

COMO ELABORAR UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: EL CASO DE CASTILLA-LA MANCHA*

HOW TO MAKE A PREVENTION PROTOCOL OF FEMALE GENITAL MUTILATION: CASTILLA-LA MANCHA CASE

CONCEPCIÓN CARRASCO CARPIO** Y MARTA IBÁÑEZ CARRASCO***

Resumen: *La mutilación genital femenina es una práctica prevalente en 29 países de África. Los movimientos migratorios convierten esta práctica en un tema de interés en España. Esta problemática se aborda desde una perspectiva de diálogo intercultural más que de choque cultural, sin perder de vista que es contraria a los derechos humanos y está catalogada como violencia de género.*

La investigación que se presenta, a través de grupos de discusión con agentes clave (educación, sanidad, servicios sociales, centros especializados, organizaciones sin ánimo de lucro y mediadores) ha permitido proponer algunos elementos imprescindibles para que la elaboración de protocolos de prevención de la MGF sea realista, al mismo tiempo que se ha presentado una muestra de los algoritmos resultantes del estudio realizado, en este caso en la región de Castilla-La Mancha.

* Este artículo es resultado del proyecto 65/2016 “Prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha”, financiado por el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. Agradecemos la colaboración en el mismo de la profesora Cristina Francisco del Rey.

** Universidad de Alcalá.

*** Universidad de Alcalá.

Palabras clave: mutilación genital femenina; violencia de género; choque cultural; prevención; protocolo.

Abstract: Female genital mutilation is a prevalent practice in 29 countries in Africa. Migratory movements make this practice a relevant topic of study in Spain. The approach to this issue is the intercultural dialogue perspective rather than cultural shock, without losing sight of the fact that it is contrary to human rights and is classified as gender violence.

The research carried out, through discussion groups with key agents (education, health, social services, specialized institutions, non-profit organizations and mediators) has allowed us to propose some essential elements for the development of realistic protocols for prevention of MGF and, at the same time, an example of the algorithms resulting from the research has been presented, in this case in the region of Castilla-La Mancha.

Key words: female genital mutilation; gender violence; culture shock; prevention; protocol.

INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina¹ (MGF) es una práctica que conlleva la extirpación, total o parcial, de los genitales externos de la mujer, sin que exista una indicación terapéutica (Organización Mundial de la Salud, 2020). Se practica en alrededor de 40 países, 29 de ellos del África subsahariana (franja de Sahel), algunas comunidades de India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka y en países de Oriente Medio como Emiratos Árabes Unidos, Omán, Yemen, Iraq e Israel (UNFPA-UNICEF, 2018), aunque con grandes diferencias según etnia, destacando la etnia Sarahuele, Mandinga, Soninke, Dogon, Awusa, Djola, Fulbé, Bámbara, Pokot, Edos o Fante. En la gran mayoría de estos países está prohibida su práctica, pero la presión social es muy fuerte, lo que hace que se siga realizando, incluso por parte de personas que están en contra, con el único fin de mantener el sentimiento de pertenencia, promover la cohesión social (Kaplan et al., 2006) y ser reconocidas por su comunidad.

¹ Este es el término de referencia en la mayoría de los documentos oficiales consultados.

Dos hechos fundamentales convierten la práctica de la MGF en un tema de interés en España, el primero, porque la migración desde países dónde se practica la MGF hacia países industrializados ha extendido estas prácticas a través de la población inmigrante residente en éstos, la segunda, el incremento de la atención preventiva por parte de las instituciones españolas, con el horizonte del 2030 para erradicar esta práctica (United Nations Population Fund, 2018).

La MGF se considera un delito tipificado en el Código Penal, art. 149-2 de la LO 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. Con posterioridad, España firmó y ratificó el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (el denominado Convenio de Estambul) que reconoce como violencia de género la práctica de la MGF.

Según el último informe de UNFPA-UNICEF (2018), la MGF afecta al menos a 200 millones de niñas y mujeres en el mundo, 44 millones de las cuales son menores de 14 años. Esta organización advierte que hasta el año 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo tienen riesgo de sufrir algún tipo de MGF. Según Kaplan y López (2013) en Europa aproximadamente 180.000 niñas estaban en riesgo de sufrirla y, concretamente en España, calculaban que corrían el riesgo 17.000 niñas². Atendiendo a las cifras del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019, la cifra de niñas menores de 15 años que residen en España y proceden de alguno de los países donde se practica la MGF sería de casi 8.500, es decir, casi un 10% del número total de mujeres de dichas procedencias residentes en España.

En España los primeros casos se detectaron en Cataluña en el año 1993, y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996. Los casos de Cataluña fueron denunciados por profesionales de la salud y los familiares fueron absueltos argumentando la no intencionalidad de lesionar y el error de prohibición³. A raíz de esta situación, se llevaron a cabo trabajos de mediación antropológica que dieron como resultado un compromiso con la comunidad inmigrada de las

² Según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015).

³ En el documento elaborado por Kaplan, A.; Salas, N. y Mangas, A. (2016) sobre la mutilación genital en España se pueden consultar las sentencias sobre los casos de MGF en España.

localidades donde se detectaron los casos para que no se realizaran estas prácticas (Kaplan et al., 2006). Desde entonces, se vienen identificando niñas y mujeres mutiladas en sus países de origen⁴, pero no se ha vuelto a tener conocimiento de que se haya practicado en el territorio español.

Con unas instituciones cada vez más sensibles ante temas como este, se han iniciado en los últimos años diferentes iniciativas que se han traducido en trabajos para la elaboración de guías y protocolos con el objetivo de acercar el problema a las instituciones y a los y las profesionales que pueden detectar situaciones de riesgo. Hernández y Almansa (2014) llevaron a cabo un estudio sobre los protocolos y las publicaciones sobre la MGF confirmando la importancia de elaborar protocolos para ayudar al profesional respecto al abordaje integral del problema y optimizar su actuación. Aunque estas autoras se refieren al ámbito de la salud, entendemos que es aplicable a los demás entornos que guardan relación con este fenómeno. Entre los protocolos más significativos publicados en los últimos años destacan los siguientes: la Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid (García de Herreros et al., 2017)⁵; el Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la mutilación genital femenina en Islas Baleares (Govern De Las Illes Balears, 2017)⁶; el Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia (Región de Murcia, 2017)⁷; el Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón (Gobierno de Aragón, 2016)⁸; el Protocolo de actuación

⁴ En la práctica totalidad de los grupos de discusión que se han llevado a cabo para la elaboración de este informe algunas de las participantes han expresado haber tenido contacto con alguna mujer mutilada. En uno de los grupos de discusión hasta cuatro profesionales de diferentes especialidades del sistema de salud. En el tratamiento del tema se aplicaron, en todo momento, los principios del secreto profesional.

⁵ https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicaciones/Mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina/Guia_actuaciones_sanitarias_MGF.pdf

⁶ https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ProtocoloMGFIslas_Baleares2017cast.pdf

⁷ <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/MURCIA2017Protocolo.pdf>

⁸ <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ARAGon2016.pdf>

sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2016)⁹; el Protocolo común¹⁰ para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015); el Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra (Gobierno de Navarra, 2013)¹¹, y el Protocolo de actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina (Generalitat de Catalunya, 2007)¹². Sin embargo, son casi inexistentes los estudios realizados con carácter previo a la elaboración de los protocolos, resulta una excepción el estudio sobre Mutilación Genital Femenina en España, elaborado por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2016)¹³.

A pesar de la importancia de erradicar estas prácticas se detectan lagunas en la investigación sobre prevención en España. Este artículo quiere contribuir a mitigar este déficit. De esta manera, tras una breve reflexión teórica sobre el choque cultural (apartado 2), se presenta el objetivo y la metodología (apartado 3). El apartado 4 refleja los resultados de la investigación y, el apartado 5 muestra algunos ejemplos de algoritmos preventivos para un abordaje integral de la prevención. Un apartado de conclusiones cerrará el artículo.

1. ¿UNA CUESTIÓN DE CULTURA?

La cultura presupone una tradición en los comportamientos que han sido desarrollados por el ser humano y que sucesivamente han sido y son aprendidos por cada generación (Mead, 2006). La dificul-

⁹ <https://violenciagero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/VALENCIA2016ProtocoloMGF.pdf>

¹⁰ El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación a la MGF, se refuerza en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, que en su medida 185 establece *Proponer la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

¹¹ https://violenciagero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/navarra_2013.pdf

¹² https://violenciagero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf

¹³ https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4857_d_MGF_definitivo.pdf

tad se encuentra en la variedad de estos grupos humanos (diversidad cultural), según contextos geográficos (e históricos), que al convivir unos con otros se ven obligados a negociar pautas culturales comunes en aras de la cohesión social. Los enfoques interculturales (en países anglosajones prefieren el término multiculturalidad) basados en el paradigma de la simetría cultural se han ido imponiendo en el debate académico como los más apropiados para abordar la diversidad cultural (Aguado, Gil y Mata, 2008; Besalú, 2012; Merino y Muñoz, 1995; Muñoz, 1997, 2001; Santos, 1994), frente al enfoque asimilacionista sustentado sobre el paradigma de la diferencia y el choque cultural. Aunque a veces la práctica está muy alejada del debate teórico.

Los movimientos migratorios globales que configuran la nueva realidad cultural de los países europeos, cada vez más plural, y muchas veces desconocida o mal comprendida, da lugar a choques culturales, es decir, una consciencia de las diferencias existentes, produciendo un sentimiento de confusión y frustración sobre las nuevas expectativas de conducta y la identidad cultural propia (Walley, 1997; Zlobina, Basabe y Páez, 2004).

Este choque cultural no significa que exista un choque de civilizaciones, tal y como afirma Huntington (2001), especialmente porque este autor pone el acento en el aspecto religioso y la práctica de la MGF no es una práctica ligada a la religión sino a la tradición. Aunque implica un proceso de relaciones mutuas y mediación, sobre todo cuando las prácticas culturales chocan con los derechos humanos básicos.

La conceptualización de la práctica de la MFG a través de las culturas que la practican ha dado muchas veces pie a la comprensión cultural únicamente desde la barbarie, pero este no es un buen punto de partida para propiciar la convivencia entre culturas y la simetría cultural. Ese planteamiento “se limita a estigmatizar y no quiere empeñarse en comprender, lo cual arbitra las estrategias de intervención social y política más efectivas” (Guerra, 2008, p. 63). Por otro lado, como nos recuerdan Oliver et al.: “los procesos que inducen a la comprensión de las diferencias culturales no deben pasar por posiciones radicales de intervención uniposicionales” (1993, p. 257). Es decir, ni intervenciones solamente desde la perspectiva de la sociedad receptora ni únicamente desde la de los grupos inmigrados.

Analizar la MGF en colectivos procedentes de África (concretamente es en la franja del Sahel donde se encuentran los países con mayores prevalencias de MGF) hace presentes las tensiones que dificultan el entendimiento intercultural. Trabajos como los de Zlobina

et al. (2004) han confirmado que la cultura de la que provienen los inmigrantes extranjeros va a determinar su vivencia del choque cultural. Por ejemplo, entre las distintas procedencias estudiadas, “los inmigrantes subsaharianos son los que más lejanos se ven culturalmente de la cultura española” (Zlobina et al., 2004, p. 75). Algunos autores afirman que existen más posibilidades de una integración satisfactoria si existe una mayor proximidad cultural (Oliver et al., 1993). Además, las actitudes hostiles de las sociedades de acogida hacia las prácticas culturales de la población inmigrante, como la MGF, pueden surgir como un elemento reactivo en defensa de la identidad étnica y cultural de origen (Guerra, 2008).

En esta labor por evitar choques culturales, multitud de autores y autoras coinciden en que las prácticas culturales ligadas a los roles de género ofrecen las mayores dificultades a la convivencia multicultural (Kaplan, 2001; Guerra, 2002; Moller, 1996; Walzer, 1998). Particularmente las prácticas relativas a las cuestiones de género suelen estar ligadas a la esfera privada, por lo que aparentemente registran pocas tensiones sociales y resultan difícilmente accesibles (Moller, 1996). Sin embargo, ello no evita que nos enfrentemos ante un problema de vulneración de derechos que implica un trato discriminatorio, doloroso y degradante hacia las mujeres. Ante estas dificultades se hace necesario que la prevención de la MGF sea abordada de forma sistemática y con una comprensión profunda de la problemática, partiendo de la premisa de que la diversidad cultural y sus prácticas individuales solo son aceptables si amplían la libertad y la igualdad de los individuos (Amorós y Cobo, 2006).

Profundicemos en las razones que se esgrimen para la práctica de la MGF: la mejora del rol de la mujer, la salud sexual y reproductiva, la higiene, la estética (Kaplan y Bedoya, 2004). La MGF es una obligación que proviene de la tradición y debe ser respetada por sus miembros, porque la marca física simboliza la pertenencia al grupo, y está directamente conectada con la identidad cultural de las personas. Las madres que no exponen a sus hijas ante esta práctica no están cumpliendo con sus obligaciones a ojos del grupo, y se convertirán en las culpables de obstaculizar una vida social normalizada a través del éxito matrimonial (Guerra, 2008). La funcionalidad social de la MGF en algunas culturas y su fuerte carga simbólica obliga a las sociedades de acogida a elegir, desde un abordaje transcultural, los medios adecuados para erradicar estas prácticas culturales que atentan contra los derechos humanos de las mujeres (Kaplan, 2006;

Guerra, 2008) y que no dejan de ser un ejemplo más de violencia de género. Amorós y Cobo nos recuerdan que “las prácticas culturales y las formas de vida diferentes son dignas de protección y defensa solo si no vulneran los derechos de los individuos. La mutilación genital femenina es una práctica cultural que no amplía el contexto moral” (2006, p. 19). Son, por tanto, prácticas culturales que vulneran el principio de igualdad y deben ser sometidas a crítica incluso desde la escuela (Amorós y Cobo, 2006).

Kaplan et al. (2006) precisamente nos recuerdan que la complejidad del problema requiere ser abordado desde el respeto y la educación. El abordaje educativo, concretamente, permitiría, por un lado, la aceptación de la diversidad en el marco de los derechos humanos y la igualdad entre los sexos (Puleo, 2000), mientras que, por otro lado, el apoyo de programas educativos entre la población migrante procuraría la eliminación de prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina, desde la comprensión y la no criminalización. Siempre que, como ya indicaba la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, apoyen a la mujer, le permitan desarrollar su autoestima, obtener información y tomar decisiones sobre su propia salud.

Considerando el enfoque cultural del tema que se aborda se ha procurado evitar tanto el sesgo etnocentrista como el culturalista. El primero exige evitar los dogmas de la cultura propia para reconocer desde la modestia y la ignorancia la realidad del “otro” en actitud de escucha y aprendizaje. Sin embargo, evitar los prejuicios culturales hace complejo no caer en un relativismo cultural en el que prima el respeto a lo cultural sin cuestionamiento alguno (Guerra, 2002). Este relativismo cultural conllevaría una tolerancia sin límites (Boco y Bulanikian, 2010).

En definitiva, tanto el choque cultural que producen las diferencias culturales en el proceso migratorio, como las prácticas culturales dañinas, como la MGF, solo pueden superarse a medio o largo plazo con cambios radicales en la educación de la ciudadanía (Pujadas, 1993).

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de la investigación ha sido establecer una propuesta de guía para la elaboración de protocolos realistas de prevención de la MGF en España, al mismo tiempo que presentar una muestra de

los algoritmos resultantes del estudio realizado, en este caso en la región de Castilla-La Mancha¹⁴.

En cualquier investigación social quien investiga debe escoger la estrategia metodológica más apropiada en relación con su pregunta de investigación. Dentro de la discusión entre cantidad y calidad, entre lo cuantitativo y lo cualitativo, se debe reconocer que la razón más válida para escoger el método de investigación es la naturaleza del problema que se investiga (Andréu, García-Nieto y Pérez Corbacho, 2007). Por tanto, en el caso que nos ocupa, si se pretende evitar que se practique la MGF en niñas que viven en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se parte de una detección necesaria y una actuación adecuada a esta realidad cultural; considerando las relaciones sociales que la población objeto de estudio mantiene en la sociedad de acogida (ámbito educativo, sanitario y servicios sociales, fundamentalmente). Precisamente es la investigación cualitativa la que tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales, ya que se usa para obtener información más abstracta y compleja, como emociones o procesos de pensamiento, difíciles de conseguir por métodos cuantitativos (Andréu et al., 2007).

Para la elaboración del Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha se escogió una metodología cualitativa puesto que lo que se buscaba, en definitiva, era el entendimiento en profundidad del fenómeno estudiado y el procedimiento más adecuado para su prevención.

Teniendo en cuenta dicha estrategia se ha seguido el enfoque de Glaser y Strauss para realizar la investigación, a través de su Teoría Fundamentada en los datos. Esta teoría no se entiende como un producto acabado sino como algo en continuo desarrollo. De modo que “parte de un modo de teorizar sustantivo que acaba en otro más formal” (Andréu et al., 2007, p. 57). El enfoque de la Teoría Fundamentada permite conseguir la comprensión profunda de una realidad viva y vivida como es la MGF, para prevenir su reproducción desde el acercamiento científico y no desde el rechazo cultural.

¹⁴ El protocolo se elaboró a petición de la región de Castilla-La Mancha, fundamentado no tanto en la extensión del fenómeno (que afectaría a unas 500 niñas según padrón municipal de 2019) como en el objetivo de contar con un instrumento claro de actuación. La prevención de un solo caso ya sería un éxito del protocolo.

Dentro del método cualitativo se escogió la técnica del Grupo de Discusión (focus groups), ya que se buscaba llegar a una buena comprensión del fenómeno y lograr la mejor forma de prevenirlo gracias a las sinergias de las personas participantes en dichos grupos. Con esta técnica se ha pretendido investigar la realidad de esta práctica cultural en Castilla-La Mancha, así como la viabilidad de las propuestas de intervención en el ámbito de la prevención de la MGF en esta comunidad. Para ello se han realizado cinco grupos de discusión con profesionales y responsables políticos del ámbito sanitario, educativo, servicios sociales y del tercer sector. Esta técnica ha permitido escuchar distintas voces, incluida a mujeres víctimas de esta práctica (Asociación del colectivo Malí en Recas). A continuación, se especifica la organización de los grupos por ámbito de actuación y perfil de las personas participantes:

<i>Perfiles profesionales del Grupo 1</i>	<i>Perfiles profesionales del Grupo 2</i>
Matrona (2)	Pediatra (3)
Enfermera de Tocología	Médico de Atención Primaria (3)
Enfermera de Pediatría (2)	Jefe de Pediatría del Hospital
Enfermera de Atención Primaria (2)	Ginecóloga
Trabajadora social	
<i>Perfiles profesionales del Grupo 3</i>	<i>Perfiles profesionales del Grupo 4</i>
Profesora de lengua y coordinadora del aula de español de Centro de Secundaria	Asociación Acogida Mujeres Víctimas de Violencia de Género
Trabajadora Social del Ayuntamiento	Servicios provinciales del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha
Maestra de Primaria (2)	Servicios centrales del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha
Asociación GuadaAcoge	Comité Regional de UNICEF
Asociación Crisol	Médicos del Mundo en Castilla-La Mancha
Asociación ACCEM	Asociación del colectivo Malí en Recas
<i>Perfiles profesionales del Grupo 5</i>	
Unidad contra la Violencia sobre la Mujer. Delegación de Gobierno en Castilla-La Mancha	
Servicio de Acción Social. Consejería de Bienestar Social.	
Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha	
Programas de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha	
Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.	
Servicio de Atención a la Diversidad y Programas. Delegación de Educación de Castilla-la Mancha	
Presidenta de Médicos del Mundo Castilla-la Mancha.	

3. COMO ELABORAR UN PROTOCOLO REALISTA

Los resultados de la investigación nos han revelado la importancia de la influencia del contexto cultural, así como las posibles barreras para la elaboración y puesta en práctica de un protocolo de prevención de estas características. La primera dimensión, el contexto cultural, abarca la perspectiva cultural tanto de la población de origen como la de destino, la necesidad de la sensibilización de todos los agentes implicados ante la diversidad cultural y, por último, el contexto particular de aplicación del potencial protocolo. En relación con las barreras, las consideraciones clave manifestadas por los agentes han sido tres: el formato, la difusión y la coordinación.

3.1. Influencia del contexto cultural

3.1.1. *Lo cultural desde el punto de vista del choque*

Ante la elaboración de un protocolo de prevención de una realidad tan sensible como la MGF debe tenerse en cuenta que debe de adaptarse, en primer lugar, a las situaciones cotidianas en las que dos culturas distintas se encuentran y deben convivir en armonía. En este caso, la prevención debe considerar la labor de las y los profesionales de los distintos servicios públicos en su intervención con población africana (recuérdese que es la franja del Sahel donde se sitúan los países con mayores prevalencias).

En los grupos de discusión se hizo referencia concretamente a las dificultades en la labor profesional que genera el **choque cultural**. Estas situaciones de discordancia generan específicamente tres consideraciones clave en la configuración realista de un protocolo para prevenir la MGF: la diferencia del idioma y de la cultura de la salud, el riesgo de pánico y “efecto huida”, así como el riesgo de estigmatización de toda la población africana.

Por un lado, el personal consultado manifiesta que en ocasiones es difícil mantener el **contacto** y la **comunicación** con esta población en concreto. Entre culturas distintas es común entender de diferente forma lo que es bueno y malo, incluso diferenciar lo que es saludable de lo que no lo es. No obstante, las poblaciones migrantes van aprendiendo los códigos culturales de las culturas a las que emigran, pero esto no quiere decir que las hayan incorporado como una costumbre propia.

Tú puedes hablar con una mujer africana y decirle: "Eso está mal, no lo puedes hacer" y ella decirte: "sí, sí, sí.", pero luego hacerlo como una cuestión de identidad por el rechazo que siente aquí.

GDtécnicos/as

La percepción de las personas informantes es que hay mujeres procedentes del continente africano que no van a revisiones ni clases de preparación al parto, incluso la primera vez que se las atiende en el ámbito sanitario es en el paritorio. Asocian a esta población una cultura de la salud en la que el control y la prevención no son tan habituales como entre la población autóctona. Sin embargo, consideran que el contacto con el ámbito sanitario en relación con sus hijos e hijas es mucho más estrecho y habitual.

Ves perfectamente si tiene una mutilación o no, igual que en las citologías, pero no tienen mucha costumbre de hacerse citologías.

GD enfermeros/as

En el ámbito preventivo, para la detección de los factores de riesgo, por costumbres y usos del sistema sanitario de ese determinado grupo de población, yo creo que el ámbito más idóneo es el ámbito educativo. Porque ahí sí o sí van a estar.

GD institucional

No obstante, más allá de los servicios de salud, entienden que el sistema educativo es clave en el contacto con estas poblaciones, ya que se trata de un servicio obligatorio. Por tanto, la recomendación clave es la de considerar el **ámbito educativo** como espacio para iniciar un primer contacto con las familias antes de cualquier actuación.

Por otro lado, las personas informantes son conscientes de que la **movilidad geográfica** es práctica habitual entre la población inmigrante, normalmente por cuestiones laborales. Además, tienen presente como meta el retorno al país de origen, en lugar del reagrupamiento familiar; esta falta de estabilidad dificulta el seguimiento. También hay que añadir que ante percepciones de peligro o ataque la reacción puede ser un cambio de residencia.

El problema es que si les dices que les vas a denunciar cogen los "trastos" y se van a otro sitio y no sabes nunca más de ellos.

GD docentes

Lo del compromiso (preventivo) depende de cómo se haga puede ser contraproducente, si no se ofrece de la manera adecuada y no va

acompañado de la sensibilización y todo lo demás, puede ser que los padres digan: "vale, yo firmo, pero voy a ir a vivir a otra zona y no vas a volver a verme en la vida, porque si lo quiero hacer lo voy a seguir haciendo".

GDtécnicos/as

Ante esta realidad es importante evitar, por un lado, la criminalización teniendo especial precaución en la forma de intervención, por otro lado, la tendencia a cambiar sus costumbres y su cultura de forma tajante y poco respetuosa.

Por último, destaca el riesgo de estigmatización de toda la población africana. Hay que poner especial atención en no transmitir prejuicios que den a entender que todo lo que tiene relación con África es negativo o que se generalice la práctica de la mutilación a toda persona procedente de este continente.

Hay que ir con mucho cuidado porque si no es muy fácil la generalización de "africanas, negras, todas mutiladas". Con mucha profesionalidad.

GDocentes

Hay que trabajar mucho la formación en los indicadores, para que no sea una cosa arbitraria que te asustes rápido, que te parezca que hay riesgo cuando hay solo sospecha.

GDtécnicos/as

Con el objetivo de evitar este riesgo se proponen dos medidas fundamentales. Por un lado, desarrollar acciones de **sensibilización en materia cultural**, que consigan el respeto cultural en cada profesional de forma que se evite la estigmatización de toda la población africana. Con ello se persigue que los casos detectados sean abordados de un modo respetuoso, sin amenazas, pero con información sobre la firmeza de las consecuencias físicas y legales. Por otro lado, contar con **mediadores/as o figuras de relevancia dentro de la comunidad africana** en los momentos de intervención preventiva. Es especialmente necesario que haya una figura de confianza y referencia para evitar la estigmatización y el efecto ahuyentador de las intervenciones en casos en los que no exista una relación de confianza con la familia o en los que el/la profesional que detectó necesite apoyo. Esta figura no tiene que proceder del mismo país de la niña en riesgo, pero sí es necesario que tenga un reconocimiento entre la comunidad africana.

La implicación de las personas originarias de esos países es fundamental para que actúen como agentes de cambio. Tendrán menos rechazo a una persona de su país.

GDtécnicos/as

En conclusión, como se puede observar, la labor de **sensibilización**, basada específicamente en información y formación, y dirigidas a profesionales implicados, mitigaría las dificultades resultantes del choque cultural. Concretamente, la falta de entendimiento y la necesidad de empatía en estas circunstancias, evitando el efecto ahuyentador en el trato entre profesionales y familias. La sensibilización se convierte, por tanto, en una labor crucial en la elaboración de un protocolo de prevención de la MGF. Como se puede ver a continuación, dicha acción sensibilizadora debe darse tanto entre profesionales como entre población en riesgo de mutilación.

3.1.2. El punto de vista de las víctimas (mujeres malienses)

La investigación llevada a cabo para la comprensión de la MGF concluyó que era imprescindible acompañar la difusión del protocolo resultante de acciones formativas e informativas encaminadas a la sensibilización, tanto de la población africana procedente de países en los que se practica la MGF, como de las y los profesionales de sanidad, educación y servicios sociales que atenderán a dicha población.

Por tanto, dicha sensibilización debe dirigirse específicamente a **población africana** procedente de países en los que se practica la MGF, ya que se trata de una tradición muy arraigada en la identidad cultural de muchos de las etnias presentes en esos países, por ejemplo, en Mali.

La religión y la cultura es la base de nuestro país, por eso se dice que si una mujer no está mutilada no es una mujer. Por esto hay alguna persona que dice que tiene que hacerlo por obligación. Todas las mujeres que viven aquí saben que si lo hacen van a tener problemas.

Mujer maliense

La mayoría de nosotros venimos de Mali, desde allí se hace desde las niñas, cuando están pequeñas, te lo hacen esto y luego tú vienes aquí y no sabes lo que tienes que hacer. Porque antes de decirlo aquí a nosotros... ¿cómo explicar? Desde Mali se comienza esto y la gente no lo sabe bien, porque a veces dicen que son la religión, las costumbres que tiene que hacerlo por eso... a los niños que están en Mali

seguro que se lo hacen. Por eso si podemos explicar bien a la gente, ellos a sus familiares y eso, creo que podemos hacer algunas cosas.

Mujer maliense

Nosotros tenemos una asociación para ayudar a la gente. Nosotras estamos también contra la mutilación genital. Si puede hacer una organización para sensibilizar a la gente de mi país. Eso será mejor para nosotros. Porque aquí, todavía la gente no comprende mucho la mutilación genital.

Mujer maliense

Además, hay que considerar que a veces las mujeres-madres inmigradas y los hombres-padres inmigrados no ven ya los aspectos positivos de la MGF, pero se ven sometidas y sometidos a **presiones por parte de la familia** que sigue residiendo en el país de origen. Para lo que sería de ayuda contar con un documento de **“compromiso preventivo”**. Se trata de un instrumento que se percibe de utilidad tanto desde el punto de vista de las familias de las niñas en riesgo como de los y las profesionales que detectan los casos.

Desde que está la ley que reconoce esto como un delito a las familias que van a esos países, que se ven presionados por la situación familiar, religiosa, cultural, pues les obligan a firmar este papelito conforme que están avisados de que, si permiten que se le haga la ablación a la niña, es un delito. Se les da información a los padres, y sobre todo para que ellos tengan un resguardo legal que cuando lleguen allí, se lo enseñen a la familia y decir: “Oye, que me van a meter en la cárcel, que me quedo sin la custodia de mi hija”.

GDmédicos/as

La gente lleva utilizando años el compromiso preventivo en otras ciudades de España, y los padres lo agradecen, porque es un papel que a ellos les da un seguro. Ellos son los que mandan luego las pellas a su país, a sus padres: “Si estoy en la cárcel, no puedo trabajar”. Para ellos es un arma estupenda.

GDenfermeras

La literatura existente, y la experiencia previa, vienen a avalar la necesidad de contar con un documento como este en el momento en que se detecta un caso de riesgo inminente de mutilación, como es la posibilidad de un viaje al país de origen.

La gente que vive ahora en el país sabe mucho. Porque el jueves, yo al mirar la tele de mi país, los niños estaban hablando de la

mutilación. Ellos lo saben, que trae muchas consecuencias y ahora alguna está comprendo, que ahora no está bueno para las mujeres. Pero hay algunos que no comprenden todavía. Por esto hay alguna persona que dice que tiene que hacer obligatoria. Aunque tenga esto saben que si lo hacen van a tener problemas. Y no lo hace por eso. A las niñas que han nacido aquí no lo hacen eso a ellas. El problema es de los que están ya allí, que ya vienen con eso hecho.

Mujer maliense

Sin embargo, para conseguir el objetivo de erradicación, una de las cuestiones fundamentales es considerar esta labor sensibilizadora como un fin a largo plazo. Ya que, si realmente por parte de las familias no hay una identificación de la práctica con la violencia, las niñas se verán perjudicadas y rechazadas en su madurez.

Hay que hacer una labor pedagógica para que las madres no se lo transmitan a sus hijas.

GDdocentes

Hay que hacer un trabajo de comunidad y cercanía. Es importantísimo trabajar con la comunidad, con esas familias, para que tengan esa información, tanto con mujeres como con hombres, desde el total respeto a la cultura pero que hay costumbres que nos pueden hacer daño físicamente. Esto no es un trabajo de hoy para mañana, es un trabajo de años.

GDtécnicos/as

*– Vamos a ver, la prevención no es solo de hoy a mañana.
– Yo creo que la información y la educación se dan desde pequeños para irles inculcando una serie de normas de vida.*

GDmédicos/as

De modo que más allá de informar a las familias, para una prevención eficaz hay que escuchar y comprender la realidad del “otro”. Por tanto, la sensibilización de la población africana, concretamente, debe llevarse a cabo a través de la empatía y la confianza, utilizando mensajes especialmente significativos dentro de su imaginario cultural, por ejemplo, una posible infertilidad.

Yo creo que estando en Mali la gente cree en las costumbres y la cultura, que tiene que hacerlo obligatoriamente. Pero ahora la gente se está dando cuenta que se puede traer enfermedades, puede tener mucha consecuencia. Pero el problema gordo es no tener hijos.

Mujer maliense

Se trata de dar información sobre los riesgos que suponen determinadas costumbres, que algunas de ellas ya han sufrido, que incluso les ha provocado no tener hijos, que para ellas es lo más importante, y ellos y ellas que para sus hijas quieren lo mejor es importante que sepan los riesgos que tiene esa práctica.

GDtécnicos/as

Hay que tener en cuenta que la sexualidad, y todo lo que tenga que ver con ella, es un tema tabú, por lo que el abordaje de la sensibilización debe ser abordada desde temáticas más genéricas y menos controvertidas.

Hay que ir despacito con este tema. Es importante no decir que se va a hablar de este tema porque no van a ir. Facilita mucho que sean cursos sobre promoción de la salud y dentro de eso se hable sobre mutilación.

GDtécnicos/as

En la asociación tratamos los temas de género indirectamente, juntando a las mujeres e invitándolas a hablar de diferentes temas. Se pueden hacer las cosas de otras formas y no tan de golpe y porrazo, te las tienes que ganar.

GDdocentes

En consecuencia, resulta fundamental procurar también la sensibilización de todas y todos los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales en materia de MGF, especialmente a quienes prestan servicio en zonas con alta población en riesgo.

La actitud de algunos profesionales podría ser un obstáculo. Saber que todos los profesionales sepan detectar y que están concienciados.

GD enfermeros/as

El problema es que hay de todo, gente muy sensibilizada con todos los temas de violencia y otra que no lo está, porque también se cansa porque te quemas por muchas razones, en primer lugar, porque no tienes armas para luchar contra todo lo que se te presenta.

GDtécnicos/as

En esta tarea sensibilizadora se pueden dar dos problemas fundamentales entre los y las profesionales: uno de consciencia y otro de conciencia. Es decir, que haya profesionales, de cualquiera de los tres ámbitos, que no sean **conscientes** de que la MGF es un problema cercano y real. Un problema no es tal hasta que lo conoces (te

haces consciente) de su existencia. Además, no se puede cerrar los ojos a la posibilidad de que haya profesionales sin **conciencia** de responsabilidad en esta realidad. Ya que la falta de concienciación social y sensibilidad hacia el problema de ciertos profesionales podría suponer la baja efectividad del protocolo, habría que buscar la solución a este problema en el diseño e implantación de formación e información, de forma que se procure una sensibilización cultural a través de la cual se asegure la correcta intervención preventiva en casos de MGF.

3.1.3. Características específicas del entorno de aplicación

En tercer lugar, para la elaboración de un protocolo realista se ha detectado la necesidad de adaptar el procedimiento a los rasgos específicos del territorio de actuación.

En el caso concreto de Castilla-La Mancha, la característica principal sería la dispersión geográfica. En una región de 2,079 millones de habitantes repartidos en 79.463 km², en cerca de 1.000 municipios, algunos con gran despoblación, hace que ofrecer todos los servicios a la población de la forma más adecuada sea una tarea ardua. Esta realidad complica especialmente la asignación de profesionales de referencia para la coordinación de futuros casos detectados de MGF. No obstante, esta barrera se podría resolver con el aprovechamiento de los recursos humanos existentes. Por un lado, la persona de referencia pertenecería a servicios sociales de la zona, y, por otro lado, en lugar de el/la trabajador/a social sanitaria el/la profesional de referencia podría ser el/la enfermero/a de la zona, dado que es un recurso existente y teniendo en cuenta la sensibilidad que éste colectivo muestra por la problemática.

La realidad de la dispersión geográfica de la región y de la despoblación de algunas zonas la sufrimos todos, es decir, sanidad, educación y servicios sociales. Así que, si convergemos en cada caso, porque a la persona la vemos en todos estos ámbitos, entonces, si lo reconstruimos creo que algo podremos hacer.

GDinstitucional

– ¿Habéis pensado en el perfil de enfermería? Porque el seguimiento del programa de salud infantil es más de enfermería.

– Además, enfermería tiene un trabajo coordinado con servicios sociales. Es que hay una práctica no sistematizada de trabajo en red.

GDinstitucional

Como se puede apreciar, en el caso concreto de Castilla-La Mancha, la dispersión geográfica es el elemento que preocupa en mayor medida a la hora de elaborar y poner en práctica el protocolo. En cada provincia, región o localidad, habría que estudiar cuáles son esas especificidades culturales y tenerlas muy presentes en la elaboración de los protocolos.

3.2. Principales barreras en la elaboración y aplicación de protocolos de prevención de MGF

El trabajo de campo ha revelado que la percepción que las y los participantes tienen sobre los protocolos en general es que algunos suelen adolecer de tres barreras para su puesta en marcha y ejecución efectiva: **formato, difusión y coordinación**.

En primer lugar, si el protocolo resulta demasiado complejo y poco realista el interés y el atractivo disminuyen claramente, lo que se acrecienta con su extensión.

El problema que veo a los protocolos es que se hacen muy perfectos, no se tienen en cuenta los verdaderos recursos y entonces lo abandonas. El protocolo tiene que ser realizable, porque si no lo abandonas. Yo creo que tiene que ser corto, práctico, claro y realizable.

GDMédicos/as

A los profesionales que formas para detectar los casos y demás hay que darles un único papel con cuatro pasos clave. Por ejemplo, en Zaragoza había pegado un póster con el mapa de África con zonas de mutilación marcado en distintos colores. Estaba pegado en una columna que había en medio del paritorio. Según entrabas, lo veías. Te venía el teléfono que tenías que llamar si nacía mujer, las explicaciones y todo muy claro, porque al final a quien le interesa mucho el tema se leerá todo el protocolo, pero si no van al curso y se olvidan: ¿y qué nos dijeron? ¿Qué tenemos que hacer?

GDenfermeros/as

En segundo lugar, la difusión de un protocolo es clave. Esta debe encaminarse a la implicación del personal en la problemática, hacer sentir que son parte importante en la solución y concienciar al profesional de la realidad como algo propio. Siempre que se haga de una forma personalizada y cercana se conseguirá interés y compromiso de intervención. Especialmente si la presentación del protocolo se hace de forma colaborativa, compartiendo casos o tratando

la información de forma directa y personal, se recordaría mejor la información facilitada.

Yo creo que los protocolos lo importante es que se puedan llegar a dar a conocer. Un buen protocolo si no se divulga, si no se da a conocer..., que sea práctico y manejable y demás, pero lo primero es que se dé a conocer.

GDdocentes

Un protocolo presentado de forma diferente, no como el tocho de siempre. De forma directa y humanizarlo, presentar casos, que se puedan discutir sobre las dificultades para captarlos y que la gente se ponga a pensar.

GDenfermeros/as

En definitiva, se proponen formas alternativas de difusión del protocolo, más dinámicas y personales, que consigan un mayor conocimiento del problema y una mejora en la puesta en marcha del protocolo. En el ámbito sanitario, concretamente, se planteó el uso de las sesiones clínicas hospitalarias.

- Los protocolos sin información previa no gustan.*
- Un protocolo sería muy útil para una sesión clínica hospitalaria. Con una presentación. Además, yo creo que la Gerencia se implicaría mucho, porque estas cosas gustan mucho a otro nivel y podría tener hasta más repercusión que otras sesiones.*
- Eso se graba, se cuelga de la red, se puede ver desde los centros de salud porque lo graban en vivo.*
- Eso sería lo que más repercusión tendría.*
- Esto que llegue a la máxima gente posible, que conciencie, que sensibilice y que haga que el protocolo, en el momento en el que tengas más sospecha, que lo tengas en mente y estés más atento a ello y se lleve a cabo.*

GDmédicos/as

- Hasta ahora no me había planteado este problema en la vida y ahora me lo estoy planteando.*
- A lo mejor hay que empezar por hacer una especie de presentación de todo esto y convocar a que llegue a la mayoría de las personas, porque no todo el mundo lo conoce.*
- La semana que viene, en la sesión clínica de mi servicio, se va a hablar de este tema.*
- Además, en el hospital hacéis más sesiones conjuntas a las que acuden los de preventiva, los de micro, los residentes de gine, yo qué sé, todos.*

GDmédicos/as

- Lo que está claro es que lo que no conoces, no lo puedes diagnosticar.*
- Con las sesiones conjuntas en el hospital se puede generar una sensibilización.*
- Que lo tengas en mente en el momento que ves a una paciente que es subsahariana, que puede tener esto. Yo creo que es concienciar un poco para que lo tengamos en mente.*

GDmédicos/as

Se trata de una experiencia interdisciplinar que además de asegurar una difusión más personalizada procurará una labor de sensibilización fundamental para la correcta aplicación del protocolo. Sería clave encontrar experiencias similares en el resto de ámbito de intervención para que el protocolo elaborado se transmitiese al personal que pueda detectar dichos casos.

Por último, otra de las dificultades más relevantes que se pueden producir en la puesta en marcha del protocolo es la relativa a los problemas de coordinación. De la investigación se desprende que para la prevención efectiva de casos de mutilación genital femenina el trabajo interdisciplinar conjunto es fundamental.

El tema de la mutilación es muy difícil de detectar entre tus alumnos. Y las mamás te dicen lo que quieres oír, porque saben lo que aquí no está bien visto y lo que tiene consecuencias. Además, no es como un maltrato, no deja marca a simple vista.

GDdocentes

Se ve en el terreno la necesidad de trabajo en red, porque, efectivamente, el colegio no va a hablar con el médico, pero el medio sí que va a hablar con nosotros (servicios sociales) y nosotros vamos a hablar con el cole y nosotros vamos a ser quien se comunique con unos y con otros, y eso es una realidad.

GDinstitucional

Para que toda esta labor de coordinación garantice una intervención preventiva eficaz en casos de MGF ha de existir un trabajo en red bien estructurado, entre las áreas implicadas, de forma que cada agente conozca y comprenda su papel en el proceso preventivo.

Todo esto, que es una cosa cultural, no vale que solamente lo haga un sistema sanitario. Yo creo que la cultura empieza en casa, continúa en la escuela y nosotros somos ayudantes que vamos aportando ideas nuevas o quitando las que no valen.

GDmédicos/as

Yo creo que siempre hay que trabajar en red, es fundamental, porque da igual que lo detectes desde educación, o alguien en servicios sociales o alguien en sanidad, porque hay que tener la humildad de decir: "bueno, voy a preguntar no vaya a ser que me esté equivocando". Para eso yo tiraría de esa coordinación.

GDtécnicas

De los grupos de discusión realizados se ha detectado que la comunicación, dentro de cada área y entre diferentes áreas, es muy escasa. Ello produce que en la práctica no haya una coordinación real estructurada. Se observa que en la coordinación conjunta o trabajo en red queda a merced de la voluntad de cada profesional y depende demasiado de que exista una buena relación interpersonal o no. La voluntariedad es un factor que no asegura una coordinación realmente eficaz, ya que es un criterio aleatorio. No se debe menospreciar, pero no puede ser la base de una estructura formal de intervención preventiva.

Sin embargo, la falta de coordinación y comunicación entre áreas no son barreras insalvables. Estos problemas podrían evitarse con la designación de una red interdisciplinar de referencia para casos detectados o sospechosos de MGF. Se propone, por tanto, el abordaje de cada caso desde un ámbito municipal, para facilitar la intervención y comunicación entre las personas de la red de trabajo. Mientras que la prevención de la MGF en aquellas zonas más despobladas se abordaría desde las áreas básicas de referencia para Servicios Sociales.

Dadas las características de la profesión de trabajadores y trabajadoras sociales (sensibilización cultural, búsqueda de recursos y seguimiento de casos), la solución pasa por designar, dentro de cada área, a un/una profesional de referencia al que transmitir los casos sospechosos de MGF. De este modo los/as trabajadores/as sociales de las tres áreas (sanidad, educación y servicios sociales) estarán en comunicación entre sí y a su vez con cada una de sus áreas de trabajo.

Es que nos tenemos que apoyar en las potencialidades de todos los sistemas. El profesional que está en el terreno, que genera el vínculo para intervenir con la familia, son los trabajadores sociales. A eso hay que darle un valor.

GDinstitucional

– Igual no vendría mal una coordinación del sistema sanitario con el sistema educativo. Con un trabajador social, entiendo, como persona de referencia.

– Sí, de nexo de unión está muy bien la trabajadora social, porque también conocen a los padres, también tienen un vínculo con la familia.

GDmédicos/as

Para terminar, esta red de profesionales debería de contar con otros agentes de referencia en el tercer sector: asociaciones de mujeres, de inmigrantes y específicas de población africana. Con el objetivo de hacer trabajos de sensibilización con estas comunidades, generar vínculos de confianza y localizar mediadores/as o agentes influyentes para la población de riesgo. En última instancia resulta imprescindible la gestión de instituciones especializadas como los Institutos de la Mujer, cuya función principal sería la supervisión y soporte de toda la labor de intervención preventiva, así como la coordinación en las labores de sensibilización y formación de los y las profesionales.

4. EJEMPLO DE UN ALGORITMO EN EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN DE LA MGF

En la segunda parte de este artículo se quiere mostrar un ejemplo concreto de **abordaje integral** para prevenir los casos de MGF teniendo en cuenta la investigación realizada. En concreto se trata del algoritmo propuesto para prevenir los casos de MGF desde el ámbito educativo, ya que se trata de un entorno en el que la asistencia continuada da lugar a relaciones de cercanía y a información fluida.

Como se puede ver en la figura 1, el algoritmo de abordaje se divide en dos fases. La **primera fase** es una tarea común en todos los ámbitos de actuación (centros escolares, ámbito sanitario, servicios sociales y centros especializados de la mujer): la **detección de factores de riesgo**. Se trata de un primer acercamiento al núcleo familiar, con el objetivo concreto de conocer el posible riesgo en las niñas de dichas familias. En esta fase es fundamental crear una relación de confianza con la familia.

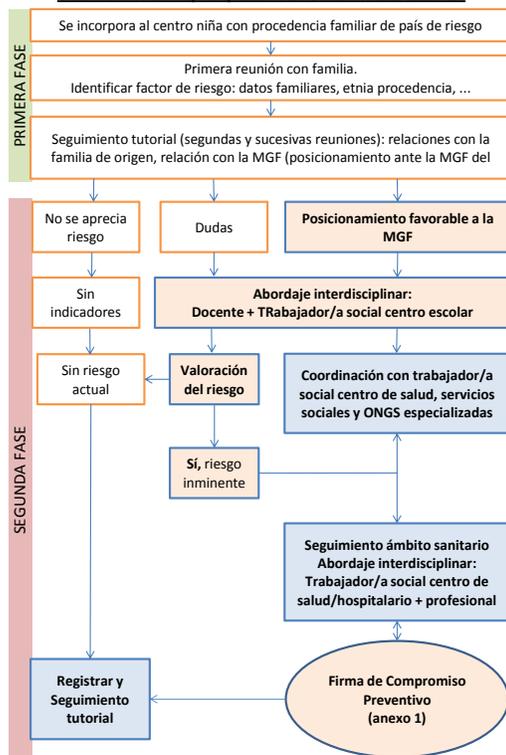
La intervención se iniciará con una primera entrevista-consulta-reunión, en la que se preguntará sobre: país de procedencia, etnia, datos familiares, datos relativos al proceso migratorio, etc., pero nunca siguiendo una dinámica de formulario sino como una conversación basada en la cotidianidad. Las segundas y sucesivas entrevis-

tas-consultas-reuniones tendrán el objetivo de conocer si hay alguna mujer o niña en el núcleo familiar a la que se le haya practicado la MGF, así como el posicionamiento de los progenitores (o personas responsables) ante esta práctica. Dada la complejidad del abordaje de este fenómeno y su circunscripción a la esfera de lo íntimo de la familia y su invisibilidad, es aconsejable la coordinación con mediadores interculturales, líderes, referentes comunitarios y asociaciones, con experiencia y conocimiento en MGF. Una vez que se detecta el riesgo, ya sea relativo o inminente, se pasará a la segunda fase.

FIGURA 1

ALGORITMO DEL ABORDAJE INTEGRAL DE LA MGF DESDE UN CENTRO EDUCATIVO

Recomendaciones para proceder en los Centros Escolares



Fuente: elaboración propia.

En la **segunda fase** se procederá al **abordaje interdisciplinar ante situaciones de riesgo**, tanto relativo como inminente, de MGF en niñas. Por un lado, si el profesorado detecta una situación de riesgo relativo (dudas o posicionamiento favorable de la familia ante la MGF) lo comunicará al equipo directivo y al servicio de orientación que pone en marcha el abordaje interdisciplinar a través del/la trabajador/a social del centro escolar. Este perfil profesional coordinará las actuaciones con profesionales de los servicios sociales, centro de salud y las organizaciones no gubernamentales especializadas (y/o servicios de mediación intercultural) con las que conjuntamente valorarán el riesgo real¹⁵. Por otro lado, si el profesorado detecta una situación de riesgo inminente (viaje de la niña a un país donde se practica), docente y trabajador/a social derivarán el caso al centro de salud, para su seguimiento y, en su caso, firma del “compromiso preventivo” (como se ha expuesto en el apartado anterior). El/la trabajador/a social del centro de salud informará al/la trabajador/a social del centro escolar de las actuaciones realizadas y del resultado final de las mismas.

En ambas fases se pueden percibir dos de las claves ya apuntadas en este artículo: la **sensibilización** y la **coordinación**. Ambas son labores fundamentales para que cualquier protocolo funcione, ya que si no se produce un proceso de sensibilización en las y los profesionales no se producirá una detección precoz y se corre el riesgo de situaciones de pánico y huida, además de darse la circunstancia de que, sin la coordinación entre las áreas implicadas, y la correspondiente comunicación, el procedimiento será opaco y no se conseguirá la prevención de los casos existentes.

CONCLUSIONES

La mutilación genital femenina es una práctica cultural desarrollada fundamentalmente en la franja del Sahel del continente africano, que cobra especial interés en los países europeos debido a los

¹⁵ Para más información consultar los algoritmos configurados para las distintas áreas de intervención en el Protocolo para la prevención de la MGF en Castilla-La Mancha: https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/protocolo_mgf_firmado.pdf

movimientos migratorios de las etnias que todavía la practican en sus países de origen.

Desde la perspectiva occidental esta práctica atenta contra los derechos humanos, concretamente los derechos de la mujer y de las menores y, está catalogada como violencia de género. Sin embargo, sólo la mediación y el diálogo cultural evitarán la criminalización de la población de origen africano en los países europeos. Este es el objetivo fundamental de los protocolos de prevención de la MFG que se han ido elaborando en España desde el año 2000 en adelante.

La investigación que se presenta, a través de grupos de discusión con agentes clave, ha permitido proponer algunos elementos imprescindibles para que la elaboración de protocolos de prevención de la MGF sea realista, al mismo tiempo que se ha presentado una muestra de los algoritmos resultantes del estudio realizado, en este caso en la región de Castilla-La Mancha.

Los resultados de los grupos de discusión aportan varias claves relacionadas con el choque cultural que supone esta práctica. Estas situaciones de discordancia generan específicamente tres consideraciones en la configuración realista de un protocolo para prevenir la MGF: la diferencia del idioma y de la cultura de la salud, el riesgo de pánico y “efecto huida”, así como el riesgo de estigmatización de toda la población africana. Para paliar este choque los agentes proponen el diálogo, la empatía, la sensibilización y la mutua comunicación.

Desde el punto de vista de los agentes implicados, es decir, profesionales del ámbito educativo, de la sanidad, los servicios sociales, los centros especializados, las organizaciones sin ánimo de lucro (especialmente las asociaciones de inmigrantes) y profesionales de la mediación, se aportan otras dos claves: la conciencia y la consciencia.

Adicionalmente, las personas que han participado en los grupos de discusión han corroborado las dificultades para la puesta en práctica de este tipo de protocolos, a saber: el formato, la difusión y la coordinación. Los algoritmos de abordaje integral de la prevención pueden ayudar a que la ruta a seguir sea más fácil de interpretar y, por tanto, más intuitiva.

Las dificultades para estudiar la MGF se presentan en el tema en sí mismo, puesto que resulta bastante desconocido por parte de la población española. Se produce una reacción de extrañeza ante esta práctica, sin ser conscientes de que un viaje a sus países de origen

puede suponer una niña mutilada. Son necesarios estudios adicionales entre la población que reside en España procedentes de países con altas prevalencias de MGF (todavía 29 países africanos), concretamente las mujeres mutiladas y la visión que éstas y los varones tienen de estas prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, T., Gil, I., y Mata, P. (2008). El enfoque intercultural en la formación del profesorado: Dilemas y propuestas. *Revista Complutense de Educación*, 19 (2), 275-292.
- Amorós, C., y Cobo, R. (2006). *Interculturalidad, feminismo y educación*. Madrid: Catarata.
- Andréu, J., García-Nieto, A., y Pérez Corbacho, A. M. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Colección Cuadernos Metodológicos, nº 40. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Besalú, X. (2012). Interculturalidad: La resocialización del profesorado. En B. López, y M. Tuts, (Coords.), *Orientaciones para la práctica de la educación intercultural: Red de escuelas interculturales*, (pp. 109-124). Madrid: Wolters Kluwer España y Liga Española de la Educación y la Cultura Popular.
- Boco, R., y Bulanikian, G. (2010). Derechos humanos: Universalismo vs. relativismo cultural. *Alteridades*, 20(40), 9-22.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2016). *La mutilación genital femenina en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4857_d_MGF_definitivo.pdf
- García de Herreros, T., Garabato, S., y Martínez, M. L. (coords.) y Grupo de Trabajo (2017). *Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. Recuperado de https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicaciones/Mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina/Guia_actuaciones_sanitarias_MGF.pdf
- Generalitat de Catalunya. (2007). *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital Femenina*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
- Generalitat Valenciana. (2016). *Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genial Femenina en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Conselle-

- ria de Sanitat Universal i Salut Pública. Recuperado de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/VALENCIA2016ProtocoloMGF.pdf>
- Gobierno de Aragón. (2016). *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Recuperado de: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/Protocolo%20-%20MGF.pdf>
- Gobierno de Navarra (2013). *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra*. Pamplona: Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/navarra_2013.pdf
- Govern De Las Illes Balears. (2017). *Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la mutilación genital femenina en Islas Baleares*. Palma de Mallorca: Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/ca/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ProtocoloMGFIslas_Baleares2017cast.pdf
- Guerra, M. J. (2002). Feminismo y multiculturalismo: Una tensa relación. *Cuadernos del Ateneo*, 12, 10-12.
- (2008). Culturas y género: Prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *Isegoría*, 38, 61-76.
- Hernández, M. D., y Almansa, P. (2014). Protocolos de actuación para profesionales de atención primaria sobre la mutilación genital femenina. En F. Pina (Ed.), *Mujer y cuidados: Retos en salud* (pp. 317-387). Murcia: Universidad de Murcia.
- Huntington, S. P. (2001) ¿Choque de civilizaciones? *Teorema: Revista Internacional de Filosofía*, 20, (1/2), 125-148.
- Kaplan, A. (2001). Mutilaciones Genitales Femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. *Cuadernos de Derecho Judicial*, 6, 195-216.
- Kaplan, A., Salas, N., y Mangas, A. (2016). *La mutilación genital en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Kaplan, A., y López, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012*. Universitat Autònoma de Barcelona y Fundació Wassu-UAB: Bellaterra.
- Kaplan, A., Pere, M., Kira, A., y Castany, 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, 189-217.
- Kaplan, A., y Bedoya, M. H. (2004). Las Mutilaciones Genitales Femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica. En J. de Lucas y J. García Añón (Eds.). *Evaluating the impact of existing legisla-*

- tion in Europe with regard to MGF. Spanish report*, (pp. 1-37). Valencia: Universitat de Valencia. Recuperado de https://mgf.uab.cat/eng/scientific_publications/MGF-Aprox.interdiscipl.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Merino, J. V., y Muñoz, A. (1995). Ejes de debate y propuestas de acción para una Pedagogía Intercultural. *Revista de Educación*, 307, 127-162.
- Moller, S. (1996). Desigualdad de género y diferencias culturales. En C. Castells (Ed.), *Perspectivas feministas en teoría política*, (pp. 185-206). Barcelona: Paidós.
- Muñoz, A. (1997). *Educación intercultural: Teoría y práctica*. Madrid: Escuela Española.
- (2001). Hacia una educación intercultural: Enfoques y modelos. *Encounters on Education*, 1, 81-106.
- Oliver, M., Vargas-Llovera, M. D., Escartín-Caparrós, M. J., Lorenzo García, J., Bellido, A. J., Mohedano, R., ... y Villegas-Castrillo, E. (1993). Inmigración y cultura: Reflexiones críticas sobre las diferencias sociales y culturales que produce el hecho migratorio. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 251-258.
- Organización Mundial de la Salud, (2020). *Female Genital Mutilation*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Pujadas, J. J. (1993) *Etnicidad. Identidad cultural de los pueblos*. Madrid: Eudema.
- Puleo, A. (2000). Multiculturalismo, Educación Intercultural y Género. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 15, 79-91.
- Región de Murcia. (2017). *Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia*. Murcia: Dirección general de asistencia sanitaria. Servicio murciano de salud. Recuperado de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/MURCIA2017Protocolo.pdf>
- Santos, M. A. (1994). *Teoría y práctica de la educación intercultural*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones de Intercambio Científico.
- United Nations Population Fund (2018). *UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation Performance analysis for phase II*. New York: UNFPA. Recuperado de <https://www.unfpa.org/fr/node/18126>.
- UNFPA-UNICEF, (2018). *Ending Female Genital Mutilation: An Investment in the Future*. New York: UNICEF. Recuperado de: <https://www.unicef.org/reports/ending-female-genital-mutilation-investment-future>
- Zlobina, A., Basabe, N., y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Revista Migraciones*, 15, 43-84.

- Walzer, M. (1998). *Tratado sobre la tolerancia*. Barcelona: Paidós.
- Walley, C. J. (1997). Searching for “voices”: Feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations. *Cult Anthropol*, 12 (3), 405-438. doi: 10.1525/can.1997.12.3.405