque como aquí somos...por decirlo en general, somos tan

machistas, ¿sabes? Pero si los hombres toman la decisión de no hacer, no se haría, porque quien manda en casa es SILENCIO el hombre". (EH11)

"(la MGF) es algo machista, es algo...para...controlar a la mujer, es algo que hacen los hombres por su propio bien, pero manipulando a otra mujer para que sea otra mujer la que se lo hace a la propia mujer (SILENCIO LARGO)". (EM2)

"(...) en África los hombres tienen más fuerza que las mujeres VOCES DE ASENTIMIENTO. En la casa de nuestras familias casi en la mayoría que mandan son los hombres, la última palabra la tiene él; si ellos no quieren, no se hace (la MGF)". (T4)

"(...) M1: Yo no puedo culpar a mi madre porque ella, también ella lo ha sufrido, y mi abuela, y mi tatarabuela también. ¿Entonces por qué? Esos hombres querían que fuese así. M2: Y lo siguen queriendo... Para tener cuatro mujeres". (T1)

Estas apreciaciones sobre el rol del hombre en la sociedad africana y su papel en la perpetuación de la MGF coinciden con los resultados de otras investigaciones que abordan este tema (Kaplan, Cham, Nije, Seixas, Blanco y Utzet, 2013).

g) Sobre cuándo se hace

Los resultados de nuestro estudio apuntan a que la MGF en la actualidad se realiza a los pocos meses de nacer la niña, para que el dolor sea menor,

"(...) muchas veces lo hacen cuando son bebé par que no noten el dolor, dicen para que no noten el dolor que cuando es más mayor más siente; así piensan" (EM1)

"(...) lo hacen (MGF) de chiquitina, de meses...tres o cuatro meses. Lo hacen para no hacerles daño, pero les duele". (EH11)

A semejantes conclusiones se llega en diferentes estudios, en los que se comenta que además de la creencia de la disminución del dolor y de las complicaciones consecuentes a la MGF en los primeros meses de vida, hablan de que es una forma de mantener más fácilmente en secreto esta práctica, que está penalizada por la legislación en sus países de origen (UNICEF, 2005; Kaplan et al., 2006).



En cuanto a la creencia de que la MGF realizada en edades tempranas minimiza las consecuencias psicológicas de las mujeres, según los hallazgos obtenidos en un estudio de Kobach et al. (2018), esto no es cierto: también se han detectado consecuencias a nivel psicológico en mujeres que han sido sometidas a mutilación genital siendo bebés.

La realización en una edad temprana de la MGF desmonta la idea que es un rito de paso a la edad adulta y que bajo esta práctica subyacen otros motivos sobre los que es necesario indagar para poder erradicarla. Dada la relevancia que este tema tiene para los resultados de este trabajo, será objeto de análisis detallado en el punto 5.2.1.3., El Modelo Patriarcal en la relación hombre-mujer. Es por ello que en este momento se menciona, pero no nos detenemos para aportar valoraciones o interpretaciones detalladas.

5.1.2.2. Percepción de las mujeres y de los hombres sobre las actitudes y comportamientos de profesionales de la salud en la atención a la salud de las mujeres con MGF

Antes de analizar los discursos de las personas a las que hemos entrevistado, conviene señalar que si bien las interacciones comunicativas que se producen en los encuentros asistenciales se establecen en el marco de una relación asimétrica, donde el poder está en manos de los y las profesionales de la salud, producto del enfoque biomédico que impregna la atención sanitaria, en el caso particular de nuestras mujeres la asimetría aún es mayor, fruto de la diferencia idiomática y de la distancia cultural entre ambos perfiles.

Los resultados de nuestro estudio señalan que, en el encuentro asistencial, el principal problema con el que se enfrentan las mujeres es el de la comunicación. La comunicación no sólo se ve condicionada por el idioma, sino por los valores, creencias y comportamientos culturales (Betancourt, Green, Carrillo, y Ananeh-Firempong, 2003).

El idioma es una de las dificultades más importantes, ya que su desconocimiento o falta de manejo les coloca en una situación de desamparo,

“(...) llevan cinco, diez años, quince años aquí... ¡Todo este tiempo aquí y que no pueda ir al médico y que no pueda decir lo que tiene” (EM1)

El desconocimiento del idioma puede llevar a algunas personas a percibir comportamientos racistas por parte de personas autóctonas, tal y como refiere este hombre que entrevistamos,

“(...) es que tenemos la cabeza... como el idioma no lo controlamos bien y cualquier tontería que te digan ya lo tomamos como racismo”. (EH11)

Las mujeres refieren sentimientos de malestar e impotencia en la consulta, hay muchas palabras “*médicas*” que les cuesta más entender, a pesar de que se las repitan una y otra vez, además de resaltar las actitudes negativas de los/as profesionales hacia ellas,

“(...) te dicen es que voy ahí y no me entienden y los médicos se enervan así muy pronto como que no tienen paciencia... hablan mal de los médicos, no te van a hablar bien de ellos, te hablan mal, te dicen tiene poca paciencia, “no me hacen caso, no me entiende, o cuando me habla me grita”... aquí tiene la manía de gritar... (EM1)

“(sobre la comunicación en las consultas médicas) es difícil porque el médico no entiende, no es solo por el idioma, hay diferencia de trato porque el médico dice una cosa y ellos piensan otra... estamos obligados a hacer lo que el médico dice.”. (EH5)

“(...) no sabemos lo que está diciendo, no sabemos lo que significa lo que me ha dicho. VOCES DICRIENDO: CLARO. Entonces lo primero que tienen que hacer es intentar explicar bien de forma que pueda ¡entender! La mayoría vamos al médico y nos explica algo y no sabemos, y nos manda una cosa y nos vuelve a explicar y ya comienza con la respuesta así de mala, y no sé porque lo que ha dicho no lo entendí bien. Paciencia porque el idioma no es nuestro y no hemos ido al cole aquí y lo que sabemos aquí lo hemos aprendido así en la calle y no es como la chica esa que se ha criado aquí, ha nacido aquí y no puede ser como nosotros; Es el problema primero que hay”. (T2)

La incapacidad para comunicarse con una o un profesional de la salud además de ser una barrera para el acceso a la atención sanitaria, provoca una disminución en la confianza en la calidad de la atención sanitaria recibida y un menor seguimiento de



las indicaciones propuestas (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, y Normand, 2003; Lasso, 2012). El lograr un clima de confianza y seguridad es algo que se considera clave en este proceso de comunicación (Akhavan, 2012; Ugarte, 2015).

Si agrupáramos las evidencias de los distintos estudios, cabría identificar que las principales dificultades en las interacciones comunicativas entre personal sanitario español y pacientes inmigrantes de diversas procedencias son:

- La barrera idiomática.
- Los diferentes patrones comunicativos de las diversas culturas (cultura comunicativa).
- Las creencias y costumbres de las diversas culturas en lo que se refiere al contexto sanitario (creencias, costumbres y cultura material en el ámbito de la salud).

Por otra parte, las reacciones de algunos/as profesionales de la salud cuando ven a una mujer mutilada no gustan a las mujeres,

“(...) cuando vas al médico SE RIE cuando por ejemplo tú tienes tu primer hijo y toca uno que a lo mejor es nueva lo presientes y tal, la cara SE RIE Le ves la cara que dice...” No he visto esto” ... Claro, no saben” (EM1)

“(...) Cuando yo estaba embarazada, cuando yo fui, puso cara rara y le dije ¿pero es algo raro? ¡Puso una cara cuando me vio!”. (T2)

“(...) M1: y luego claro ves a lo mejor la mirada sobre todo cuando hay aprendices por ahí vamos a decir que me tocó una vez, la cara que ponen pos que no estás cómoda. M2: ... pero aquí hay algún médico como ha dicho ella que te mira con una cara...hasta que se me olvida a lo que he venido...eso se me olvida a lo que vengo si me recibe así directamente con una cara mirando olvido lo que vine aquí, hay veces que no entendemos por qué te miran mal, responden mal, la mayoría hacen eso, eso la verdad. M1: Y chillando “¿Por qué has venido?” (T2)

“(...) M1: A veces tienes que explicar una cosa y hay algún médico que no te deja ni explicar, eso la verdad se quitan ganas de ir al médico, personalmente yo. Yo me cambié muchas veces de médico para eso. M2: Es por africana. M1: La mayoría hace eso, hay bueno y hay malo, pero la

mayoría lo hace eso, no digo que todo el mundo sea igual... Sí, es por ser africana, cuando africana uh la cara cambia. M2: a mí me ha pasado muchas veces y me cambié de médico hasta de pueblo me cambié “. (T2)

No obstante, encontramos discursos de mujeres que apuntan a definir la relación como satisfactoria en cuanto a que perciben que los y las profesionales se preocupan por ellas, se implican, empatizan y tienen *“muy buen corazón”*, creándose un clima de confianza que facilita el encuentro y en el que las mujeres expresan sus dudas y sus preocupaciones. Podemos destacar que son las mujeres quienes son capaces de evitar generalizaciones respecto a los y las profesionales de la salud,

“(...) El que tenemos ahora se pasa de bueno, te lo digo yo. Las dos que hay se pasan de buena VOCES ASINTIENDO Siempre tienen retraso, llegas y te preguntan qué tal la hija, qué tal el medicamento que te ha mandao...ya es un trato ya personal, es bueno, es bueno”. (T2)

Es llamativo que un/a profesional de la salud cuando ve a una mujer mutilada se limite a responder a lo que ella le pregunta y no indague sobre las posibles complicaciones que pueda tener,

“(...) los médicos de aquí ellos saben lo problemas que tenemos de eso (la MGF), la mayoría lo saben, lo saben porque lo ven y entonces cuando yo le he preguntao (sobre la reconstrucción), me ha contestao que esa cosa no entra en la seguridad social, si quiero hacerlo, que yo que busque la clínica. No me ha preguntado nada más.”. (EM8)

Este hecho también es comentado en el estudio de Pastor (2014), donde se refiere que cuando las mujeres embarazadas acudían a los controles programados en el protocolo de atención establecido para la etapa gestacional, los y las profesionales de la salud que les atendían en ningún momento hicieron comentarios sobre sus genitales mutilados.

Las mujeres identifican una serie de aspectos que evidencian el choque cultural. En determinadas circunstancias, las costumbres de la cultura española difieren de la suya en temas que son muy sensibles para ellas. Incluso se sienten juzgadas por ello:



En África no se habla del nombre de la niña o de niño hasta que la criatura no haya nacido. Aquí, ya en el paritorio se les pregunta por ello.

Las mujeres africanas no quieren que entre en el paritorio el marido, y aquí está eso muy mal visto, se critica.

A las mujeres africanas no les gusta que el médico comente al marido cosas que han hablado antes sólo con ellas

Las mujeres africanas entienden que, tras el parto, deben estar una semana en la cama, en reposo. Aquí, enseguida les hacen levantarse.

Además, las mujeres comentan que cuando van al centro médico e informan sobre un futuro viaje a su país natal, dicen sentirse juzgadas por llevar a sus hijos/as a su país en las vacaciones para ver a su familia,

“(...) Pero eso ellos no lo entienden, te dicen “África malo, por qué te los llevas” ... de África no conocen mucho los médicos” (T2)

“(...) En Europa hay un problema de racismo...piensan que los africanos no piensan, no reflexionan,” (EH5)

5.1.3. Las consecuencias de la mutilación genital femenina para la salud de las mujeres identificadas por las mujeres y por los hombres

En esta fase del análisis presentamos los resultados que hemos obtenido en relación a las consecuencias de la MGF identificadas por las mujeres y los hombres de nuestro estudio, agrupándolas en cuatro bloques: consecuencias para la salud psíquica y física, consecuencias en la salud reproductiva, consecuencias en la salud sexual y consecuencias sociales.

5.1.3.1. Consecuencias para la salud psíquica y física de las mujeres que han sido víctimas de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

La MGF conlleva daños a la salud física de las mujeres a lo largo de su vida, desde el momento del corte en la infancia, hasta la sexualidad y la salud perinatal en la edad adulta, tal y como se ha puesto en evidencia en numerosos estudios, entre los que destacamos el trabajo de Berg et al. (2014). Es difícil determinar el número de mujeres que mueren por complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Tal y como ya hemos mencionado anteriormente, las mujeres y los hombres que han participado en nuestra investigación apenas reconocen la existencia de una relación entre la MGF y problemas de salud orgánicos en las mujeres más allá de los relacionados con la obstetricia, tal y como se menciona en el siguiente apartado.

Únicamente mencionan la muerte por hemorragia tras la realización de la MGF que puede llevar a las niñas hasta la muerte y una de las mujeres la relaciona con un problema urinario,

“(...) Porque allí lo vemos, las niñas que mueren de eso”. (EM8)

“(...) hay muchísimas consecuencias en esto, hay niñas que se mueren, cuando lo hacen...no deja de sangrar, se muere”. (EM9)

“(...) Hay mujer ahora que está allí y tiene un hijo y tiene problema de orina y no para de orinar y todo le viene de eso, todo viene de eso”. (T4)

Como hemos comentado anteriormente, encontramos numerosos estudios que muestran las diversas complicaciones en la salud de las mujeres, identificándose varios problemas: infecciones genitourinarias, dificultades en el vaciado de la orina, fístula vésico-vaginal (Amin, Rasheed y Salem, 2013; Teufel y Dörfler, 2013;) y problemas por una cicatrización anómala de la herida tras la MGF (Kaplan et al., 2013).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, nuestros hallazgos son escasos, tan sólo una mujer refiere tener problemas de insomnio y ansiedad, que están siendo tratados con tratamiento farmacológico por su médico de familia.

En la literatura científica encontramos un número importante de estudios que evidencian la relación entre la MGF y la salud mental de las mujeres (Andro, Cambois, y Lesclingand, 2014; Knipscheer, Vloeberghs, Van der Kwaak, y Van den Muijsenbergh, 2015; Köbach, Ruf-Leuschner y Elbert, 2018).

Las consecuencias en la salud reproductiva son más reconocidas, tal y como veremos a continuación.

5.1.3.2. Consecuencias en la salud reproductiva de las mujeres que han sido víctimas de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

En este apartado comentaremos las complicaciones asociadas a la práctica de la MGF en el período perinatal: embarazo, parto y puerperio.



Son varias las personas que asocian la MGF con problemas en el parto, algunos de ellos mortales, que también relacionan con la no asistencia a los centros sanitarios (ya en el capítulo 5.1.1 hemos comentado la reticencia de las mujeres a asistir a los centros sanitarios),

“(...) porque claro en los partos se mueren muchas mujeres, un montón si te dicen tanto por ciento de mujer eso es lo que van al hospital y mueren allí, pero los que mueren en casa o en los pueblos porque ahí en los pueblos se va no sé a lo mejor el diez por ciento se va al hospital el restante tienen los hijos en casa y ya cuando tienen problemas que ve que no pueden pues intenta llevarlos, pero ya cuando ya es demasiado tarde entonces se mueren muchas mujeres, muchos” (EM1)

“(...) hay muchos pueblos ahora en África no hay médico, pero cuando hacen mutilación la niña puede morir; luego cuando se hace mayor se queda embarazada y dar a luz muy difícil, no hay médico para operar puede morir”. (EM7)

“(...) no está bien para salud de mujeres, que hay mujeres que han muerto en el parto por culpa de esto, que hay mujeres que no pueden tener niños por... que la deja estéril por la culpa de esto, que hay muchos problemas por esto, que por eso hay que dejarlo”. (EM9)

“(...) hasta padres mayores ahora tienen miedo a esa palabra (MGF), porque hay muchas mujeres tienen problemas para parto. El Gobierno lo dice, les da miedo”. (EM7)

El miedo a la muerte en el parto puede actuar como efecto disuasorio a la hora de realizar la MGF,

“(...) muchas mujeres de aquí (Recas) se van cuando parto a Toledo, médico enfermera, han dicho mucho “mira tú va a tardar mucho, niño no puede salir por problema de que tú estás cortá muy mal. ... por eso muchas chicas se pelean ahora, “nadie va a tocar a mi hija””. (EM7)

“(...) Por eso ahora muchas personas quiere hacer no quiere, hasta yo, mi marido tiene ahí con sobrino, tiene niñas, yo le he dicho no toca a ellas porque tiene miedo para su mujer dar a luz; yo le he dicho cuando una

chica... puede morir, yo le he dicho sí, eso es culpa de eso, porque ha dicho cosa de musulmán, no cosa de musulmán, aquí muchas razas no hacen eso, no lo van a hacer a su hija. Si por eso cuando he dicho muchas sobrinas de mi marido ahora no toca niña pequeña ni por capital ni por pueblos, que yo le he dicho tu chica muere ahora por parto y eso es culpa de eso". (T4)

5.1.3.3. Consecuencias en la salud sexual de las mujeres que han sido víctimas de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

Las consecuencias en la salud sexual de las mujeres derivadas de la práctica de la MGF que son identificadas por las mujeres y hombres que hemos entrevistado son: la anorgasmia, la disminución del deseo sexual y las dispareunia o sufrimiento en la vida sexual (determinado fundamentalmente por el dolor que experimentan en las relaciones sexuales). Estos resultados tienen similitudes con otros estudios consultados (Alsibiani, y Rouzi, 2010; Anis, Aboul, Awad y Said, 2012; Anderssen, Rymer, Joyce, Momoh y Gayle, 2012; Ballesteros et al, 2014).

La **anorgasmia** en las relaciones sexuales es uno de nuestros hallazgos en este estudio. No es un tema del que se hable entre ellas, por lo que tampoco tienen la certeza de que sea algo consecuente a la MGF y que también las otras mujeres estén en esa situación,

"(...) Porqué a mi... yo ¿no puedo tener un orgasmo? Ahí está, esa es mi pregunta, ¿seré yo, no? Como es una cosa que no la hablas pues nada, realmente...no sabes..." (EM1)

"(...) de hecho nadie te va admitir...de que...estoy con un hombre y no siento nada nadie te lo va a decir" (EM1)

No obstante, en el desarrollo de uno de nuestros talleres, una mujer de manera indirecta habló de la existencia de este problema y de manera implícita hizo a las mujeres responsables de ello, desvinculándolo de la MGF:

"(...) si la mujer se tumba como un árbol o lo que sea, eso la culpa tiene la mujer también; para que llegue sentimiento (orgasmo) tú tienes que jugar, si no juegas no llegas RISAS, Y VOCES DICIENDO: ES VERDAD Si



tú no juegas tu no vas a tener ni hombre tampoco va a tener; pero eso, la parte de eso la mujer tiene la culpa de eso. No es la culpa del corte, la culpa la tiene nosotras mismas”. (T4)

Las mujeres de nuestro estudio también refieren **una disminución del deseo sexual,**

“(...) me cuesta más llegar a...a que me apetezca ...voluntariamente.” (EM2)

“(...) Entonces si yo tengo un problema de relación sexual no me importa si mi marido tiene dos (mujeres) porque cuando se va dos días ahí ya me quedo tranquila”. (T1)

“(...) cuando el hombre tiene dos o tres mujeres ¿no? el día que le toca a una mujer, se perfumar bien todo, y yo digo ¿para qué? No sé, no lo entiendo; o pelearse porque mi marido no ha dormido conmigo hoy, ha dormido con la otra”. (EM1)

En el mismo sentido se expresa uno de los hombres de nuestro estudio,

“(…), sí, la mutilación es una forma de quitarle el apetito sexual a la mujer”. (EH12)

Berg y Denison (2013), identifican la falta de apetito sexual de las mujeres mutiladas como una de las creencias principales de quienes defienden la MGF, aunque en el argumentario “oficial”, no se explicita claramente y se hable más en clave de “pureza de la mujer mutilada”.

Sin embargo, no todas las mujeres de nuestro estudio asocian la MGF con la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio y la fidelidad dentro de él, incluso piensan que se puede utilizar este argumento para “desmontar” la idea a los hombres y así ir avanzando en la erradicación de la MGF,

“(…) si me dicen que el corte se hace que para que las niñas no juegan (tengan relaciones sexuales) o corran detrás de los hombres yo voy a decirles estás equivocado porque yo voy a dar ejemplos: esa niña tiene el corte y tuvo dos niñas antes de casarse, ¿por qué lo hace si está mutilada?

¿Usted cree que lo ha servido? Si cree que las que tengan el corte se casan virgen, no es así". (EM9)

El dolor en las relaciones sexuales es otro de los temas que aparecen en sus discursos

"(...) cuando yo estaba en relaciones con mi marido me duele." (EM6)

"(...) ¡Yo tengo tanto sufrimiento con la relación sexual con mi marido!" (EM6)

Rescatamos aquí lo referido en el apartado 5.1.1.2 de este Informe en relación a las prácticas de las mujeres para proporcionar más placer a sus maridos durante el acto sexual, la utilización de productos para estimular la contracción vaginal. A este respecto, hemos encontrado literatura científica que comenta cómo en varios países africanos se tiene la creencia cultural de que una vagina húmeda no es saludable y que es síntoma de promiscuidad de la mujer. Para evitar caer en este estigma, muchas mujeres secan su vagina con diferentes sustancias, provocando en ellas además de un sufrimiento terrible durante las relaciones sexuales, heridas vaginales y un aumento de la probabilidad de contagio de infecciones como el VIH/SIDA. Es el llamado "sexo seco" (Reddy, Saleh-Onoya, Sifunda, Lang, Wingood, Borne, y Ruiter, 2009).

Las mujeres comentan que la satisfacción femenina en las relaciones no es algo que los hombres tengan en consideración, aunque ahora con la visibilización de este tema, hay una posibilidad de cambio,

"(...) (el disfrute en las relaciones sexuales) no importante para la mujer, pero cuando habla esa cosa hasta hay hombres ahora que van mirar televisión y cambian cosas; si no antes hombres no dar importancia a eso, mujeres duele o no duele da igual. (...) El hombre pensaba en él". (EM8)

Sin embargo, el discurso de los hombres de nuestro estudio difiere del de las mujeres a este respecto. Ellos hablan de su ignorancia del sufrimiento de las mujeres y comentan la dificultad para que sean conscientes de ello,

"(...) le está haciendo daño (el hombre) pero sin saber que le está haciendo daño, porque él no sabe el daño que le está haciendo; ahora



mismo tú le comentas y no se lo cree. (...) yo lo que he entendido y no sé si será verdad o mentira, pero yo lo que he entendido es que las que están cortadas y las que no están cortadas a la hora de relaciones sexuales no disfrutan lo mismo... eso es lo que dicen, que no disfrutan, el gusto no es lo mismo... entonces yo pienso que cada uno tiene derecho a tenerlo y disfrutar, disfrutarlo como quiera y cuando quiera. (...) eso es un problema porque como son tan cerraos aunque tú lo digas no se lo van a creer y alguno de ellos dirá que qué son esas tonterías ¿sabes? No lo toma en serio, sobre todo las personas mayores, de más de 60 años”. (EH11)

Las mujeres consideran que su falta de deseo sexual, junto con el dolor que les produce la relación sexual, puede acarrear problemas con el marido,

“(...) A veces en el matrimonio cuando lo tienen cortado hay problemas porque si tu marido te quiere tocar y tú no tienes ganas, hoy puedes decir no tengo ganas, mañana no tengo ganas, mañana o pasao, enseguida él... es problema”. (T4)

“(...) Yo sabe, yo estoy sufriendo, cuando tengo relaciones con mi marido hay veces uff, que no tengo ganas. No puede ser una semana no tengo ganas, mi marido pelea conmigo, entonces yo no quiero pasar mi hija no, hasta que yo muera no puede pasar con mi hija” (EM6)

Vemos cómo detrás de estas palabras subyace la manera de entender la sexualidad femenina, que como ya hemos comentado en otro capítulo de este informe, está al servicio del placer masculino.

Cabe señalar que, en dos ocasiones, durante el desarrollo de los talleres, las mujeres mostraron curiosidad sobre el tema de la reconstrucción de los genitales mutilados. Decían haber oído hablar de ello en los medios de comunicación, pero se mostraban reticentes en cuanto a la idoneidad del procedimiento.

Según nuestras mujeres, a los **hombres les gustan más las mujeres que no están mutiladas,**

“(...) a tu marido mucho, le gusta darte alegría, pero no tener sentimiento (orgasmo), no le gusta. (...) cuando tu marido necesita estar con una mujer es que empieza cosa a jugar con ella mejor tener todo (no estar mutilada).

Pero mejor que siempre hay que darle ganas a tu marido, eso es importante; por eso no me gusta mutilación”. (EM7)

“(…) cuando casas con hombre y la mujer está mutilada...pero cuando el hombre está con mujer que no está mutilada hombre dice que la mujer que no está mutilada mejor que tu”. (T1)

“(…) los hombres hablan y dicen que hay diferencia entre mujer que está mutilada y mujer que no”. (T4)

“(…) muchas chicas ahora están de pelea con la familia de tu marido porque no quieren mutilación; porque cuando salen del colegio chicos quieren más que a las chicas sin la mutilación; jóvenes ya no quieren, pero mayores en mi país igual, siguen haciendo mutilaciones». (EM7)

Uno de los hombres de nuestra investigación corrobora lo que comentan las mujeres,

“(…) uno de los chicos dijo que estando con su novia (mutilada), parecía que se estaba acostando con una pared y que ahora que tenía otra novia (no mutilada), disfrutaba más, claro”. (EH12)

5.1.3.4. Consecuencias sociales de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

En este apartado comentaremos las consecuencias sociales o carga social alrededor de la MGF, tanto en las mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital (MGF) como en aquellas que no lo hayan sido. Asimismo, comentaremos nuestros hallazgos a las repercusiones que tiene este hecho tanto en los países de origen como, en nuestro caso, en España, país de acogida (Tabla 7).

La MGF es una práctica considerada como norma social profundamente afincada culturalmente en determinadas comunidades africanas. Las familias, madres y padres, tienen la percepción de que si se oponen a ella pueden sufrir exclusión social. Además, la MGF es clave a la hora de que las mujeres puedan contraer matrimonio. En este sentido se manifiestan las personas participantes en nuestra investigación,

“(…) a la niña la tienes que hacer esto porque si no, no va haber ningún hombre que se case con ella”. (EM2)



“(...) Allí si las mujeres no están mutiladas a veces en lugares ni siquiera el hombre se quiere casar contigo, te considera como si... no sé cómo decirlo, se burlan de ti. Si el marido tiene dos o tres mujeres, y se pelean porque siempre hay pelea entre las mujeres de hombres que tiene dos o tres mujeres, siempre hay pelea, si una no está mutilada, se compara otra que sí, no es igual, “¡eh!, tú que no estás mutilada”. Esa palabra allí te cierra la boca”. (EM9)

“(...) tú te vas fuera de la casa, nunca volver, tu padre te dice a la calle, muy mal”. (EG1 M2)

“(...) La gente que lo hace es en el pueblo. Cuando la niña ya mayor y quiere llevara a matrimonio y pregunta a su padre ¿tu niña tiene el corte? Y aunque esa niña no quiera, sí o sí tiene que hacer, porque va a tener problemas para encontrar un marido, por eso la familia de la niña quiere lo mejor para la niña (que se le mutile para que se case)”. (T4)

“(...) Es una cosa tradicional que si no haces tú no va a casar ningún hombre de allí, si haces la comida puede que no coman de lo tuyo, porque no estás limpia, estás sucia. Ningún familiar va a acogerte, M: te vas a quedar sin marido. ¡Imagínate bendición de Dios! RISAS”. (T5)

“(...) si tú no tienes la ablación hecha no te puedes casar con un hombre y si tú no tienes la ablación hecha eres una repudiada y si tú no tienes la ablación hecha las otras mujeres como que te tratan diferente...”. (EM2)

“(...) si no haces siempre tú vas a tener vergüenza con tus amigas. Con diez años es mucho, sin hacerte vas a estar fatal... mira la hija de tal, todo el mundo va a hablar mal y ningún hombre se va a acercar”. (T5)

Incluso, a las mujeres que no han sido sometidas a la mutilación genital las asemejan a un hombre,

“(...) Las familias obligan, critican porque si por ejemplo tú te casas con una mujer que no lo tiene o lo tiene a lo mejor no lo dice, pues dicen se ha casado con un chico no con una mujer JALEO DE VOCES. Sí, eso es palabra de África, eso es palabra de África, se ha casado con un hombre, no se ha caso con una mujer. Si no tiene el corte se llama que esa mujer tiene la misma cosa como lo hombre”. (T4)

Así, podemos decir que, en los países de origen, la valoración social que se hace de las mujeres que han sido sometidas a la MGF son favorables para ellas y para sus maridos. En el caso de no haber MGF, esta valoración social es negativa, para ambos perfiles, aunque por diferentes motivos y con diferentes consecuencias para su salud psicosocial.

Tabla 7. La carga social de la Mutilación Genital Femenina

Consecuencias Sociales: la carga social	Mujeres		Hombres	
	España	País de origen	España	País de origen
Mujeres sometidas a MGF	X (-)	X (+)		X (+)
Mujeres no sometidas a MGF	X (+)	X (-)		X (-)

Nota: Siendo X(-): consecuencias percibidas como negativas y X(+): consecuencias percibidas como positivas.

Si analizamos la percepción que tienen las mujeres de cómo se trata la MGF en España, nos encontramos con que las mujeres refieren una situación de malestar, se sienten juzgadas y culpabilizadas de haber sido mutiladas, estaríamos hablando de “culpabilizar a la víctima”,

“(...) Mi decisión, la decisión de mi país, si tú también como yo comprendes, escuchas, no críticas, no puedes enfadada conmigo porque es tradición de mi abuelo y de mi abuelo, toda la generación ... tienes que entenderlo, que se hace en África, que no es mi culpa, que, si acaso sería la culpa de mi abuelo, ... Porque yo soy víctima ... una vez voy al médico y se enfada conmigo” (EG1 M1)

“(...) Entonces si yo me abro con ella (una amiga) y le digo, yo tengo esto (la mutilación), sé que ella no tiene (mutilación) o me dice que no tiene, es que yo me veo como inferior ¿no? me veo como diferente a ella por tener yo el corte y ella no... me sientode forma inferior, me siento que no... no....no soy igual que ella, entonces eso también hace que uno oculte un poquito ¿no? o que no hable del tema con ellas, porque si no lo hablas



con quien sabes que lo tiene igual que tú, imagínate con quien no tiene ¿sabes?. Es difícil". (EM1)

Nuestros resultados coinciden con los presentados por Reig, Siles y Solano (2014) que tras una revisión integrativa refieren la existencia de una fuerte presión social a la que están sometidas las mujeres con respecto a la práctica de la mutilación genital femenina en los países Occidentales.

5.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA PERPETUACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En este capítulo expondremos los elementos que de forma directa o indirecta facilitan que la práctica de la Mutilación Genital Femenina se siga realizando.

Articulamos los resultados en dos grandes bloques: Factores socioculturales: la Tradición, la Religión y el Modelo Patriarcal en la relación de pareja hombre-mujer; y Factores relacionados con la protección de la salud: del hombre, del feto-niño/a y de la mujer.

5.2.1. Factores socio-culturales

Antes de iniciar el análisis de los elementos que acabamos de mencionar, consideramos oportuno presentar un tema emergente y que consideramos de gran relevancia para el tema que nos ocupa.

Son varias las personas entrevistadas que han manifestado su malestar por las actitudes que han percibido en las personas autóctonas, actitudes que consideran ofensivas, y provocan una reacción de rechazo entre las personas inmigrantes,

(...) Ellos piensan que los blancos van a invadirlos, que quieren sus tradiciones, y que sean como los blancos, y que sus hijas sean como las blancas, que digan que no y que chillen a sus maridos y que saquen el pie del tiesto". (EM2)

(...) ¡lo toman como bah! estas cosas de europeos y ya está, nosotros lo llevamos haciendo desde... incluso te dicen mira a mí que te pasó, yo

te he parido a ti aquí estoy aquí no me han pedido hacer nada en la vida te contesta con eso... porque hoy en día hay gente que no creen, dicen eso son cosas que se inventan los blancos para asustarnos, para que cambiemos y no lo toman en serio". (EM1)

Los estereotipos raciales pueden ser una barrera adicional a la hora de transmitir la información. McCourt y Pierce (2000) citan una serie de estudios que sugieren que los estereotipos de las matronas pueden determinar negativamente la atención que reciben mujeres de minorías étnicas.

Conviene tener en cuenta esta realidad a la hora de elaborar las estrategias para la erradicación de la MGF. Si partimos de una realidad percibida como etnocéntrica y con tintes racistas por parte de las personas africanas, que sienten que sus creencias y costumbres son cuestionadas por la sociedad de acogida, sin un trabajo previo (en ambas partes), difícilmente podemos abordar un tema tan complejo como la MGF. En este clima un tanto hostil, el rechazo social hacia la MGF puede ser percibido por parte de las personas africanas como un rechazo hacia su cultura.

Por otra parte, cabe señalar que encontramos personas de origen africano que no lo vive así, explicitando que la erradicación de la MGF no significa ir en contra de la cultura africana,

"(...) ir en contra (de la mutilación) eso no quiere decir...no es ir en contra de la cultura, las culturas hay que respetar, yo pienso. (...) cosa si no vale hay que cambiar". (EM3)

Este discurso, en términos antropológicos, viene a decir que el relativismo cultural llega hasta donde los derechos de las personas se ven vulnerados, no todo vale ni es respetable, hay prácticas culturales que es necesario cambiar.

5.2.1.1. La Tradición

La Tradición como elemento clave en la perpetuación de la práctica de la MGF es uno de los elementos que reiteradamente aparece en los discursos de los dos perfiles de nuestro estudio.

En la cultura africana, las tradiciones son muy importantes, y las personas de nuestro estudio colocan a la MGF en un lugar preferente dentro de las tradiciones,



“(...) la tradición es importante, es una cosa de nuestros antepasados que no podemos cambiar, eso es lo que pasa con la mutilación”. (EH5)

Además, tal y como refiere uno de los hombres que hemos entrevistado, quien además apostilla que en España no hay tradiciones, por lo que es más difícil que se pueda entender la tradición de la MGF,

“(...) en España no hay tradiciones... creéis que tradición es una cosa que no está bien, pero está bien también, para nosotros está bien... se habla de tradición y hay muchísimas cosas que vosotros en mi opinión no podéis entender”. (EH5)

“(los blancos) no podéis entender esa parte de la tradición, la tradición es buena, que si hay un bebé que no quiere salir que le van a ayudar y con la tradición va a salir.” (EH5)

Y una práctica que es motivo de felicidad familiar, felicidad que anteponen a la suya propia, en palabras de una de nuestras mujeres *“las mujeres africanas nunca piensan en ellas”* (EM2),

“(...) es como una obligación, si una obligación porque mira, si tú quieres una vida feliz tu madre, tu familia necesita de hacer la mutilación. Yo sé que no...mi niña que no...yo no...ahora muy triste”. (EG1 M1)

“(...) es una tradición que hace daño a las mujeres, hay mujeres que quieren a sus hijas, pero también quieren a sus maridos y les gusta la tradición” (EG1 M2)

“Sí, sí, allí se hace; nosotras aquí no. Sí, es costumbre, yo también la tengo”. (EM3)

Una tradición que antaño se celebraba públicamente,

“(...) hacían una fiesta, muy grande fiesta; cuando pasa esto en mi pueblo veinte niñas lo hacen, había comida, ropa, baile, venía mucha gente que viene a hacer fiesta, es una tradición muy fuerte” (T1)

Otro de nuestros hallazgos es que actualmente en muchos sitios se diferencia claramente la MGF de la circuncisión,

“(...) en algunos pueblos por ejemplo cuando lo hacen a los chicos eso se celebra, hacen una gran fiesta de todo el pueblo, invitan a toda y eso se festeja; pero cuando lo hacen a las niñas, no, eso es entre las madres y las mujeres lo hacen y ya está; a lo mejor los padres ni se enteran, se enteran cuando ve a la niña llorando, te pregunta...pero aparte no. Y eso lo hacen...los hombres hacen a los hombres las mujeres a las mujeres”. (EM1)

“(...) en Mali yo no he visto que cuando se hace a las niñas se hace una fiesta; de chicos sí que he visto que hay bailes, y hay una fiesta, comida y tal; pero a las chicas ya te digo que a la semana de nacer lo hacen y como si te van a aponer un pendiente, lo hacen y ya está, no hacen fiesta y eso. Luego ya si de joven, de niña a mujer sí que hacen fiesta, en mi pueblo sí que he visto que se hace, pero sin mutilación, ya está mutilada”. (EM1)

Y un aspecto muy interesante que consideramos que hay que tener en cuenta a la hora de proponer estrategias para erradicar la MGF, es la percepción que tienen las personas entrevistadas de la posibilidad de aquellas tradiciones que, en el caso de considerarse perjudiciales para la salud de las personas, se pueden cambiar,

“(...) Pero las tradiciones cambian, para que no te de enfermedad. La gente se va muriendo, y lo sabe”. (T5)

“(...) cortar el clítoris ahora a una mujer no está bien porque... ahora tenemos la civilización y entonces las cosas hay que cambiarlas poco a poco, la tradición es tradición. Para la gente de hoy no es buena (la MGF) ... para la generación de antes, sí”. (EH5)

“(...) Yo digo que esa cosa va a cambiar, pero no va a ser total de una vez, pero poco a poco va a cambiar; si mi madre me hace a mí y yo no voy a hacer a mi hija, mi hija no va a hacer a la suya VOCES DICRIENDO “CLARO” y entonces va a venir cambio poco a poco. Que la gente sabe ahora la consecuencia que hay, y entonces va a llegar cambio poco a poco, no va a ser de un día”. (T4)

“(...) es algo de tradición, se ha pasado de padres a hijos y punto. Las que están aquí, pues...pienso que no tanto ya, porque por ejemplo mi madre que es la mayor de todas, ella en principio ha dicho que no lo hacía



por no ir a la cárcel, pero ahora se ha dado cuenta de que no es algo delicioso”. (EM2)

“Una tradición y se lo tienen que pasar de madres a hijas. Es una tradición. Entonces yo lo veo como una tradición, yo veo que hay tradiciones que sí se tienen que seguir, hay tradiciones que, si se tiene que pasar de padres a hijos, pero hay otras que se deberían erradicar, pero totalmente, por supuestísimo y una de ellas es esta”. (EM2)

Pero para eso, hace falta un apoyo que acompañe y guíe el cambio,

“(…) Bueno allí también está cambiando porque allí también están diciendo cosas para que lo entiendan. Porque allí, ¿qué saben? Entienden sólo su cosa. La gente no puede cambiar sola... Un camino un poco difícil: todo no puede cambiar, allí un camino antiguo, antiguo... no puede cambiar”. (EM3).

“Pero yo creo que es una tradición... no se puede cambiar así; para cambiar hay que hablar, sensibilizar a la gente...es difícil. (...) depende de cada familia cambiar es difícil, que depende de cada familia”. (EH5)

Y ya para finalizar este apartado, comentar la diferencia que hacen entre tradición y religión, aspecto importante a la hora de trabajar en la prevención de la MGF, como veremos más adelante,

“(…) (la MGF), no es una cosa obligatoria, es una cosa tradicional, lo obligatorio es la religión, la tradición también es en unas cosas obligatoria, pero otras no, solo en lo que tú quieras, pero si tú eres religiosa tienes que hacer lo que la religión dice...Lo tradicional no..., tú haces lo que tú quieres”. (T5)

5.2.1.2 La Religión

En el discurso de las personas que han participado en nuestro estudio, se pone en evidencia que en el Corán no se menciona la práctica de la MGF, desmontándose así el mito de que la MGF es un precepto religioso,

“(…) Eso (la MGF) no es cosa de religión, no. Como ayer contó una mujer, “la biblia no lo dice, Corán tampoco, entonces ¿qué es eso?”. (EM6)

“(...) antes sí que la gente cree que es por la religión, pero ahora gente sabe que no es religión; por eso antes se mezclaban cosas y yo creo que hay error”. (EM7)

“(...) dice que sí es por religiones, yo digo no porque en estas zonas (Mali) los musulmanes somos pocas, el resto son cristianas, ¿por qué ellos también lo hacen? Eso significa que no es por religión”. (EM9)

“(..) hay gente que dice que es por la religión, no es por la maldad, pero no es por la religión porque en el Corán no está escrito, no está escrito, no es por la religión”. (EM9)

“(...) estamos allí muy cerraos, mucha gente lo hace por tema de religión, la gente es muy religiosa y estamos muy cerraos, somos gente muy cerrada sobre todo hablando de gente musulmana. La gente lo hace por eso, ni cultura ni nada, es por tema religioso”. (EH11)

“(...) ese es marroquí pregúntale y te dirá no hace eso (MGF), no es cosa de musulmán, es cosa de tradición”. (T1)

“(...) yo les digo a los hombres: mira, la religión está escrita en los libros, luego, cada uno lo puede interpretar como quiera, como mejor le venga, pero que no me vengáis con rollos, pero no, en el Corán no pone eso y ya está”. (EH12)

Finalizamos la exposición de los resultados de este apartado mostrando uno de los elementos, que, aunque le hemos dedicado un espacio propio, está presente e impregna todo lo que hemos tratado hasta ahora: el modelo patriarcal y su influencia en la relación hombre-mujer.

5.2.1.3. El Modelo Patriarcal en la relación hombre-mujer

A la hora de analizar los factores que facilitan la perpetuación de la práctica de la MGF, no podemos obviar que el marco bajo el que realizamos este análisis es el del Modelo Patriarcal en el que se desarrollan todas las interacciones entre los hombres y las mujeres de nuestro estudio.

Tanto las mujeres como los hombres de nuestra investigación, consideran que las relaciones entre hombres y mujeres ponen de manifiesto una situación de poder del hombre hacia la mujer,



“(...) De lo que yo conozco, lo que digan los hombres allí va a misa”. (EH11)

“(...) Lo hacen (La MGF) para que la mujer no tenga igualdad, yo pienso así. Por ejemplo, hay zonas en las que dicen que, si la mujer no tiene eso, está sucia VOCES DICRIENDO: Sí. Que está sucia, lo dicen así, que esas mujeres no son mujeres, son como hombre y entonces para ser como mujer te tiene que quitar VOCES ASINTIENDO. Que tienen que cortarlo MÁS VOCES ASINTIENDO. Entonces eso es una cosa para quitar la igualdad, así”. (T4)

“(...) la educación en igualdad en África no existe, porque allí a la mujer le enseñan desde pequeña a hacer lo que el marido quiera”. (EH12)

“(...) (a los hombres) No les conviene que las mujeres tengan libertad. Aunque ellos digan que es algo de mujeres, ellos a sus mujeres en petit comité, en su cuarto, en su privacidad las machacan, las consumen, ... Y a mí lo que me repatea y me condena es que ellos intentan criar a sus hijas y llevar su matrimonio de una manera machista”. (EM2)

“(...) no hay ningún versículo que dice que hay que mutilar a las mujeres La palabra del profeta no dice...pero la gente interpreta a su conveniencia, ¿y quién lee más el Corán en África? Los hombres; ¿quién interpreta el Corán? Los hombres, a su conveniencia VOCES ASINTIENDO. OTRA MUJER: No puede estar mejor dicho la verdad. Todos...y luego no te dicen los derechos que tiene la mujer, pero nunca...una mujer lo lee y lo dice el hombre no lo entiende, cuando lo llaman para cualquier cosa la mujer tiene que obedecer al marido, nunca dice que el marido también tiene que hacer esto con la mujer, nunca”. (T1)

“(a las mujeres) las educan para ser sumisas. A mí me han educado para ser sumisa, a las niñas se las educa para ser buena ama de casa, para cuidar a niños, para...para...complacer al marido. A mí me han educado así...”. (EM2)

Los hombres quieren tener controladas a sus mujeres, restringiéndoles, en alguno de los casos, hasta sus desplazamientos,

“(...) también no sé si por suerte o por desgracia como ha fallecido mi marido tenía yo un poco de libertad para hacer esas cosas porque yo sé que muchas mujeres los maridos dicen “es que hasta Toledo con el autobús, ir, pues no, hay niños, yo trabajo quien va a tal o cual”...y aunque la mujer quiera al final no puede; (para venir a los talleres) los hombres ahora no tienen problema porque saben que tenemos la casa ahí, vamos ahí, si fuera a lo mejor desplazarte a otro sitio pues no, porque hay muchas que las traen los maridos, se van y luego vuelven; pero si es a lo mejor más, pues no, no pueden”. (EM1)

Otras de las manifestaciones patriarcales del modelo relacional entre hombres y mujeres es el uso reproductivo que hacen del cuerpo de la mujer, disociándolo de la salud sexual. Para los hombres, lo importante es tener descendencia y si una de sus mujeres no se la puede dar, tienen que buscar otra que cumpla con esa función. La familia es un punto fuerte de presión en ese sentido. Si con una de sus mujeres no tienen descendencia, la culpan a ella y la familia “les obliga” a casarse con otra mujer,

“(...) Si en dos o tres años no pueden tener hijos y obligan al marido a casar con otra porque con esa mujer no puede tener hijos, y el hombre no puede estar sin hijos y se va con otra... allí un hombre sin hijos...ves una mujer sin hijos puede ser, pero un hombre sin hijos... eso es un problema porque también hay hombres que no pueden tener hijos, pero eso no lo dicen los hombres, cuando no hay hijos se piensa en la mujer”. (EH11)

En el siguiente testimonio, vemos cómo una de las entrevistadas se plantea arriesgar su salud con un futuro embarazo para evitar que su marido se case con otra mujer,

“(...) le dije a mi marido que cuando me hiciera la ligadura de trompas su familia se iba cabrear conmigo y con él y le diría que se casara con otra mujer. (...) le dije que me prometiera que no se iba a casar con otra y me dijo que no, que no me lo podía prometer, que es cosa de tradición; cuando yo casar esa cosa de tradición yo no puedo prometer. Entonces yo se le dije a mi médico que no quería ligadura y él me dijo que, si no la hacía, podía morir yo y el niño. Yo estoy fatal,... tengo tanta enfermedad...”. (EM6)



Además de la poligamia, el casamiento forzoso con el hermano del marido en el caso del fallecimiento de este es otro de los aspectos que emergen en nuestras entrevistas y que tienen su origen en el modelo patriarcal de la sociedad africana, tal y como lo relata una de las mujeres entrevistadas,

“(..). Y en Mali el costumbre que también no está bien pero sigue haciendo, SE RIE, ya llegará un día que hablemos de eso también, que cuando fallece el marido y tienes hijos te casan con un hombre de la familia, el hermano o el tío para que el hijo no se críe fuera o no vayas a casarte con otro hombre que a lo mejor no trataría bien al hijo como un familiar lo trataría, lo hacen con ese fin pero muchas veces es obligado porque a lo mejor mujer dice es que yo al hermano de mi marido no lo quiero, o es mucho más mayor que yo, pues no; pero igual te obligan. porque de hecho no quería casarme ... Pero claro en Mali está mal visto sobre todo si eres joven, ... porque si no estás casada y estás aquí sea verdad o no se inventan todo, pues está con fulanito, ... es así y nadie se junta contigo, los maridos dicen a sus mujeres no te juntes con esta que es así. Pues eso, terminas obligatoriamente casándote otra vez”. (EM1)

La impronta de este modelo patriarcal sobre la práctica de la MGF se evidencia fundamentalmente en dos aspectos: a) el control de la sexualidad de las mujeres² y b) la permisividad y reconocimiento social de la poligamia para los hombres³. Estos dos aspectos son reconocidos por la mayoría de nuestras participantes como los elementos fundamentales que sustentan la práctica de la MGF, por encima de los otros factores que hemos mencionado.

a) El control de la sexualidad de las mujeres

Uno de los motivos que se esgrimen para defender la práctica de la MGF es su efecto en el control del deseo sexual de las mujeres, para que así, se garantice su virginidad hasta llegar al matrimonio y mantenerla dentro de él. La mayoría de las mujeres y los hombres así nos lo dijeron,

² Entendida como miedo a la infidelidad de aquellas mujeres que no hayan sido mutiladas.

³ Entendida como “Régimen familiar en que se permite, generalmente al varón, la pluralidad de cónyuges”, según la RAE (2018). En nuestro caso, la permisividad es exclusiva para los hombres.

“(...) Y entonces como tienes menos apetito, si tu marido se casa con más de una, el tiempo que no te está pidiendo a ti sexo, tú estás tranquila, tú estás en otras cosas y no estás pensando en sexo y puedes avergonzarte a tu familia teniendo relaciones con otra persona”. (EM2)

“(...) M1: yo pregunto: toda esa carne que cortan a las mujeres ¿es para controlar a esa mujer o es religión? M2: Es por cultura M3: No, es para controlarlas porque en el Corán no está escrito, ni tampoco en la Biblia; yo creo que es para controlarlas porque según ellas la mayoría dicen si por ejemplo tú no estás casada vas a tener relación, que te va a dar ganas; pero si te hicieron corte no te va a dar ganas; entonces es para controlarla”. (T4)

“(...) M1: (la MGF) se hace sólo para que la mujer no disfrute y punto. M2: claro es verdad, no hay otra cosa. M1: No hay otra cuestión, para que ella no disfrute y ya está, que no hay otra cuestión. M2: Para que la mujer no disfruta la vida...el hombre sí que lo disfruta porque lo pasa bien” (T5)

“(...) ellas dicen que por que lo dice el Corán ...en el Corán en ningún lado va a poner que se deba de hacer esa barbaridad empezando por ahí, y después, otro motivo por el que lo veo que lo hacen para poder controlar a la mujer en el hecho de que como pone en el Corán que te puedes casar con tantas mujeres que puedas mantener y ellos no pueden mantener a una mujer sexualmente como para mantener a más. (...) yo lo veo como te he dicho, para controlarlas, para poder irse con las mujeres que les dé la gana y sobre todo una mentalidad que es para tenerla controlada sexualmente ... lo veo como una manera de controlar que la muchacha no tenga relaciones sexuales porque si no, no me explico la barbarie de coserlas y dejarlas solamente el orificio”. (EM2)

“(...) La mayoría de los hombres es si...respetan la tradición (de la mutilación)... los hombres no quieren que sus hijas tengan muchos hombres, que sólo tengan uno, por eso son los hombres los que quieren que tengan un hombre hasta que se mueran, que sean fieles”. (EG1 M2)

“(...) es un comportamiento machista porque a ellos les conviene que no tengan apetito sexual, les conviene que la mujer sea sumisa para poder hacer casarse con las mujeres que quieran y poder hacer ellos lo que quieran”. (EM2)



“(...) la mutilación es una forma de quitarles a las mujeres el apetito sexual, y ya está”. (EH12)

“(...) si tú crees que la mujer que está mutilada no tiene ganas ¿por qué coser, por qué taparlo otra vez? Porque sabe que, aunque está mutilada lo hace (tener relaciones sexuales), le da gana lo hace; por eso estamos empezando a ver sufrimiento por nada”. (EM9)

b) La Poligamia

Nuestros resultados apuntan que a pesar de que la poligamia está reconocida en el Corán y aceptada en la sociedad africana, encuentra en la MGF una gran aliada, ya que según sus palabras los hombres no son máquinas y no podrían mantener cubiertas las necesidades sexuales de todas las mujeres con las que se casan si estas no estuvieran mutiladas,

“(...) ¿Tú crees que todos los hombres pueden satisfacer todas las noches, cada noche, todos los días a todas sus mujeres?... ella también te está esperando, y la otra pendiente está deseando... ¿tú crees que puede aguantar así? No son máquinas, son personas; pero si las mujeres están son mutiladas, aunque no vaya el marido no pasa nada, si mañana no va, no pasa nada, por eso puede aguantar”. (EM9)

Además, comentan que en el Corán se dice que el hombre puede tener tantas mujeres e hijos e hijas como pueda mantener, pero eso no es el caso de la mayoría de los hombres que ellas conocen,

“(...) algunos tienen tres (mujeres), fíjate dice la religión, te voy a decir una cosa, lo que está en el Corán nunca nadie, nadie puede cumplirlo, nadie, lo están haciendo para su conveniencia; porque si dicen que el Corán dice tú puedes coger mujer hasta cuatro eso sí, pero el cuatro tiene que ser igual, amarlo igual, si yo tengo un euro tengo que dar un euro a lo resto tres, todo cada uno igual, no tiene que hacer nunca diferencias ni ellas ni sus hijos ... poca gente lo hace honestamente como manda Dios, no, como dice en el Corán no lo hace así. Por eso lo digo que es por su conveniencia, no pueden mantener cuatro, no, eso es una mentira, yo no

lo creo, yo nunca me lo creí, ¿por qué? Porque somos pobres, por eso”.
(EM9)

“(…) Aunque la religión dice que el hombre para tener cuatro mujeres tiene que tener posibilidades de mantenerlas por igual...pero ¿quién mantiene...hay hombres que tienen seis mujeres, quién mantiene? La mujer que cocina, va al mercado, vende, que va...y ellos tomando té y con su cigarrillo...”. (T1)

“(…) a los hombres africanos le gusta casarse con muchas mujeres”.
(T4)

5.2.2. Factores relacionados con la protección de la salud

En la bibliografía que hemos consultado se hace referencia a los factores relacionados con la protección de la salud que justifican la Mutilación Genital Femenina. En nuestro estudio, estos factores sólo se mencionan de manera superficial, siendo escasos los verbatim que hemos obtenido sobre este tema.

Una de nuestras participantes argumenta los beneficios de la MGF para la salud del hijo/a y del marido, pero deja claro que no se hace para mejorar la salud de las mujeres. Una vez más se pone en evidencia el modelo patriarcal y la violencia contra las mujeres que subyace en la práctica de la MGF,

“Pues a ver, realmente, no te dicen para qué es bueno te dicen lo malo y ya está ... te dicen incluso que si el clítoris toca la cabeza de tu hijo que eso es muy mal tu hijo va a nacer, va a nacer con enfermedades y no va a servir para nada, o te dicen que si lo tienen ningún marido va a querer casarse contigo porque eso no está bien, si el marido lo toca es malo para el marido; pues estas cosas que dicen pero realmente no te dicen es bueno, te lo quitamos es bueno para ti por esto, no, siempre es malo pero para otra persona” (EM1)

Una vez que hemos presentado nuestros resultados relacionados con los factores que se han identificado como favorecedores de la perpetuación de la MGF, pasamos a relatar aquellos que se consideran fundamentales a la hora de prevenir y erradicar esta práctica.



5.3. FACTORES QUE PUEDEN AYUDAR A LA ERRADICACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

A la hora de abordar la erradicación de esta práctica que vulnera los derechos de las mujeres en el análisis de los discursos de las personas que han participado en la investigación identificamos cinco aspectos clave: la amenaza de la cárcel (como elemento disuasorio); la integración y el empoderamiento de las mujeres; la información-sensibilización-formación de las personas originarias de zonas donde se practica la MGF; el cambio en los hombres;

5.3.1. La penalización y la amenaza de cárcel

Una de las estrategias que se utilizan en el proceso de erradicación de la MGF es la penalización de la práctica.

En la Introducción de este informe ya hemos comentado el marco legislativo relacionado con este tema.

Desde la experiencia de diferentes entidades y organizaciones sociales se considera que las medidas punitivas deben ser el último de los recursos a utilizar, ya que las consecuencias de su aplicación no benefician a nadie. Por el contrario, colocan en una situación complicada a la familia y a las niñas que ha sido víctima de la mutilación.

No obstante, en el discurso de nuestras entrevistadas, la existencia de una legislación en contra de la MGF se considera una herramienta fundamental para evitar que las niñas sean mutiladas en el país de origen del padre y de la madre. Se podría decir que la amenaza de la cárcel tiene un efecto disuasorio en quien pretende realizar la mutilación,

“(...) la primera vez que fui que “X” tenía la edad de “Y” y todavía no había nacido “Z” entonces, pero así de hablar de ellos lo sabe porque llega la noticia ahí, mira si estás en Europa las chicas no se mutilan, si lo haces te meten en la cárcel y allí la cárcel uh, uh...entonces me dice mi madre ¿le vamos a hacer? Y digo ¿qué? Ni se te ocurra vamos, si no me quieres volver a ver en tu vida, digo vamos te olvidas de que tienes hija, vamos,

encima yo voy a olvidar que eres mi madre y te meto en la cárcel, pero le dije así claramente, dije vamos, ni se te ocurra eh. Así claramente y desde ese día a hoy no hemos hablao de eso”. (EM1)

“(...) Y yo cuando fui a mi país tengo una niña de tres años, le ha dicho mi madre si haces esto (MGF) y cuando llegamos aquí yo y mi marido nos vamos a la cárcel. Y mi madre “No, no, no claro” ...pa que no me diga esa cosa más. Yo no quiero hacerlo a mi niña, aquí hasta mi marido o ninguna persona lo quiere para su hija porque se van a la cárcel; sabes africanos tiene miedo para ir a la cárcel”. (T1)

“(...) Yo en mi país Guinea Bissau hay leyes, pero fui en 2016 y conocí dos niñas que fueron mutiladas; dos niñas fueron mutiladas, y ¿qué tenemos que hacer nosotras? Denunciar porque esto es violencia contra la mujer, violación de derechos”. (T1)

“Ellos...muchos no lo hacen porque tienen miedo de ir a la cárcel, no porque no quieran o no crean o tal, tienen miedo de...les da más miedo las leyes y la cárcel y las multas que otra cosa. Si a ellos les tocas la cárcel o su bolsillo, no lo hacen... más por miedo que porque no crean que hay que hacerlo”. (EM2)

“(...) se tiene que hacer allí, porque aquí si tienen el miedo de ir a la cárcel o que les multen, pero allí no”. (EM2)

“(...) si va a su país y luego viene aquí sabe que va a ir a la cárcel si se ha hecho la mutilación, entonces su hija va a sufrir porque no está con ella y ella va a ir a la cárcel”. (EG1 M2)

A modo de conclusión. Podemos afirmar que a pesar de que en la mayoría de los países donde se realiza la práctica de la MGF existen leyes que la prohíben, éstas no son suficientes para erradicarla. Si bien se reconoce la procedencia de que exista esta legislación como elemento disuasorio, las medidas legales tienen que ir complementadas por intervenciones educativas y de sensibilización en aras de cambiar las actitudes, creencias y comportamientos que justifican y perpetúan la MGF.



5.3.2. La integración y el empoderamiento de las mujeres

En varios estudios que hemos consultado, se llega a la conclusión que la integración de las mujeres y de los hombres en el país de acogida es uno de los factores que contribuye a la erradicación de la MGF en cuanto a que estas personas, al conocer otra realidad, son conscientes de la brutalidad de la práctica. En un estudio realizado en Suiza, en el que se compara la actitud de inmigrantes sudaneses en Suiza y en Sudán, se concluye que los inmigrantes sudaneses en Suiza tienen actitudes significativamente más positivas hacia las niñas sin corte que los sudaneses en Sudán. A las mismas conclusiones se llega en otras investigaciones que hablan del cambio de actitudes en los inmigrantes en el país de acogida (Johnsdotter et.al, 2009; Farina y Ortensi, 2014).

Sin embargo, Leye et al (2014) plantean la posibilidad de que ciertas personas podrían tener una actitud más negativa hacia la MGF a medida que se integran en una sociedad que no la tolera, mientras que otras podrían mantener una actitud positiva como una forma de mantener y afirmar los lazos culturales con sus países de origen. Quizá, el grado de competencia cultural⁴ de la sociedad de acogida sea uno de los motivos que nos sitúen en un escenario o en otro. Sin duda, es algo que convendría investigar con un mayor detenimiento dada la trascendencia que estas actitudes tienen a la hora de erradicar o perpetuar la MGF. Los resultados de nuestra investigación apuntan en el mismo sentido, pues tal y como ya hemos comentado algunas de las personas que hemos entrevistado sienten que se les está tratando de imponer nuestra cultura.

Uno de los hombres que hemos entrevistado evidencia la complejidad del tema,

“(...) Como no hablamos nada y venimos con mentalidad de allí, y no nos juntamos con gente de aquí para aprender cosas nuevas pues siempre tenemos mentalidad de allí, y yo no puedo tener mentalidad de allí porque no vivo allí; yo estoy aquí, yo quiero aprender aquí, la cultura junto con la gente de aquí. Y eso es problema para nosotros, sobre todo para nosotros la gente de Mali que somos muy cerraos”. (EH11)

4 Entendemos la competencia cultural como una estrategia de abordaje de la atención a la salud en los contextos de diversidad cultural y partiendo de la premisa de la heterogeneidad en los grupos y entendida como un proceso (Davis-Murdoch, 2005; Perng y Watson, 2012) que pasa por la formación de profesionales de la salud con el objetivo inicial de mejorar su sensibilidad cultural.

La idea subyacente en este planteamiento es la que deviene de uno de los modelos de integración de la población inmigrante a una nueva sociedad, el Modelo del Asimilacionismo. Este modelo constituye una supuesta uniformación cultural, se supone que las minorías van a ir adoptando la lengua, los valores y las señas de identidad de la cultura mayoritaria y a la vez, van a ir abandonando la suya propia. (Giménez y Malgesini, 1997).

En el polo contrario, encontramos que una gran parte de las mujeres entrevistadas ha sido mutilada y no quieren que las niñas de su familia sufran la misma violencia. Estas mujeres, informadas y siendo conscientes que muchos de sus problemas de salud están relacionados con la mutilación, a través de su experiencia y testimonio tratan de convencer a quienes estando allí, tienen la posibilidad de parar las mutilaciones,

“(...) estamos diciendo que no va a cambiar totalmente pero poco a poco con la sensibilización puede cambiar. Yo conozco una amiga que le ha hecho también y ahora dice que cuando tiene relaciones sexuales no disfruta, que cuando quiere orinar duele; ha llamado a Costa de Marfil ahí para decir que la persona que toca a su hija cualquier persona su padre, su madre pondrá en cárcel. Y eso es un cambio, lento, pero es un cambio”.
(T4)

Muchas de las mujeres que han participado en nuestra investigación están convencidas de la necesidad de erradicar la MGF y tienen verdadero interés de que en su país de origen lo vean de igual manera, pero en varias mujeres percibimos la impotencia por no saber cómo gestionar esta situación,

“(...) Nosotros que estamos aquí hablar siempre, convencerlos, cuando tenemos un rato de vacaciones para ir allí, no sé buscar una manera de convencer”. (EM8)

En esta ocasión también se visibiliza el peso que tiene la familia en la decisión de mutilar a una de sus niñas,

“Yo tampoco sabía lo que eran esas cosas porque...a mí no me gusta; si yo lo conozco por mi amiga que va a hacerlo a su hija yo tengo que decirlo



también pues es su opinión, yo no estoy dentro de su familia, pero eso que vas a hacer es un problema, pero yo voy a decir no hagas eso a la niña porque luego va a tener otro problema. Lo hace entonces yo no tengo otra cosa que decir”. (EM3).

Y de nuevo aparece el sentimiento de imposición de la cultura europea,

(...) si yo me voy ahora que quiero convencerlo alguna me dirá tu estás loca porque estás en Europa, se creen que tiene dinero que va a venir a convencerlos está muy equivocada, no me va a creer”. (EM7)

“(...) si vamos a los pueblos intentaremos hacer ver a la gente del pueblo que están haciendo daño a sus hijas; al principio se van a reír, “¿este que viene de España ahora nos viene con esta historia...” ... “? Es que tú eres muy español; muchas veces es lo que dicen, es que tú eres muy español”. (EH12)

Y quienes tienen propuestas para trabajar en sus países y dar a conocer los temas que se han tratado en los talleres,

“(...) el mes que viene me voy en Mali para vacaciones y quiero pasar tres meses porque hace tiempo que no paso tiempo con mi familia y quiero saber cómo va a hora porque ahora hace muchos años que estoy fuera, no sabe qué idea tiene con ese tema; a mí me gustaría comentar si quieren lo mismo, hablar normalmente, explicarlo las consecuencias y demostrarlo si es necesario las consecuencias... “. (EM9)

“(...) Y ahora viendo muchos documentales, mucha gente que cuenta su historia ... digo a lo mejor viendo los vídeos, cómo cogen a las niñas tan indefensas ..., digo si tus enseñanzas eso a una madre yo creo que algo le va a remover Yo es lo que estaba pensando, cuando vaya este verano, ponerle unos vídeos, que vean... Yo creo que sí, fotos o lo que sea, que vean, porque si solo es hablar...tú puedes hablar mucho, pero si no lo ves no...” (EM1)

“(...) Para explicar a hombre hay que poner imágenes y que vean, los sufrimientos de la gente que lo vean”. (EH12)

La utilización de documentos audiovisuales como herramienta de sensibilización, principalmente en contextos donde la tasa de analfabetismo, es elevada, adquiere un papel fundamental.,

No podemos olvidar que varias de las mujeres nos han contado con preocupación, el riesgo que les supone el ir de viaje a sus países, llegando a huir de la casa familiar, incluso del pueblo,

“(...) entonces yo cogí móvil llamé a mi marido y estaba llorando, “habla con tu familia”, quieren hacer con mi hija ni me gusta; déjalo, yo voy a hablar con mi hermano ahora mismo; ... cuanto antes dejar a mi mujer que yo y mi mujer van a la cárcel, no puede hacer; pero ha dicho está sucia la niña, todas las casas lo han cortado, no puede ser está sucia; yo le he dicho yo quiero mi hija sucia así, no corta ya, no vale pa na; entonces ha discutio con su hermano, con su hermano, luego habla con su hermano y le dice que va a tener problemas pero no puede ser; pues hay que cortar sea como sea y nosotros no; ese día como yo estaba en el pueblo este de vacaciones, ese día, semana que viene yo cogí mi niña y yo fui a capital; le he dicho, no, voy a casa de mi padre, cogí el coche...”. (E6)

5.3.3. La información, la sensibilización y la formación como herramientas que facilitan el cambio

En este apartado vamos recopilar los discursos más relevantes que han ido surgiendo a lo largo del proceso de investigación relacionados con las herramientas que las personas participantes en el estudio consideran más idóneas para avanzar hacia la erradicación de la MGF. Nos referimos a la información, la sensibilización y la formación, que, en sus palabras, son la llave que abre el camino para el cambio hacia una sociedad en la que las mujeres sufran menos la MGF. Esto supone trabajar en los tres niveles competenciales: actitudes (sensibilización), conocimientos (información) y aptitudes (formación). Además, hay un interés concreto que este trabajo se realice tanto aquí (en el contexto donde se realiza esta investigación) como allí (en los países y zonas de origen de las personas de nuestro estudio).

En el análisis del discurso de quienes han participado en las entrevistas y en los talleres, la necesidad de informar sobre las consecuencias de la MGF, de



desmontar las creencias que la vinculan a la religión, es un tema que cobra un gran protagonismo,

“(...) pero si no hay nadie que fuera a hablar con ellos no pueden cambiar. África día de hoy hay pueblos que falta muchas cosas, hospital, escuela, muchísimas cosas que faltan, ellos son así, como la gente de antes. El problema también para salir a capital, para ir a los pueblos a hablar se necesita dinero y no se puede ayudar a gente para ir a hablar; sensibilización es lo que falta. SILENCIO. A día de hoy personas quieren cambiar su cultura, pero faltan muchas cosas. SILENCIO”. (EH5)

Para ello, es necesario una implicación del Gobierno, no sólo política (evidenciada por la legislación contraria a la MGF) sino económica. Resulta curioso cómo ese respaldo económico sí parece prestarse para la realización de otro tipo de campañas, las de la prevención del SIDA. Así, vemos cómo parece que en el caso de riesgo de transmisión de una enfermedad que afecta a mujeres y a hombres, las campañas de sensibilización sí cuentan con una estrategia divulgativa, no ocurriendo lo mismo con el abordaje de la MGF,

“(...) al tema de SIDA se ha dado mucha publicidad y todo el mundo se ha implicado y en cambio con la mutilación no. Igual si se hicieran campañas como para la SIDA, si se hace para la mutilación también va a cambiar, yo creo que eso; porque de la mutilación no se habla y ya está; y claro igual que el SIDA ha tenido también mucha gente que tenía que cambiar cosas y no creía ¿no?”. (EM1)

Este abordaje diferencial “SIDA VS MGF”, pone en evidencia el modelo patriarcal del que ya hemos hablado anteriormente y nos sirve para ratificar que la raíz de esta práctica tan cruenta para las mujeres tiene su base y sustento en el actual modelo relacional entre hombres y mujeres, que no es otro que el modelo patriarcal.

El trabajo de sensibilización con personas mayores también es uno de los aspectos que comentan nuestras entrevistadas,

“(...) con personas mayores...cuando el mundo se cambia necesitan que hablemos con personas mayores para sensibilizar. (...) la gente se va a

quedar si reparten papeles, por respeto, aunque haya gente que se vaya, pero otra gente se va a quedar a escuchar. Ellos son los que necesitan más información para cambiar”. (EG1 M2)

Cabe señalar la importancia que otorgan al trabajo de sensibilización e información a la población joven que está en España. Se da mucha importancia a que las relaciones entre chicos y chicas se desarrollen en un clima de igualdad y respeto,

“(...) concienciar, por lo menos que las que nacieron aquí. Hay un montón de chicas, de hecho, se han casado tres, de dieciocho años. (...) ellas entienden mejor que nosotras. (...) se puede contactar a través del instituto. En el instituto si porque la mayoría o sea... van al instituto, otros ya no, trabajan y tal pero a través del instituto os ponéis en contacto con ellos, en el instituto sí. Hay algunos que vienen con nosotros (a la Asociación) y también podéis, o sea que en los dos lados se puede...de hecho el primero reunión que hicimos, no sé si...sí, el primero reunión que hicimos había chicas allí como “X” la mía había chicas más jóvenes la primera vez hay muchas porque todas las madres que habíamos allí casi todas tenemos hijas de esa edad... de los chicos, no tengo contacto con ellos pero vamos que ellos están más puestos que las madres porque como ya la mayoría ha nacido aquí y otras han venido pequeños, han ido al colegio, se relacionan más con gente de aquí y tal y están más puestos”. (EM1)

“Pero enfocarlo hacia los hombres es complicado porque ya están criaos y ya están hechos...entonces ¿qué sería? pues enfocarlo hacia los chicos jóvenes, los que están empezando a tener hijos ahora, los que todavía no se han casado, los que tienen pareja”. (EM2)

“(...) la mayoría de los chicos que hay en Recas y han tenido relaciones con chicas españolas; si tú le explicas mira con una chica española te pasa esto y con una chica que tiene la ablación te pasa esto, y tu mujer puede tener esto, o tu mujer puede tener lo otro, ellos...aparte que tienen la mentalidad más abierta”. (EM2)



5.3.4. El cambio en los hombres

Partiendo de la premisa de que quien tiene la última decisión sobre si a una niña se le somete o no a MGF, por encima de la supuesta posición de poder de las mujeres (“es cosa de mujeres”), es el marido-padre, se nos antoja de todo punto de vista procedente iniciar un proceso de cambio en las actitudes y creencias que muchos hombres africanos tienen en relación a la práctica de la MGF. Comportamientos como el que relata una de las mujeres entrevistadas son referenciados por más mujeres, así lo hemos constatado a lo largo del trabajo de campo que hemos realizado,

“(...) los hombres aquí dicen no lo van a hacer (mutilar) pero después van a su país y se casan y allí si lo van a hacer otra vez, algunos. (...) aquí no quieren mutilación, pero luego van a su país se casan con una mujer mutilada... y luego le dicen “tú te callas...que no digas”, y si tú te callas (la mujer), si tú no te enfrentas no hay problema. Si una mujer mutilada no está embarazada, no os vais a enterar... la gente es capaz de cualquier cosa, si hace la mutilación a la niña y viene aquí, le dice que se calle, que si va al médico que se calle e incluso son capaces si se queda embarazada que vaya a dar a luz allí para que no se vea aquí, el médico no se entere de que está mutilada porque si no...; por eso las embarazadas no van a enseñar su cuerpo” (EG1 M2)

“(...) Yo no lo veo complicado, a lo mejor me da vergüenza una cosa, algo, delante de los hombres, pero el día que quitemos vergüenza y hablemos a la cara creo que podemos llegar lejos. Así es, porque hay que quitar esa vergüenza para hablar con los hombres y así sepan lo que hay. Si los hombres entienden eso, la cosa va a cambiar”. (EM8)

Pero ¿qué ocurre con los hombres que han cambiado, aquellos que abiertamente se manifiestan en contra de la MGF, sensibilizados y comprometidos, aliados en la erradicación de la MGF?

“(...) yo lo hablo (erradicación de la MGF) con la gente y me dicen “no, es que tú ya has cambiado, en vez de negro, eres blanco” SE RIE ...digo no, lo que pasa que en la vida veo cosas y decido y esto no me parece bien, esto no me parece bien. Es difícil encontrar otros como yo” (EH11)

“(...) Si cada uno de nosotros que estamos aquí lo comentamos a nuestra familia y nos lo respetan, yo creo que eso (la MGF) es algo que puede cambiar un poco”. (EH11)

En este sentido, se considera pertinente la creación de un clima de confianza a través de encuentros, espacios de encuentro entre hombres, previo al abordaje de un tema tan complejo como la MGF,

“(...) lo primero es el contacto, hablar entre nosotros, conocernos, y así empezamos a hablar... y luego, después de tres o cuatro sesiones abordamos lo que es ya la salud; ... generar un ámbito de confianza”. (EH12)

5.3.5. El abordaje intersectorial

La coordinación y las propuestas de acción conjuntas entre los sectores sanitarios, educativo y social en el abordaje de la MGF es considerada como la mejor de las estrategias a seguir. De hecho, éste es también el planteamiento del Protocolo de Prevención de la MGF en Castilla-La Mancha.

Es importante tener en cuenta que, en el escenario social, las organizaciones sociales toman un protagonismo importante en las reivindicaciones en pro de la defensa de los DDHH. Considerando la MGF como una forma de violencia de género y como tal, una vulneración de los derechos de las mujeres, numerosas organizaciones sociales, tanto europeas como africanas, están trabajando para erradicar la MGF.

Según uno de nuestros entrevistados, concretamente en Mali, hay un interés en erradicar la práctica de la MGF, contando con la ayuda de ONGs *“hay que trabajar a través de las asociaciones que existen ahí, hay asociaciones que pueden ir entrando poco a poco y pueden convencer...”*. (EH11)

No obstante, parece que no siempre se consigue el resultado deseado,

“... en Mali ahora hay muchas asociaciones que van de hecho cuando una mujer está embarazada y le hacen ecografías lo pagan ellos para ver si es niño o niña si es niña pues dicen te vamos ayudar en todo el proceso te pagamos todo lo que hay que hacer “...a cambio no le vas a mutilar” y



mucha gente dice si, te dan dinero cogen el dinero nace la hija igualmente los mutilan, o sea allí así un montón”. (EM1)

“(...) a veces va la gente ONGs para sensibilizar la gente de eso, algunos se cambian, algunos todavía no”. (EM8)

“(...) lo importante es que se haga en el país (Mali), allí, que haya una asociación como ésta (MDM) pero allí, y que se lleven fotos que, si ven sangre y tal, que va a ver gente que va a pasar, pero también va haber gente que se va a asustar y no lo va a hacer; porque aquí lo saben y allí no. (...) la asociación va a tener que explicarles las consecuencias.”. (EG1 M2)

Desde el propio Gobierno, se promueven iniciativas que favorecen la implicación de la ciudadanía en la sensibilización,

“(...) mi madre ahora está en la asociación de...van por cada pueblo cogen una mujer y un hombre para ir en la charla de la mutilación porque hacen charla cada mes en la asociación para potenciar...entonces cogen a una mujer y un hombre para que ellos los conciencien a ese pueblo, como no pueden llegar a todos pues los reúnen a pequeños pueblos, y mi madre está en eso, si porque es comadrona mi madre, SE RIE, si, si entonces está ahí metida. Aunque es difícil saber si está bien concienciada o a lo mejor está por estar, es lo que no...tampoco como ya te digo no hablamos del tema pues no...Pero pienso preguntarle cuando vaya, “¿qué tal lo llevas, ya has concienciado para que tus nietas no vas a dejar que lo hagan?” Así voy a saber”. (EM1)

Incluso se habla de una compensación económica para que las mujeres dejen de hacer el MGF,

“(...) Había una mujer que lo hace, esa gente (una ONG) vino para preguntar por qué lo hace si por necesidad o para qué; esa mujer decía que lo hace tiene que ganar también dinero de esto, su madre lo hacía, ella era su trabajo; entonces esa gente dice... le preguntaron, “¿qué dinero, cuánta cantidad necesitas para dejar de hacer? ¿Cuánto dinero de cantidad? Esa mujer calculó todo, y se lo han pagado todo para que lo dejara de hacer de esa cosa (MGF), le han pagado todo para que no lo haga nunca. (...) después

de eso si no lo hacen no sé, se puede esconder, pero públicamente no se puede porque le han pagado todo bien para que deje...”. (EM9)

Sobre el trabajo intersectorial que se puede hacer aquí, en España,

“(...) a través de médicos... a través de médicos porque como los niños van al médico, a pediatra... suelen escucharlo, porque tú dices mira esto es así, así, porqué es malo... aquí todos tienen hijos, yo no veo que ninguno haya muerto y en Mali hay niños y la mujer lo tiene los niños vienen igual, si viene enfermo viene enfermo, no tiene nada que ver con eso. (...) uniendo fuerzas de médicos, del gobierno de aquí pues...si se puede”. (EM1)

5.4. RECURSOS SOCIO SANITARIOS RELACIONADOS CON PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Partiendo de la premisa de que la atención a las mujeres que han sido sometidas a la Mutilación Genital y la prevención de esta práctica debe realizarse desde un abordaje intersectorial, uno de los objetivos que nos planteamos en esta investigación es el de conocer la relación de servicios socio sanitarios en el contexto donde la hemos desarrollado en nuestra región.

A continuación, se presenta la información que hemos recopilado sobre los diferentes recursos públicos y privados de la región de Castilla-La Mancha que pueden verse implicados ante casos de riesgo de MGF o en la intervención con mujeres víctimas de mutilación. Se recogen igualmente las actuaciones vinculadas a cada recurso basándonos en el protocolo de prevención de la MGF en Castilla-La Mancha. No obstante, es importante visibilizar que, tal y como ha comprobado Médicos del Mundo a través de nuestra experiencia directa, existe todavía un gran desconocimiento desde gran parte de los recursos sobre el protocolo de prevención, ignorando en muchos casos cómo detectar o actuar ante casos de MGF y cuáles serían sus funciones específicas.

Es importante destacar que esta lista no es exhaustiva, ya que pueden existir otras partes implicadas en la prevención e intervención ante la MGF – recursos de



educación no formal, otras asociaciones, entidades juveniles, etc – las cuales no se han incluido en este registro.

5.4.1. Recursos sociosanitarios de carácter público

En la siguiente tabla se recogen los principales recursos sociales, sanitarios y educativos de la región de carácter público, siendo éstos los agentes principales que pueden participar en la detección de casos de riesgo o en la intervención con niñas y mujeres víctimas de MGF, al ser los recursos a los que de forma más habitual acudiría la población objeto de nuestro estudio (Tabla 8.).

Tabla 8. Recursos públicos en Castilla-La Mancha

Recurso	Organismo al que pertenece	Zona de actuación	Actuaciones que realizan vinculada con la MGF	Profesional de referencia	Coordinación con otros recursos en temas de MGF
Servicios Sociales de Atención Primaria	Consejería de Bienestar Social/ Ayuntamientos	En cada municipio.	Detección de situaciones de riesgo. Valoración y diagnóstico inicial de la situación social de la persona, la familia y el entorno. Derivación y coordinación con otros recursos sociosanitarios	Trabajador/a social	Activación del protocolo si se detecta caso de riesgo. Coordinación con centro de salud, centro educativo, centro de la mujer y ONG especializadas.
Protección de menores	Consejería de Bienestar Social. Servicios especializados de infancia y menores.	Recurso a nivel provincial (Ubicado en las direcciones provinciales de Bienestar Social) * Además, recurso itinerante de menor y familia en cada provincia.	Ofrecen atención integral a menores que se encuentran en situación de riesgo, desamparo o conflicto social	Equipo interdisciplinar	Recepción de la información sobre casos de menores en riesgo o víctimas de MGF. Coordinación con centro de salud, centro educativo, ONG especializada, Servicios Sociales y Fiscalía.

Centros de la Mujer	Instituto de la Mujer	Al menos en todos los municipios o mancomunidades de más de 5.000 habitantes. Intervención en toda Castilla-La Mancha	Ofrecen información, orientación y asesoramiento a mujeres en materia de salud, servicios sociales, derechos fundamentales, laboral y empresarial. Desarrollan medidas que contribuyan a la superación de toda discriminación por razón de género.	Psicóloga/o Jurídica/o En algunos centros: educador/a, trabajador/a social, orientador/a laboral.	Activación del protocolo si se detecta caso de riesgo. Coordinación con centro de salud, centro educativo, servicios sociales y ONG especializadas.
Centros Educativos: colegios e institutos.	Consejería de Educación, Cultura y Deportes	Para todos los municipios de Castilla-La Mancha	Identificación de niñas en riesgo o víctimas de MGF Apoyo a nivel individual y familiar a niñas en riesgo o víctimas de MGF y sus familiares.	Orientador/a Equipo directivo Profesor/a de la menor en riesgo o víctima de MGF	Activación del protocolo si se detecta caso de riesgo. Coordinación con centro de salud, centro de la mujer, servicios sociales y ONG especializadas.
Centros de salud/ Consultorios CEDT Hospitales	Sescam	Para todos los municipios de Castilla-La Mancha	Intervención sociosanitaria en temas de salud sexual y reproductiva. Identificación de mujeres o niñas víctimas de MGF o en riesgo. Registro en historia clínica, seguimiento, información y sensibilización a la familia. Firma del compromiso preventivo. Revisiones y seguimiento.	Pediatra Personal enfermería Matrón/a Médico/a de familia Trabajador/a social Profesionales de ginecología y obstetricia	Activación del protocolo si se detecta caso de riesgo. Coordinación con centro educativo, centro de la mujer, servicios sociales y ONG especializadas.



5.4.2. Recursos sociosanitarios de carácter privado

Como complemento a los recursos públicos de la región mencionados en el apartado anterior, se recogen a continuación algunos de los recursos de carácter privado presentes en Castilla-La Mancha, que complementan las acciones de los primeros y permiten llegar a un mayor número de población o realizar intervenciones que no se realizan desde los servicios públicos. (Tabla 9). Tal y como se ha mencionado previamente, esta lista no es exhaustiva, ya que existen un alto número de asociaciones y recursos privados en la región que pueden tener alguna relación con la población subsahariana; sin embargo, se recogen aquí los principales recursos identificados desde nuestra investigación.

Tabla 9. Recursos privados en Castilla-La Mancha

	Recurso	Zona de actuación	Actuaciones que realizan vinculada con la MGF	Coordinación con otros recursos en temas de MGF
	Asociaciones de inmigrantes Asociación de Mujeres Africanas de Castilla-La Mancha	Principalmente Recas y otros pueblos de la zona de la Sagra	Coordinación de acciones dirigidas a población subsahariana.	Coordinación con Médicos del Mundo para realizar acciones formativas y de prevención de la MGF
Otras asociaciones de inmigrantes mayoritariamente de población subsahariana en la región: ATEDM (Recas), Asociación de Mujeres Africanas en Albacete, Asociaciones Hermanos Unidos de la Casamance, Asociación Emigrantes de Marandan, Asociación para el Desarrollo de Marandan. Asociación de Mauritanos de Albacete. Diakitiya Lolo, Asociación Senegalesa de Albacete. Alianza Hispano Africana.				
ONGs	Médicos del Mundo	Oficinas en Toledo y Albacete. Intervención en Castilla-La Mancha	Prevención de la MGF en Castilla-la Mancha con población de países donde se practica e intervención individualizada con mujeres o niñas víctimas de MGF o en riesgo. Mediación intercultural Coordinación y trabajo en red con recursos. Sensibilización y formación a profesionales y ciudadanía.	Coordinación continua con el resto de recursos sociosanitarios ante la detección de casos de MGF y para activar el protocolo de prevención.

ONGs	Fundación Kirira	Oficina en Tomelloso.	Campañas educativas contra la mutilación genital femenina en el país de origen. Sensibilización sobre la MGF en Castilla-La Mancha.	
	Guada Acoge	Guadalajara	Apoyo a población inmigrante en la provincia de Guadalajara	Coordinación con el resto de recursos para ofrecer apoyo ante necesidades específicas de mujeres o niñas víctimas de MGF o en riesgo de sufrirla.
	Otras entidades sociales de Castilla-La Mancha * Cruz Roja, Cáritas, Accem, Acaim, MPDL, etc.	Castilla-la Mancha	Apoyo ante diversas necesidades sociales, laborales, familiares, legales a población inmigrante y/o solicitantes de asilo.	Coordinación con el resto de recursos para ofrecer apoyo ante necesidades específicas de mujeres o niñas víctimas de MGF o en riesgo de sufrirla.



CAPÍTULO 6.

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO 6.

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En éste capítulo recogemos las conclusiones que consideramos más relevantes; posteriormente señalamos las limitaciones de la investigación; más adelante sugerimos algunas líneas de investigación cuyo interés ha surgido a lo largo del desarrollo de esta investigación, y finalizamos con algunas propuestas aplicadas que pudieran derivarse de este estudio.

6.1. CONCLUSIONES

La presentación de las conclusiones se articula en función de los objetivos que nos hemos planteado en esta investigación.

- **Actitudes, conocimientos y comportamientos de las mujeres y hombres inmigrantes participantes en relación a la MGF.**

Las personas que han participado en nuestro estudio consideran que la MGF es una práctica totalmente normalizada en sus países de origen. Para ellas, la MGF es una violencia cotidiana que se traduce en una experiencia individual de normalizar las violencias que se desarrollan en el ámbito de su comunidad creándose un sentido común o “ethos” de la violencia. Esta violencia está tan naturalizada, que varias de las mujeres sometidas a la práctica de la mutilación genital, no fueron conscientes de que lo eran hasta llegar a España.

Entre los factores que contribuyen a la configuración de este escenario encontramos el tabú de la sexualidad y la idea de que las relaciones sexuales tienen como objetivo proporcionar placer a los hombres, sin dejar de lado su vertiente reproductiva, aspecto de vital importancia como veremos según se avance en las conclusiones.

En palabras de una de las mujeres, *“el tema sexual no se habla”*, y menos con los hombres. Aquí se pone en evidencia la complejidad en el abordaje de la MGF, sobre todo, hablarlo con los hombres.

Así, nos encontramos con mujeres que desconocen la anatomía de los genitales femeninos, que no reconocen los diferentes tipos de mutilación genital y que

confiesan que hasta hace muy poco no sabían la relación entre la MGF y ciertos problemas de salud, achacándolos inicialmente a decisiones de Dios.

Resulta interesante señalar que en varias ocasiones se visibiliza el interés de las mujeres en dejar claro que en su país la mutilación genital que se hace, a la que ellas han sido sometidas, es la más leve. Podría decirse que se trata de un “autoconsuelo”, quizá a modo de mecanismo de defensa ante la presión social que se ejerce en los países de acogida que se manifiestan en contra de la MGF.

En cuanto a quién toma la decisión de mutilar a una niña, a pesar de que en un inicio las mujeres trasladaban la responsabilidad a la suegra, a su madre y a la familia, profundizando en las entrevistas y talleres, emerge la figura del hombre, el marido-padre, como protagonista de la decisión. Los hombres entrevistados desde un primer momento nos han hecho este planteamiento, el hombre es el que manda en África y también en la perpetuación de la MGF.

La edad en la que las niñas son mutiladas cada vez es más temprana. La razón que dan es que cuánto más pequeña sea la niña, menos dolor sufrirá. Detrás de esta explicación, según refiere una de las mujeres y dos de los hombres, se encuentra otro motivo: cuánto más pequeña sea la niña, menos posibilidades hay de que la mutilación sea descubierta. En la mayoría de los países africanos esta práctica está prohibida, de ahí el interés en ocultarla. Si la MGF se realiza a los dos o tres meses de vida de la niña, queda desmontado el argumento de que la MGF es un rito de paso a la edad adulta.

Respecto a la interacción con profesionales de la salud, las personas entrevistadas refieren una disconformidad con el trato recibido por los y las profesionales de la salud.

Esta situación junto con la falta de costumbre a acudir a un centro sanitario no ser que se encuentren en una situación que consideren grave, condiciona en gran manera su participación en programas preventivos. Manifiestan además que el idioma es la primera de las barreras para el acceso al sistema de salud, seguida del trato que reciben por parte de los y las profesionales de la salud.

Por otra parte, resulta llamativa la actitud pasiva que adoptan los y las profesionales de la salud cuando ven a una mujer mutilada. Las mujeres de nuestro estudio comentan que en ningún momento se les pregunta por su mutilación ni indagan sobre las posibles complicaciones de salud que puedan tener.



Las mujeres relacionan la MGF con problemas en la salud obstétrica y en la salud sexual: anorgasmia, disminución del deseo sexual y dolor en las relaciones sexuales con su marido. Para ellas, las relaciones sexuales son una obligación matrimonial y los problemas que hemos señalado pueden ocasionar conflictos con el marido. En ningún momento refieren las consecuencias para ellas, puesto que la sexualidad femenina queda relegada a un segundo plano. Tal es así, que uno de sus temores es que su marido se vaya con otra mujer si ellas son más reticentes a la hora de cumplir con las demandas de su marido.

Además, es importante analizar las consecuencias sociales de la, sobre todo por la repercusión que tienen para las mujeres, tanto para las que hayan sido sometidas a la mutilación genital como para las que no lo hayan sido y se encuentren tanto en sus países de origen como en los de acogida.

La MGF es una práctica considerada como norma social profundamente afincada en determinadas comunidades africanas. Las familias tienen la percepción de que, si una mujer se opone a ella, puede sufrir exclusión social.

En la sociedad africana el objetivo de toda mujer es casarse y tener hijos/as, asumiendo un rol exclusivamente reproductivo y la llave para poder acceder al matrimonio es la MGF. Las mujeres no mutiladas no tienen el reconocimiento de su comunidad, sufren discriminación y su futuro se ve gravemente comprometido.

La realidad contraria se vive en el país de acogida: las mujeres mutiladas participantes en nuestro estudio manifiestan que, al venir a un país contrario a la MGF, llegan a sentirse culpabilizadas por ello, cuando en realidad son las víctimas de esta práctica. Esta actitud de la sociedad occidental es fruto de un análisis reduccionista de la práctica de la MGF, algo desgraciadamente muy frecuente en los casos de la violencia contra las mujeres. Es un análisis carente de enfoque antropológico y que no tiene en cuenta que el género es un determinante social de la salud.

- **Factores relacionados con la perpetuación de la Mutilación Genital Femenina**

La percepción de una escasa sensibilidad cultural de los países de acogida por parte de la población inmigrante africana les provoca una actitud de rechazo ante cualquier propuesta de cambio en lo que ellas y ellos consideran que forma parte

de su cultura, lo toman como una ofensa a sus tradiciones y lo consideran como un acto de imposición cultural.

La tradición es muy importante en África, y desde su punto de vista, en España no tenemos tradiciones, así que es difícil que lleguemos a entender la importancia que le atribuyen. No obstante, una parte de las personas entrevistadas consideran que hay tradiciones “malas”, entre ellas la de la MGF, que hay que cambiar, y lo mejor de todo es que creen que se pueden cambiar. Muy relacionada con la tradición está la idea de que la MGF es un precepto religioso. La vinculación entre religión y MGF se desmiente de manera firme en este estudio por parte de las personas que hemos entrevistado.

Otro de los factores estructurales que favorecen la perpetuación de la MGF es el modelo patriarcal de la sociedad africana. Son varias las manifestaciones de este modelo: las relaciones de poder entre hombres y mujeres; el control al que se ven sometidas las mujeres, tanto por parte de su marido como por parte de su familia; la culpabilización de las mujeres si no tienen hijos/as al poco tiempo de casarse; el casamiento forzoso con un hombre de la familia de su difunto marido, preferiblemente un hermano de él; y la más grave de todas, la práctica de la MGF. Podemos decir que la MGF es uno de los elementos constitutivos y constituyentes de la cultura patriarcal africana.

La impronta de este modelo patriarcal en relación a la práctica de la MGF se evidencia fundamentalmente en dos aspectos: el control de la sexualidad femenina y la permisividad y reconocimiento de la poligamia para los hombres. Estos dos aspectos son reconocidos por la mayoría de las mujeres que han participado en nuestro estudio. Los hombres, reconocen únicamente el primero. Para quienes han participado en las entrevistas, uno de los motivos que se esgrimen para defender la práctica de la MGF es su efecto en el control del deseo sexual de las mujeres, para que así, se garantice su virginidad hasta llegar al matrimonio y la fidelidad dentro de él. Además, las propias mujeres consideran que el hecho de que exista la MGF facilita que un hombre casado con varias mujeres tenga menos dificultades a la hora de satisfacer sexualmente a todas sus mujeres, al tener éstas un menor deseo sexual provocado por la MGF.

Nuestros hallazgos apuntan a que, si bien el argumento que justifica la poligamia tiene su fundamento religioso, “lo pone en el Corán”, las mujeres dicen que pocos o ningún hombre cumple lo que en el libro sagrado está escrito en torno a la poligamia:



el hombre podrá tener tantas mujeres e hijos o hijas como sea capaz de mantener. Según ellas, esto muy pocas veces se cumple, porque la mayoría son pobres y difícilmente pueden mantener a una mujer y su descendencia.

Y por último señalar que los factores protectores que se adjudican a la MGF, de los que se habla en diversos estudios, no han sido identificados por las personas que han participado en el nuestro. Tan sólo hubo una mujer que dejó claro que quienes defienden la MGF hablan de los efectos negativos en el feto/niña/niño y en el hombre en el caso de que la mujer no haya sido sometida a la mutilación genital, pero no de los beneficios de la mutilación para la salud de la mujer.

- **Factores que pueden ayudar a la erradicación de la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF)**

Son varios los factores que hemos identificado como facilitadores a la hora de erradicar la práctica de la MGF: la información, sensibilización y formación sobre la MGF; la amenaza de cárcel en el caso de que detecte que una niña haya sido sometida a esta práctica; la integración de la población africana en la sociedad de acogida; el empoderamiento de las mujeres africanas; el cambio en las actitudes y comportamientos de los hombres africanos; y el abordaje intersectorial en la prevención y erradicación de la MGF.

Pasamos a comentar los aspectos más relevantes que devienen del análisis de estos factores:

1. La información, sensibilización y formación sobre la MGF

Ya hemos comentado que la información que reciben las mujeres africanas sobre la realidad de la MGF es el principal elemento que les hace posicionarse en contra de esta práctica. Ellas siendo conscientes de que el motor de cambio es el manejo de una información libre de mitos y estereotipos, consideran que la sensibilización y la educación son las estrategias que facilitarán que quienes defiendan la MGF cambien su actitud permisiva.

Además, es necesario ofrecer una información adecuada sobre las consecuencias para la salud de la MGF, pues tal y como se ha identificado en nuestro estudio, aún hay muchas personas que no asocian las consecuencias a medio y largo plazo de la MGF con dicha práctica.

Para emprender esta tarea en el país de origen las mujeres proponen el uso de sus testimonios, de sus experiencias y conocimientos para sensibilizar a sus familias en los períodos vacacionales cuando viajan a sus países de origen.

En este sentido, se considera fundamental la formación en habilidades de comunicación y de resolución de conflictos que les ayudará a gestionar las dificultades que se encuentran en sus comunidades de origen, donde el rol de la mujer está lejos del que ellas asumen como líderes del cambio.

2. La amenaza de cárcel como elemento disuasorio

Si bien el reconocimiento legislativo es básico en la lucha contra la MGF, por sí sólo no es suficiente. Nuestros hallazgos apuntan a que el efecto disuasorio de la amenaza de la cárcel para quien la realice es un elemento clave en el camino hacia la erradicación de la MGF, pero es necesario, además, potenciar intervenciones integrales que garanticen la coordinación entre los diferentes sectores que tienen un rol relevante en la prevención, para facilitar en las comunidades (africanas y las de los países de acogida) y familias, procesos de reflexión para el cambio de actitudes, creencias y comportamientos que justifican y perpetúan la MGF. Así, el abordaje debe ser en clave educativa y no solamente punitiva.

3. La integración de las personas inmigrantes africanas en los países de acogida

Según vemos en nuestros resultados, la integración en la sociedad de acogida de las personas inmigrantes africanas puede ser un elemento facilitador o una barrera a la hora de prevenir y erradicar la MGF.

Parece que el grado de competencia cultural con el que se aborde la MGF actúa como efecto modulador del cambio de actitudes y comportamientos de las personas inmigrantes africanas. Así, nos podemos encontrar en dos escenarios bien diferenciados. El más favorable, la integración de estas personas en la sociedad de acogida y el menos favorable, el rechazo de los supuestos de la “nueva cultura”.

En el caso de un abordaje culturalmente competente, las participantes de nuestro estudio asocian la integración en la sociedad española con el descubrimiento de la MGF como una forma de violencia contra las mujeres y que, como tal, hay que erradicar. Así, a mayor integración en la sociedad española, mejor actitud



positiva hacia la erradicación. A semejanza de los términos de integración, socialización y occidentalización, y la relacionan con el grado de adaptación a las normas y valores del nuevo contexto social: a mayor tiempo de residencia en España, mayor integración, mayor rechazo hacia la MGF con un mayor compromiso en las acciones para erradicarla.

Por el contrario, si el abordaje no es culturalmente competente, la actitud de las personas africanas es de rechazo ya que perciben como una imposición de la cultura europea el cuestionamiento que se hace de lo que consideran una tradición muy arraigada en su cultura.

4. El empoderamiento de las mujeres africanas

A este respecto podemos afirmar que todas las mujeres que han participado en nuestra investigación tienen el convencimiento de que la MGF es una forma de violencia contra las mujeres que hay que erradicar y que no quieren que se realice a sus hijas, ni a las niñas de su familia, ni aquí, en España, ni en sus países de origen.

No obstante, a pesar de su actitud recriminatoria hacia la MGF, manifiestan reiteradamente sentimientos de impotencia y resignación al sentirse incapaces de promover el cambio en quienes tienen el reconocimiento social en la toma de decisiones, siendo el hombre cabeza de familia quien tiene la última palabra.

Las mujeres, lejos de rendirse, proponen acciones que se pueden llevar a la práctica, acciones para las que necesitan y demandan ayuda: el camino del cambio necesita compañía en el viaje, no se puede hacer de manera individual.

5. El cambio en las actitudes y comportamientos de los hombres africanos

Una vez reconocido el rol protagónico de los hombres en la perpetuación de la MGF, el objetivo que se plantea es conseguir un cambio en sus actitudes y comportamientos.

Según comentan los hombres participantes en el estudio hay hombres que ya han llegado a reconocer la vulneración de derechos que supone la MGF para las mujeres. Uno de los elementos que consideran clave es el proceso migratorio. El contacto e integración en los países de acogida les ha hecho cuestionarse los preceptos que sustentan la perpetuación de la MGF, llegando a configurarse como los grandes aliados en el camino a su erradicación.

Adoptar esta postura abolicionista, les sitúa en una complicada posición entre los hombres que defienden la práctica. Se les critica y juzga por el cambio, considerándolo como una traición a su cultura, etiquetándoles como “europeos” y “blancos” como términos despectivos.

Como elemento facilitador para lograr el cambio entre quienes se mantienen firmes defensores de la MGF, proponen la creación de espacios de encuentro entre hombres en aras de crear un clima de confianza, abordando inicialmente temas en los que puedan hablar libremente, lejos de tabúes, y cuando ya se haya conseguido una buena cohesión grupal, abordar el tema de la MGF.

6. El abordaje intersectorial en la prevención y erradicación de la MGF

Ya hemos comentado el interés en potenciar intervenciones integrales que garanticen la coordinación entre los diferentes sectores que tienen un rol relevante en la prevención, para facilitar en las comunidades (africanas y las de los países de acogida) y familias, procesos de reflexión para el cambio de actitudes, creencias y comportamientos que justifican y perpetúan la MGF.

La intersectorialidad hace referencia tanto a las instituciones formales (gobierno, ámbito educativo, servicios sociales, servicios jurídicos y servicios sanitarios) como a las organizaciones sociales. En este sentido, las intervenciones de ONGs en los países donde se practica la MGF, se valoran como adecuadas siempre y cuando las acciones que se desarrollen se hagan incorporando un enfoque antropológico. En el caso de no se realicen de esta manera, el efecto que se consigue es contrario al deseado. Este razonamiento es aplicable al abordaje intersectorial en los países de acogida.

Para finalizar este apartado de conclusiones queremos manifestar que cada uno de los factores o elementos que hemos identificado como facilitadores de la perpetuación de la MGF, son piezas que enlazadas unas con otras conforman el Modelo Patriarcal hegemónico de la sociedad africana. Este Modelo configura los roles socialmente reconocidos para los hombres y para las mujeres y determina el modelo relacional entre ambos perfiles. En el Modelo Patriarcal, el género constituye el principal eje de desigualdad, erigiéndose como uno de los elementos estructurales de los determinantes sociales de la salud de las mujeres que más influencia tiene sobre ellas.



A la hora de analizar e interpretar cada uno de esos factores que perpetúan la MGF, es necesario tener en cuenta que cada factor tiene su “encaje” con los otros y que el resultado final de su combinación trasciende a la suma de cada uno de ellos, ya que la interacción sirve como elemento potenciador. Partiendo de estas premisas, el abordaje de la erradicación de la práctica de la MGF debe ser integral, trabajando en cada uno de esos factores y sobre todo, debe ser estratégico. Más allá de cambiar cada pieza del puzzle, tenemos que cambiar las reglas para realizarlo.

6.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En la realización de esta investigación se han detectado una serie de limitaciones que es conveniente considerar tanto por sus posibles implicaciones en la interpretación de los resultados de este trabajo como por la posible utilidad en el diseño de estudios posteriores.

Una de las limitaciones es que no se ha analizado la interacción entre mujeres y hombres, ni entre hombres con hombres en sí mismas, sino los discursos asociados a la interacción. Por tanto, los análisis sobre la interacción y sobre las dinámicas generadas entre las dos partes son inferidas de los contenidos vertidos por los y las participantes. De forma análoga, el comportamiento en todos los casos es comportamiento reportado y no comportamiento observado, por lo que cuando se habla de prácticas o comportamientos debe entenderse siempre como contenido derivado de los discursos, con las obvias limitaciones que conlleva por la posible distancia con el comportamiento real.

En relación a la metodología, es necesario tener en cuenta que la investigación se centra en una zona de la provincia de Toledo y en Albacete capital que, si bien tienen una gran presencia de mujeres y hombres de origen subsahariano, y la muestra se ha confeccionado para que sea representativa de su realidad, no podemos asumir que los resultados de este trabajo sean directamente aplicables o extrapolables a todas las mujeres y hombres.

Recordemos, no obstante, que la investigación cualitativa no se basa en la representatividad estadística de su muestra ni pretende conseguir representatividad poblacional de sus conclusiones, pero conviene tener presente que cada metodología condiciona ciertas cautelas en el uso de los hallazgos.

Algunas limitaciones que queremos poner de manifiesto están relacionadas con las características de la muestra. La escasa competencia lingüística en castellano de una gran parte de las personas inicialmente seleccionadas hizo necesario el apoyo de una persona en tareas de traducción, lo que establecía limitaciones adicionales, ya que no siempre se pudo contar con ella, por lo que hubo un grupo de mujeres a las que no pudimos entrevistar. Además, la intervención de la persona que apoya en la traducción de la conversación introduce un factor que puede distorsionar la información que se quiere transmitir entre la investigadora y la entrevistada.

Otro tipo de limitaciones son las referentes al procedimiento, en particular las cuestiones referentes a la forma de recoger la información y a la interacción entre las personas al realizar las entrevistas y los talleres. El tipo de relación que se establece puede condicionar la recogida de datos, bien porque las características de la entrevistadora influyen en el/la participante, o bien porque se producen problemas de comunicación.

Por último, a pesar de que en el desarrollo de las entrevistas y de los talleres hemos favorecido un clima de confianza y confidencialidad que permitiera hablar y expresarse libremente a los y las participantes, teniendo en cuenta que la MGF es un tema controvertido en la actual sociedad, es posible que haya habido cierto efecto de deseabilidad social, que puede haber mediatizado en sus discursos. No obstante, para mitigar sus posibles efectos se ha tratado en todos los casos de saturar la información para conseguir bloques sólidos de contenidos que pudiéramos constatar en los distintos discursos.

6.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A la luz de nuestros resultados, hay ciertos temas que consideramos que serían susceptibles de abordar, de diferente nivel de calado. Desde este planteamiento sugerimos futuras investigaciones dirigidas a:

- Evaluar con más detalle la competencia cultural y las necesidades de formación de profesionales de la salud en España con el fin de abordar eficazmente los conflictos culturales y la comunicación culturalmente competente en la atención a la salud de las mujeres africanas.



- Conocer las opiniones de las mujeres africanas sobre sus expectativas en relación a la salud sexual. A través de una metodología participativa podríamos conocer las necesidades sentidas por las mujeres, que posteriormente se podrían incorporar en la atención sanitaria que se les dispensara.
- Explorar la vivencia de los hombres africanos, cómo perciben su rol en la erradicación de la MGF y qué rol les gustaría desempeñar. En nuestro estudio se ha puesto en evidencia que hay interés por su parte en formar parte del cambio y las mujeres resaltan la importancia de que lo hagan por las implicaciones que tiene su posicionamiento ante la MGF. Así, indagar sobre cuáles son sus opiniones al respecto, nos podría dar la clave para implementar acciones que facilitara la erradicación de la práctica de la MGF.
- Evaluar las estrategias, protocolos y las acciones que actualmente se están implementando en el estado español en torno a la MGF. Esta evaluación nos ayudará a identificar las debilidades y las fortalezas de las acciones que se están llevando a cabo.
- Conocer experiencias de la implementación de la mediación intercultural en el ámbito sanitario, como un posible recurso para solventar los conflictos que surgen por las diferencias idiomáticas y culturales entre los y las protagonistas del encuentro asistencial.
- Explorar el potencial y el impacto de las acciones de sensibilización de las mujeres y de los hombres de origen africano relacionadas con la prevención de la MGF, tanto en sus países de origen como en el territorio español.

6.4. APLICABILIDAD

Consideramos que nuestro tema de investigación es de gran transcendencia a la hora de obtener un mayor conocimiento sobre las circunstancias que condicionan la perpetuación de la práctica de la MGF.

La información que hemos obtenido en este estudio nos abre la puerta a la incorporación de una serie de propuestas que nos permiten adaptar los actuales protocolos a las necesidades de las mujeres y de los hombres objeto de nuestro estudio.

Así, el abordaje estratégico debe ser integral, implementándose medidas en cuatro niveles, configurando una serie de acciones que previamente deberán pasar por un análisis de su viabilidad.

Respecto a las **acciones dirigidas a las mujeres** (*titulares de derechos*), se podrían analizar las posibles alternativas dirigidas a la alfabetización de las mujeres, entendiendo la alfabetización como la adquisición de la competencia lingüística en castellano; potenciar la sororidad entre las mujeres, aspecto muy presente en África; fomentar la formación en habilidades de comunicación, resolución de conflictos, consecuencias para la salud de la MGF, sexualidad femenina, salud mental, autoestima; identificación de lideresas comunitarias para incorporarlas en los proyectos formativos y para que pudieran actuar como mediadoras interculturales en la prevención de la MGF.

También vemos procedente realizar **acciones dirigidas a los hombres** (*titulares de responsabilidades*⁵): alfabetización; sensibilización y formación en Violencia de Género (especificando que la MGF es una forma de Violencia de Género, igual que el matrimonio forzado) y relaciones igualitarias, salud sexual de hombres y mujeres, consecuencias para la salud de la MGF; identificación de líderes comunitarios para incorporarlos en los proyectos formativos y como mediadores interculturales.

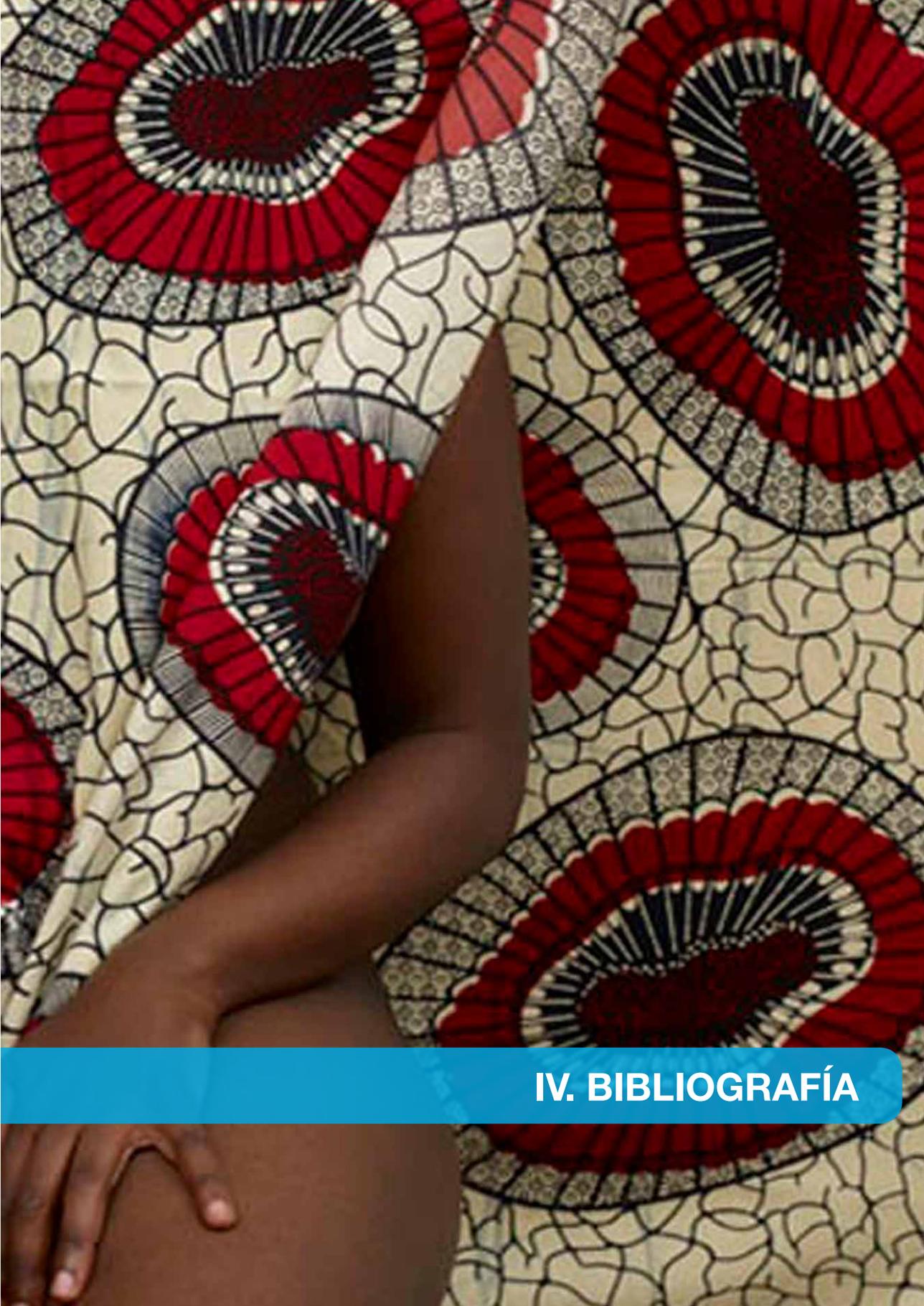
Entre las **acciones dirigidas a profesionales de la salud** (*titulares de responsabilidades*), se podrían valorar la formación en la competencia cultural, en todas sus dimensiones: conciencia, sensibilidad, conocimiento y habilidades culturales; la inclusión en los planes de estudios de Grado, Postgrado y en la formación continuada de profesionales de la salud disciplinas encaminadas a fomentar las competencias para abordar, en condiciones de equidad, las desigualdades sociales en salud y la diversidad cultural; la formación a profesionales también debería incluir el abordaje para la prevención de la MGF y su tratamiento en el caso de que una mujer ya haya sido sometida a la práctica de la mutilación genital; igualmente sería necesaria una formación que facilite la implantación real y operativa del Protocolo de Prevención de la MGF de Castilla-La Mancha.

Por otra parte, ya **en el plano institucional** (*titulares de obligaciones*), la exploración de posibles alternativas de funcionamiento iría encaminada a valorar

5 Reconocido el rol protagónico de los hombres en la perpetuación de la MGF, consideramos su responsabilidad en propiciar el cambio hacia la prevención y la erradicación de esta práctica.



aspectos como la incorporación explícita de los enfoques biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el modelo de atención a la salud, reconociendo la heterogeneidad de las mujeres más allá de las diferencias culturales; incorporar la MGF como una forma más de Violencia de Género y que como tal esté recogida en el marco jurídico español; la instauración de la evaluación del impacto de la implementación del Protocolo en la prevención de la MGF en Castilla-La Mancha; la creación de programas de atención a la salud de las mujeres que ya hayan sido sometidas a la mutilación genital; la creación de programas de sensibilización dirigidos a jóvenes sobre la vulneración de derechos que supone la MGF.



IV. BIBLIOGRAFÍA

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11-47 <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/47>
- Alsibiani, S.A., y Rouzi, A.A. (2010). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93 (3); 722-4. DOI: 10.1016 / j.fertnstert.2008.10.035
- Amin, M., Rasheed,S., y Salem, E. (2013). Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 123 (1), 21-23. DOI: [10.1016 / j.ijgo.2013.06.010](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.010)
- Andro, A., Cambois, E., y Lesclingand, M.(2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine* 106 (2014) 177e184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003>
- Andersson, S.H.A., Rymer, J., Joyce, D.W., Momoh, C., y Gayle, C.M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 11 (13); 1606-1611. DOI: 10.1111 / 1471-0528.12004
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., y Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive medicine*, 24(3), 68-79.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)
- Anis, T.H., Aboul Gheit, S., Awad, H.H., y Saied, H.S. (2012). Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (10); 2682-2692. DOI: 10.1111 / j.1743-6109.2012. 02866.x
- Ballesteros, C., Almanza, P., Pastor, M.M. y Jiménez, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287-291. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112014000400005

- Berg, R.C., y Denison, E. (2013) A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review, *Health Care for Women International*, 34:10, 837- 859, DOI: 10.1080 / 07399332.2012.721417
- Berg, RC, Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, GE (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4 (11), e006316.<http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>).
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, J., y Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
- Boixareu R. M. (2008) *“Las dimensiones de la enfermedad: psicoorgánica (disease), subjetiva (illness), social (sickness).”* En De la antropología filosófica a la antropología de la salud, coordinado por R. M. Boixareu, 205-214. Barcelona: Herder.
- Chai, X., Sano, Y., Kansanga, M., Baada, J. y Antabe, R. ((2017) Married women’s negotiation for safer sexual intercourse in Kenya: Does experience of female genital mutilation matter? *Sexual & Reproductive Healthcare* 14 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.09.003>)
- Davis-Murdoch, S. (2005). *A cultural competence guide for primary health care professionals in Nova Scotia*. Halifax, NS: Nova Scotia Department of Health.
- Farina, P., y Ortensi, L.E. (2014). Mother-to-child transmission of female genitalia in emigration, as evidenced by data from the Italian survey. demuestran los datos de la encuesta italiana. *Género*, 70,2 – 3
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2015) <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf#los-instrumentos-internacionales-y-regionales>
- Giménez, C., y Malgesini, G. (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: La cueva del oso.
- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha (2017). Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina, Castilla La Mancha. Disponible en: <http://institutomujer.castillalamancha.es/protocolo-de-mutilacion-genital-femenina>

- Instituto Nacional de Estadística (2018). Datos 1 de enero de 2018. Consultado 24/05/2018. <http://www.ine.es>
- Johnsdotter, S., Moussa, K. , Carlbom, A., Aregai, R. y Essen, B. (2009). Never my daughters: a qualitative study on the change of attitude towards female genital mutilation among Ethiopian and Eritrean families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30 (2): 114 - 133
- Kaplan, A., Torán, P., Bedoya, M.H., Bermúdez, K., y Catany, 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. *Revista Migraciones*, 19;189-207. ISSN: 1138-5774. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L.A., Seixas, A., Blanco, S., y Utzet, M. (2013). Female mutilation/cutting: the secret world of women as seen by men. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013 643780. Doi:10.1155/2013/643780
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., y Ceesay, H. (2013). Female mutilation/cutting in The Gambia: long-term Health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women,s Health*, 5; 323-331. doi: 10.2147 / IJWH.S42064
- Kaplan, A. y López, A. (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 Antropología Aplicada 2*. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Kaplan, A. y López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016 Antropología Aplicada 3*. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra
- Knipscheer, J., Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., y van den Muijsenbergh, M. (2015). Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bulletin*, 39 (6), 273-277. <http://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047944>
- Köbach, A., Ruf-Leuschner, M., y Elbert, T. (2018). Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. *BMC Psychiatry* (2018) 18:187. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1757-0>)
- Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 10(2).

- Leye, E., Mergaert, L., Arnaut, C., y Green, S.O. (2014) Towards a better estimate of the prevalence of female genital mutilation in the European Union: Interpretation of existing evidence in all EU Member States. *Género*, 70: 1
- Médicos del Mundo (2016). Plan Estratégico de Médicos del Mundo 2016-2011. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/plan-estrategico-2016-2022-medicos-del-mundo>
- Médicos del Mundo. (2017). Política de Médicos del Mundo España sobre Mutilación Genital Femenina (MGF). Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/politica-mutilacion-genital-femenina-de-medicos-del-mundo>
- Melgar, G., y Ugarte, I. (2008). Curso taller introducción a la investigación cualitativa en salud. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- McCourt, C., y Pearce, A. (2000). Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups? *Midwifery*, 16(2), 145-154. doi:<http://dx.doi.org/10.1054/midw.2000.0204>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo Común para la Actuación ante la Mutilación Genital Femenina.
- OMS. (2008). Mutilación Genital Femenina. Informe de la Secretaría. En 61ª Asamblea Mundial de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26221/A61_11-sp.pdf;jsessionid=9577DE6E271AB75977124681F343E5D2?sequence=1
- OMS-WHO (2008) Complicaciones sanitarias de la MGF http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/es
- OMS/WHO (2010) Clasificación de la Mutilación genital femenina, disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- OMS WHO. (2015). Mutilación Genital Femenina y otras prácticas lesivas: tendencias en MGF. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/es/
- Perng, S. J., y Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *Journal Clinical Nursing*, 21(11-12), 1678-1684. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x
- Reddy, P., Saleh-Onoya, D., Sibusiso, S., Lang, D., Wingood, G., Borne, B., y Ruiter, R.A.C. (2009). Preference for dry sex, condom use and risk of STI among HIV-

negative black women in the Western Cape province, South Africa. *South African Journal of Science* , 105 (1-2), 73-76. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-23532009000100024&lng=en&tlng=en

Reig M., Siles J. y Solano,C. (2014) Attitudes towards female genitalmutilation: an integrative review. *International Nursing Review* 61, 25–34. DOI: 10.1111 / inr.12070

Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: la muerte y la violencia cotidiana en Brasil*. Ariel. Barcelona

Teufel, K., y Dörfler, D.M. (2013). Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological Health. *International Urogynecology Journal*, 24 (12); 2021-2027. DOI: 10.1007 / s00192-013-2160-5

Ugarte, MI. (2015). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes. Análisis cualitativo de las representaciones sociales de mujeres y profesionales de la salud. [Tesis Doctoral en Internet]. [Albacete]: Universidad de Castilla-La Mancha. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10578/9051>

UNICEF (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. (A. Lewnes, Ed) (p.58). Centro de Investigación Innocenti. Florencia: Unicef Comité Español. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-e.pdf>

UNICEF. (2016). “Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.”. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

Zabalegui, A. (2002). Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. *Enfermería Clínica*, 12(2), 74-79.

