



Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo

USO, APLICABILIDAD E IMPACTO DEL COMPROMISO PREVENTIVO

Este estudio se ha elaborado en el marco del proyecto «Diálogo intercultural para la prevención y atención de la MGF en España», apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI) de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de la entidad a la que se atribuye la autoría y no refleja necesariamente la opinión del Ministerio.

© del texto: Fundació Wassu-UAB

© de esta edición: Fundació Wassu-UAB

Edición:

Fundació Wassu-UAB

Edifici Mòdul de Recerca A

Campus Universitat Autònoma de Barcelona

08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

España

Tel.: 93 586 87 99

fundacion.wassu@uab.cat

mgf.uab.cat

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

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Introducción | 4 |
| 1. Metodología | 6 |
| 2. Antecedentes | 9 |
| 2.1 Atención desde la comprensión: el valor de la interculturalidad | 11 |
| 2.2. Compromiso Preventivo: el poder de las firmas y los sellos | 13 |
| 2.3. La réplica en Europa: experiencias en el Reino Unido y Bélgica | 15 |
| 3. Resultados | 17 |
| 3.1. Migrantes | 20 |
| 3.2. Profesionales | 22 |
| 3.3. Responsables de políticas públicas | 25 |
| 4. Discusión | 28 |
| 5. Conclusiones | 34 |
| 6. Referencias bibliográficas | 36 |



INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica tradicional perjudicial, definida por la Organización Mundial de Salud (OMS) como «todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos» (WHO, 2016). De acuerdo a estimaciones de UNICEF, afecta a 200 millones de mujeres en el mundo y 3 millones de niñas están en riesgo de sufrirla cada año (UNICEF, 2016).

La MGF es una forma de violencia de género y una vulneración de los derechos humanos de mujeres y niñas, con graves consecuencias físicas y psicosociales, tal como lo reconocen diferentes instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. Ya en 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), instaba a los Estados miembros a eliminar las discriminaciones mediante el compromiso de «modificar los patrones de conducta sociales y culturales de hombres y mujeres, con miras a lograr la eliminación de los prejuicios y las prácticas habituales y de cualquier otra índole, basados en la idea de la inferioridad o la superioridad de cualquiera de los sexos o en roles estereotipados de hombres y mujeres.» (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979, art. 5).

La prevalencia de esta práctica varía entre grupos étnicos, pero está presente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio y Asia. Con los flujos migratorios, lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial, siendo una realidad en Europa, Estados Unidos de América y Australia, entre otros. Su abandono se convierte en un desafío que, para superar, requiere aunar esfuerzos interdisciplinarios alrededor de todo el globo, de forma transnacional. La perspectiva circular y multisituada se hace indispensable en el contexto actual, donde las migraciones, junto con las tecnologías de la comunicación y el transporte, favorecen la circulación de la información y las personas entre países, resignificando las prácticas culturales tradicionales. Kaplan (1995), actualmente directora de la Fundación Wassu-UAB, fue la primera en desarrollar una metodología circular aplicada entre España y Senegambia, y esta se ha convertido en uno de los pilares del trabajo de investigación, sensibilización y formación realizado hasta la actualidad.

Poner fin a una práctica con fuertes raíces ancestrales no es fácil, y el diseño de los circuitos y herramientas preventivas debería considerar los elementos socioculturales que la rodean, buscando comprender las razones para su continuidad, así como sus significados simbólicos y prácticos. El desarrollo de habilidades interculturales por parte de los/las profesionales de atención primaria debe ser una prioridad para poder abordar adecuadamente este tema, mayoritariamente desconocido, y hacer frente al choque cultural que se puede generar.

En 1998, un grupo de profesionales de atención primaria de la comarca del Vallès Oriental (Barcelona) solicitó asesoría a la antropóloga Dra. Adriana Kaplan durante el acompañamiento preventivo a una familia que debía viajar de vacaciones a Gambia con su hija. Pese a que los padres querían proteger a la niña, después de haber sido sensibilizados por los/las profesionales de la salud y servicios sociales, enfrentarse y cuestionar la autoridad de sus mayores, en una sociedad gerontocrática, no era una buena opción. La solución propuesta fue la elaboración de una carta en la que se explicasen las consecuencias legales para los padres, en caso de que la niña retornara con una MGF. El documento debía estar firmado y sellado por la profesional de servicios sociales que había realizado el acompañamiento. Esta carta eximía a los padres de desafiar a sus mayores, ya que no eran ellos, sino una autoridad externa, quien penalizaba la práctica. La herramienta fue contrastada empíricamente en Gambia con 11 familias, de 6 pueblos diferentes, que viajaban con sus hijas. En todos los casos se obtuvieron buenos resultados, por lo que se empezó a utilizar y difundir entre diversos profesionales e instituciones.

Hace más de 20 años desde que se lanzó la propuesta, hoy llamada Compromiso Preventivo, y han pasado 12 desde que se incorporó en el sistema del Institut Català de Salut (ICS) y en diversos protocolos de prevención de la MGF a nivel municipal, autonómico y estatal. En este punto, se hace



necesaria una evaluación sobre su uso, aplicabilidad e impacto en España, objetivo principal de este trabajo que presentamos.

En el contexto de la prevención y el abordaje de la MGF en España, este estudio se propone evaluar la herramienta del Compromiso Preventivo, después de dos décadas de aplicación. Ha sido realizado por el equipo de investigación de la Fundación Wassu-UAB durante el año 2019, en el marco del proyecto «Diálogo intercultural para la prevención y atención de la MGF en España», apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI) de la Unión Europea.

A través de entrevistas a distintos perfiles de profesionales, representantes de entidades públicas y miembros de comunidades migrantes, además de encuestas y un análisis de los protocolos, guías y pautas existentes en materia de prevención de la MGF, buscamos examinar: a) en qué medida esta herramienta cumple con la finalidad para la cual fue diseñada; b) qué nivel de conocimiento acerca del documento tienen las familias y los/las profesionales; c) qué implica su inclusión en diversos protocolos de actuación; d) cuál es la valoración que hacen quienes a utilizan, y e) qué oportunidades existen para fortalecer y/o mejorar esta herramienta.



1

METODOLOGÍA



El diseño de investigación es mixto, pues combina métodos de análisis cualitativos y cuantitativos. En este sentido, se considera conveniente hacer una exploración desde distintas perspectivas que permitan dar una cobertura detallada de la extensión de su uso, de las narrativas y de las concepciones intrínsecas en su aplicación.

En razón del ajustado cronograma para desarrollar el estudio y alcanzar el objetivo, se ha optado por un diseño concurrente basado en la triangulación (Kroll y Neri, 2009). Aun así, las técnicas cualitativas han tenido un mayor peso, ya que es importante poder esclarecer los discursos que se articulan respecto al uso del Compromiso Preventivo. Se analiza de qué maneras se concibe esta herramienta y con qué finalidad principal los/las profesionales la utilizan. De esta forma, se podrá saber si el impacto del documento varía en función de la voluntad con la que se plantea. Los resultados de la encuesta se contextualizarán con las narrativas recogidas en las entrevistas para interpretarlos. En este sentido, la integración de las distintas técnicas se lleva a cabo tanto en el desarrollo de la metodología como en el análisis de los resultados.

En el diseño de la investigación se tuvieron en cuenta tres principios básicos: flexibilidad, reflexibilidad y circularidad. El diseño ha sido abierto, cambiante y se ha adaptado a diversas situaciones a lo largo del estudio. La reflexión constante durante la ejecución del proyecto ha facilitado la concreción y el desarrollo de la investigación, siempre teniendo en cuenta que cada fase puede modificar la anterior y la siguiente, en un proceso de constante interrelación y movimiento.

Respecto a las técnicas cuantitativas aplicadas, se realizaron encuestas en línea, a través del programa Encuesta Fácil, que simplificó la recogida y el análisis de datos. Para definir la muestra, se utilizaron los contactos establecidos por la Fundación Wassu durante años de trabajo para solicitar la colaboración de profesionales de atención primaria. Se priorizaron los y las profesionales mayoritariamente formados/as para poder asegurar un mínimo de personas que conocían el documento del Compromiso Preventivo y lo habían utilizado. También, se decidió no enviar la encuesta a zonas donde no se usa esta herramienta, para asegurar el funcionamiento adecuado del formulario.

El hecho de realizar las encuestas en línea dificultó el vínculo con las personas participantes y se tuvieron que enviar varios recordatorios por correo electrónico para poder conseguir el número de respuestas deseadas. Aun así, los datos de participación muestran distintos grados de compromiso con el estudio, ya que de 111 personas que realizaron la encuesta, solo el 67 % la cumplimentó en su totalidad.

La muestra de las entrevistas se realizó de forma similar. Se buscaron aquellas personas que conocen el documento para poder recoger información sobre las prácticas desarrolladas y las principales problemáticas detectadas. Para la selección de los/las participantes en esta parte del estudio, se han establecido tres categorías, en función del perfil de la persona entrevistada: migrantes, profesionales de atención primaria y responsables de políticas públicas. Se han considerado estos tres perfiles diferenciados tanto para poder comparar las narrativas y experiencias que circulan como para obtener información complementaria de parte de todos los agentes implicados. Las entrevistas tuvieron una duración media de una hora y se realizaron telefónicamente o por Skype.

Durante la fase interpretativa del estudio, se valoró la posibilidad de desarrollar futuros análisis centrados solamente en uno de los perfiles escogidos para poder profundizar acerca de su rol en la prevención y abordaje de la MGF.

Finalmente, se ha utilizado la técnica de triangulación de datos para analizar los resultados cuantitativos de las encuestas, así como los discursos y debates presentes. Las entrevistas han sido transcritas y la información ha sido codificada y analizada, utilizando el programa de análisis cualitativo QRS Nvivo 12.

Respecto a la distribución territorial de las personas participantes en el estudio, hay una búsqueda sobrerrepresentación de la comunidad autónoma de Cataluña, ya que es en ella donde reside el 30% de la población migrante con origen en países donde se practica la MGF. La siguen Madrid, con el 12,9% del total, y Andalucía, con el 11,3% (Kaplan y López, 2017). Por otro lado, Cataluña fue la



primera región del Estado español en la que se implementó el Compromiso Preventivo, seguida de Aragón, mientras que Madrid y Andalucía, por ejemplo, todavía se encuentran en una fase inicial de toma de contacto con la herramienta.

Tabla 1. Personas encuestadas y entrevistadas por región. Fundación Wassu-UAB

| Personas encuestadas por región | | | Personas entrevistadas por región | | |
|---------------------------------|-----------|------------|-----------------------------------|----|------|
| Cataluña | 42 | 38% | Cataluña | 8 | 53% |
| Andalucía | 24 | 22% | País Vasco | 3 | 20% |
| País Vasco | 8 | 7% | Madrid | 1 | 7% |
| Total parcial | 74 | 67% | Navarra | 1 | 7% |
| Sin respuesta | 36 | 33% | Aragón | 1 | 7% |
| Total general | 110 | 100% | Illes Balears | 1 | 7% |
| | | | Total general | 15 | 100% |

Como se observa en la tabla 1, Cataluña está presente en las encuestas y en las entrevistas. La experiencia de los/las profesionales de Andalucía ha sido recogida, sobre todo, a través de las encuestas, mientras que el País Vasco ha tenido representación en las dos muestras. Las entrevistas realizadas en Madrid, Navarra, Aragón e Illes Balears permiten conocer más la diversidad de territorios y constatar de qué forma les ha llegado el documento del Compromiso Preventivo y qué tipo de uso se le está dando.

Respecto al género, la participación masculina es muy baja, de un 6% en las encuestas, mientras que las personas contactadas en las entrevistas son todas mujeres.



2

ANTECEDENTES



La MGF es una práctica que forma parte del ciclo vital, profundamente arraigada a la cultura de las comunidades que la practican. La edad de realización oscila entre los 0 y los 15 años y, para muchos de los grupos, se trata de un rito de paso dentro del proceso de socialización infantil, sustentado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, identidad étnica y de género, así como reconocimiento social y pertenencia al grupo (Kaplan, 1998; Kaplan et al., 2016).

Respecto a los argumentos para perpetuar la MGF, se mencionan razones de higiene («es más limpio») y estéticas («puede crecer demasiado, como el pene»). También, existe la creencia de que el procedimiento protege la feminidad, la pureza y la virginidad; evita la promiscuidad y garantiza el honor de la familia, asegurando el matrimonio; promueve la fertilidad y evita el nacimiento de niños muertos en las mujeres primigrávidas, ya que es una creencia extendida que si el recién nacido toca con la cabeza el clítoris de la madre al nacer, puede morir o sufrir algún trastorno mental (Kaplan, 1998).

Es importante, además, considerar las consecuencias que comporta la no realización de la práctica. Las mujeres y niñas no mutiladas pueden sufrir marginación, humillación y exclusión, no solo en los lugares de origen, sino también en la diáspora, entendiendo que la MGF representa un enlace con sus raíces familiares y culturales. Negarse a su realización también implica cuestionar la autoridad de los mayores en sociedades fuertemente gerontocráticas, lo cual provoca un conflicto de lealtades entre generaciones (Kaplan, 1998).

La influencia de ciertas campañas para la prevención y el abandono de la MGF, que estigmatizan y no abordan el tema desde una perspectiva holística, sumado a leyes que criminalizan y no incluyen un trabajo de prevención efectivo, ha promovido la ocultación de la práctica. De esta forma, las nuevas tendencias evidencian una reducción en la edad de la intervención, con lo cual se pierde la parte ritual y se convierte en un procedimiento puramente físico. También se percibe un cambio en la tipología, ya que aumenta la MGF de tipo I, con menor extensión anatómica, así como un incremento en la medicalización, es decir, aquella realizada por profesionales de la salud en centros públicos y privados, para asegurar que se lleva a cabo en condiciones sanitarias adecuadas y que se utilizan materiales limpios para prevenir posibles infecciones.

La experiencia de Fundación Wassu-UAB demuestra que un factor clave para lograr cambios de actitud positivos hacia el abandono de la MGF, es el trabajo de sensibilización y prevención con la comunidad migrante desde el conocimiento, la experiencia y el respeto. Las familias en la diáspora son transmisoras de conocimientos y multiplicadoras de información, influenciando las decisiones que se toman en los países de origen.

En este contexto, los y las profesionales de atención primaria, especialmente en salud, se encuentran en un escenario ideal para el abordaje de la MGF desde una perspectiva preventiva: son uno de los primeros servicios a donde acuden las familias; pueden realizar seguimiento y acompañamiento de forma longitudinal en el tiempo; generan relaciones próximas y de confianza y son referentes para las usuarias del sistema sanitario, pudiendo influir de manera eficaz en el proceso de adaptación a las nuevas pautas culturales (Kaplan et al., 2006).

El abordaje profesional se debe adaptar a los distintos escenarios:

1. Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.

El hecho de que a la mujer se le haya realizado una MGF puede considerarse un factor de riesgo en caso de que tenga o vaya a tener hijas. Sería indicado trabajar con ella y la familia para prevenir una realización potencial de la práctica en las niñas, así como atender y cuidar de las complicaciones que pudiera presentar esta mujer.

2. Niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.

No es pertinente realizar actuaciones legales. Que a una niña se le haya practicado la MGF se consideraría un factor de riesgo para las hermanas y, por lo tanto, sería recomendable emprender acciones de intervención preventiva con la familia.



3. Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres, existiendo o no consentimiento de estos.

En este caso debemos realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a la fiscalía de menores. Nos encontramos ante un dilema profesional si no se ha tratado el tema anteriormente con la familia en España.

4. Niñas nacidas en España que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con una MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.

Estrictamente, según la ley, este también sería un escenario para comunicarlo al juzgado. Aunque consideramos que se debería valorar el contexto en cada situación y los factores que pudieran estar interviniendo en la reintegración de estas niñas a su regreso a España.

5. Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos.

No se tiene conocimiento de que la MGF se practique en territorio español desde 1993. En caso de que así fuera, con una valoración previa, se actuaría como en el caso del escenario 3.

6. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.

Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar y que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, han decidido no continuar con la realización de la práctica a sus hermanas nacidas en España. En este caso, es importante tener en cuenta los sentimientos de culpabilidad, rabia o traición que se pueden generar, tanto en la madre como entre las hermanas. En algunos casos, se puede ofrecer un acompañamiento psicológico o derivar a la familia a otro servicio para tratar estos temas.

7. Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

Los padres y las madres adoptivos desconocen en general este hecho. Cuando desde pediatría se descubre que la niña de origen africano ha sufrido una MGF, suelen vivirlo con angustia. Se recomienda ofrecer acompañamiento profesional a estas familias.

2.1. Atención desde la comprensión: el valor de la interculturalidad

La globalización, los flujos y procesos migratorios suponen la coexistencia de formas diversas de entender la salud, la enfermedad, los cuidados y lo que es, o no, perjudicial. Los y las profesionales de atención primaria, especialmente del ámbito sanitario, atienden cada día en sus consultas a usuarios/as extranjeros/as, cuyas prácticas, valores, códigos y sistemas médicos de origen difieren de los locales. Como puede pasar con la MGF, esta situación, en muchos casos, conlleva dificultades y tensiones que generan incertidumbre e inseguridad respecto a la forma adecuada de trabajar ciertos temas (Muñoz Martínez, 2010; Perdiguero, 2006).

Kaplan et al. (2006) identifican un conjunto de dificultades implícitas en el abordaje preventivo de la MGF. En el caso de las familias, encontramos conflictos de lealtades con el origen; incertidumbre jurídico-administrativa; mito de retorno al país de origen; el hecho de no percibir la MGF como un problema prioritario; violencia simbólica en relación con sus costumbres, difundida por los medios; barrera idiomática, y/o escasos recursos para la mediación.

En cuanto a los y las profesionales, se presenta el desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica; el temor e inseguridad en el momento de tratar el tema desde el diálogo y el respeto; los dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención; la escasa formación para el abordaje transcultural; la falta de recursos de asesoramiento; el dilema de la criminalización-estigmatización frente a la integración; la sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo, así como también una barrera idiomática (Kaplan et al., 2006).



«En este contexto [...] las estrategias y acciones en salud no pueden quedar sujetas a una visión simplista y estática de la sociedad. Lo anterior determina no solo reconocer la complejidad de este contexto multicultural, sino también lo que demanda para fomentar acciones que permitan la participación e interacción armónica entre las comunidades y los equipos de salud, a partir del significado y comprensión de la diversidad.»

Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra, y Silva-Fernández, 2019: 5

Guilherme y Dietz (2014) plantean la interculturalidad como un modelo integral para atender la diversidad cultural. Esta es entendida como una estrategia sociopolítica propositiva, que se manifiesta en acciones tendentes a reconocer posibilidades y riquezas en la diferencia, con el fin de transformar los marcos estructurales que originan la inequidad política, socioeconómica y cultural. Dentro de este modelo, y en particular dentro del ámbito sanitario y de los servicios sociales, la competencia cultural sería un factor clave para enfrentar la desigualdad en la atención en poblaciones multiculturales (Betancourt, Corbett, y Bondaryk, 2014; Betancourt, Green, Carrillo, y Ananeh-Firempong, 2003).

El concepto de competencia cultural surge en el mundo anglosajón durante la década de los 70, para dar respuesta a los problemas que surgen en la relación entre inmigrantes y profesionales de la salud, debido a los tratos discriminatorios que se reportaban durante la prestación de servicios públicos. «La competencia cultural es, en esencia, un proceso de aculturación (cambios) en las sociedades (culturas) dominantes (de acogida) para alcanzar la igualdad intergrupala» (Martín, Martínez, y Martínez, 2014: 40).

Cualquier encuentro entre usuarios y prestadores de salud o servicios sociales, cuando ambas partes se identifican con grupos socioculturales diferentes, puede ser considerado un encuentro intercultural (Pedrero, Bernal, y Pérez, 2018). En este contexto, para que las intervenciones del sistema de atención primaria pública sean eficientes, es necesario considerar factores culturales, socioestructurales, personales y situacionales de los y las usuarios, afrontando la realidad de que, en un mismo espacio de atención, existen ciudadanos diversos con sus propias interpretaciones ante una misma interacción (Martín et al., 2014).

Siguiendo lo anterior, se hace necesaria una valoración cultural, que no es únicamente la recogida de información sobre los y las pacientes, sino un proceso que permita conocer más en profundidad a las personas, abriendo la posibilidad de establecer relaciones de confianza a largo plazo. La valoración cultural es definida por Leininger (1978) como un examen sistemático de los valores, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades, con el objetivo de determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto.

Veliz-Rojas et al. reflexionan en torno a las ideas de Garita-Pulido (2014):

«El modelo de la interculturalidad conlleva una posición epistemológica que considera lo diverso como un aspecto positivo, como fuente de desarrollo personal y social, al apostar por una construcción de sociedades más equitativas y participativas, por lo tanto, la perspectiva de interculturalidad en salud no puede ser reducida a la atención de las necesidades de grupos que sean objeto de exclusión social, sino que apunta a una transformación que busca el tránsito de una dinámica social, movida por la dominación y negación de las diferencias culturales, a una dinámica que promueva estrategias en salud que faciliten la afirmación identitaria, el acercamiento y la interacción efectiva entre las comunidades y los equipos de salud en equidad de condiciones.»

Veliz-Rojas et al., 2019: 5

Sin embargo, es importante señalar que este modelo no pretende validar o justificar toda práctica ajena. Como sucede con la MGF, la comprensión entre culturas no debe estar exenta de crítica cuando hablamos de prácticas que vulneran los derechos y la dignidad humana. Por otra parte, el aprendizaje y desarrollo de habilidades interculturales requiere, además, un esfuerzo por reconocernos como sujetos portadores de cultura y sus implicaciones prácticas y ser conscientes de los pro-



pios estereotipos y prejuicios. De lo contrario, se corre el riesgo de practicar una imposición cultural de nuestras creencias, valores y patrones de conducta por encima de otras culturas (Leininger, 1999).

La realidad multicultural de los contextos en que se ejerce la atención sanitaria en los servicios de atención primaria, exige incorporar, en el cuerpo de conocimientos profesionales, modelos integradores que permitan sustentar la praxis en salud desde una perspectiva integradora y holística para alcanzar un mayor bienestar.

Algunos de los beneficios de construir competencia cultural son: (1) aumenta el respeto y entendimiento mutuo entre los/las involucrados/as e involucradas; (2) aumenta la creatividad para resolver problemas a través de nuevas perspectivas, ideas y estrategias; (3) aumenta la participación y colaboración de otros grupos culturales; (4) aumenta la confianza y cooperación; (5) ayuda a superar el miedo a cometer errores, a la competición o al conflicto. Entender y aceptar otras culturas probablemente haga que todo el mundo esté más cómodo y disminuya la posibilidad de que se sientan superior a otros grupos, y (6) promueve inclusión e igualdad (Brownlee y Lee, 2013).

La competencia cultural trata, en definitiva, de un proceso de cambio, de transformación profunda de organismos, entidades, profesionales, ciudadanos/as, políticas y programas que supone una defensa de los/las menos favorecidos/as en razón a su pertenencia étnica, género, clase social, etc. Es un empoderamiento de las personas para participar en las decisiones que incumben a su vida, el derecho a ser tratadas adecuadamente sin prejuicios por su ascendencia, y una promoción de la igualdad y el valor de las personas en sí mismas (Papadopoulos, Tilki y Taylor, 1998).

2.2. Compromiso Preventivo: el poder de las firmas y los sellos

En 1998, un equipo de profesionales de distintos servicios de la comarca del Vallès Oriental (Cataluña) se enfrenta a una compleja decisión: dejar marchar, o no, a una familia con su hija pequeña de vacaciones a Gambia. Tanto el padre como la madre habían sido sensibilizados a lo largo de la vida de la niña y querían proteger a su hija de la MGF, decisión en la que confiaban tanto los servicios sociales como la pediatra y la enfermera en contacto con la familia. Sin embargo, los padres también manifestaban el temor y la dificultad que les generaba enfrentarse a sus mayores, sobre todo a las abuelas, quienes toman las decisiones respecto a la realización de la práctica, como custodio de la tradición.

La Dra. Adriana Kaplan, antropóloga con un extenso trabajo de campo desde 1987 sobre migraciones senegambianas en Cataluña, fue contactada para brindar asesoría:

«Les comenté que la palabra de la familia tenía mucho valor, ya que habían argumentado con firmeza que no querían mutilar a la hija y, además, manifestaron honestamente, la preocupación de enfrentarse a sus mayores y el conflicto de lealtades que esto les generaba con el origen. Como fruto del trabajo etnográfico realizado en África desde 1989, surge la idea de poder hacer una carta, o un documento o un texto, preparar alguna herramienta que pudiera ser de utilidad, con el logo de los servicios sociales, o el de salud o del Ayuntamiento. La idea era que fuese escrita a máquina, con sello, firmada... es decir, que fuera oficial y tuviera presencia. Podía estar escrita en castellano, si los padres lo entendían mejor, y también en inglés.»

Entrevista a Adriana Kaplan. Barcelona, noviembre de 2019

Siguiendo la propuesta de Kaplan, el contenido del documento se dividió en tres apartados, estructura que aún mantiene en la actualidad, con distintos formatos. En el primero, constan los datos personales de la niña, donde se deja constancia que es una niña escolarizada, que ha seguido el Protocolo del niño/a sano/a y que, en definitiva, certifica que sus padres cuidan de su bienestar, salud y educación. A continuación, en el siguiente párrafo, se explica el marco legal de la MGF en el



Estado español, que tipifica su realización como un delito de lesiones, con penas de entre 6 y 12 años de prisión para los progenitores o responsables, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de menores, aunque sea realizada fuera de España.

En el tercer apartado, se certifica que la niña no presenta lesiones en sus genitales. Además, declara haber informado a la familia o responsable de los riesgos legales, sociosanitarios y psicológicos que supone la práctica, junto con la entrega de recomendaciones sanitarias para el viaje (seguir la profilaxis de la malaria, vacunación, beber agua embotellada o hervida para prevenir problemas gastrointestinales, entre otras). Por otro lado, la persona responsable de la niña declara haber sido informada de lo anterior y se compromete a cuidar de la salud de su hija durante la estancia en el extranjero, a evitar su mutilación genital y a llevarla a una revisión pediátrica al regreso del viaje (Kaplan y GIPE/PTP, 2006, 2010, 2017).

El prototipo de Compromiso Preventivo tuvo buenos resultados, la familia viajó y la niña volvió intacta.

«Se entrevistó a la familia para ver qué tal había funcionado. Dijeron que, en realidad, las abuelas no saben leer, pero que se les enseñó la carta y la presencia de sellos, de logos, etc., tuvo peso».

Entrevista a Adriana Kaplan. Barcelona, noviembre de 2019

A partir de esa experiencia, algunas pediatras informaron a la Dra. Kaplan de 11 familias de 6 pueblos diferentes que viajarían a Senegal y Gambia, con la idea de contrastar empíricamente el documento. Kaplan realizó el seguimiento, visitó a las familias durante el viaje, estudió cómo lo utilizaban y comprobó su efectividad. El documento no solo eximía a las familias de ser quienes cuestionaban a sus mayores y evitaba que mutilaran a las niñas, sino que también tenía un efecto multiplicador: otras madres y mujeres de los poblados preguntaban qué era el documento, su contenido, pedían que se les explicase. Se propagaba la información que los/las profesionales habían entregado a las familias en el trabajo de sensibilización. Esta validación dio paso a la implementación del uso del documento en la comarca del Vallès Oriental (Barcelona).

En 2006, el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), elabora para el Institut Català de la Salut (ICS), máximo proveedor de salud en Cataluña, una nueva versión del Compromiso Preventivo,¹ con el logo de la entidad y en formato jurídico, destinado a ser utilizado principalmente en los servicios de pediatría. Asimismo, se elaboró el primer manual (único en España) la guía para profesionales *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció* (ICS, 2006) en su versión extensa y resumida, acompañada de un desplegable para trabajar en intervención preventiva con familias desde los servicios de atención primaria.

Actualmente, el Compromiso Preventivo es una herramienta que ha sido integrada en el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) a nivel estatal, y en diversos protocolos autonómicos y municipales que se analizarán en el apartado de resultados. Está disponible tanto para profesionales como para familias que viajan a sus países de origen.

La Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo² (Fundación Wassu-UAB, 2019) vincula el uso del documento con el trabajo de prevención y hace especial énfasis en que la firma de la carta no es un fin en sí mismo, sino que es parte del proceso de sensibilización a realizar por el/la profesional con las familias y no el primer elemento de contacto.

1 Disponible en: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/mutilacions_extensa.pdf

2 La primera guía fue redactada por el GIPE/PTP en 2006, que acompañaba los materiales producidos para el ICS, y en 2019 es reeditada por la Fundación Wassu-UAB en formato impreso y digital (ver el anexo II: *Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo*).



Otros aspectos a destacar:

- Hace referencia a la necesidad de desarrollar intervenciones efectivas en diversos niveles (comunitario, religioso, político, etc.), con la participación interdisciplinar de los diversos colectivos profesionales implicados.
- Subraya la importancia de evitar, con un abordaje apropiado, la judicialización de los casos de riesgo, ya que ello comporta la confrontación de derechos fundamentales de las personas. Las resoluciones, en muchos casos, pueden acabar desestructurando los entornos familiares, generando una doble victimización de las niñas afectadas: por la tradición y por la ley.
- La obtención del Compromiso Preventivo no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.
- La aceptación y la firma son voluntarias para la familia. La carta es propiedad de los padres o tutores de la menor y debe tener el mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de documentación de la historia clínica.

Si bien una copia del documento es guardada por el o la profesional responsable de la atención a la niña o a la familia, quien lo marca en un registro, no hay una base de datos compartida a nivel estatal que permita identificar el número y el lugar de las intervenciones preventivas realizadas y sus resultados. Esto permite que ocurran descoordinaciones entre los servicios de atención primaria y que diferentes profesionales soliciten a las familias o responsables la firma del documento.

«El problema que hubo con esto es que todo el mundo lo empezó a usar. Entonces lo daba la trabajadora social, la pediatra, iban a Medicina Internacional y también se los daban... A ver, aquí hace falta coordinación y si ya lo ha dado la pediatra, o la trabajadora social del centro, es que no hace falta... En todo caso, que les pregunten a las familias, [...] no atosigar ni aturdir con el Compromiso Preventivo, que es un poco lo que pasó».

Entrevista a Adriana Kaplan. Barcelona, noviembre de 2019

2.3. La réplica en Europa: experiencias en el Reino Unido y Bélgica

La idea del Compromiso Preventivo, pionera, ha sido replicada tanto en el Reino Unido como en Bélgica, donde se les conoce como *Passport* (pasaporte), aunque con variaciones.

En el Reino Unido, el nombre oficial del documento es *Statement opposing female genital mutilation*³ (Declaración de oposición a la mutilación genital femenina), al que también se refieren como *Health Passport* (pasaporte de salud). El Gobierno publicó el documento en noviembre de 2012 y, hasta diciembre de 2016, se han realizado adaptaciones en distintos idiomas: inglés, galés, turco, urdu, farsi, francés, somalí, suahili, árabe, amhárico y tigríña.

La Declaración define qué es la MGF y cuál es la legislación con las sanciones involucradas, además de proporcionar contactos de entidades que pueden brindar ayuda y apoyo a las mujeres víctimas de la MGF y a niñas en riesgo, tanto en el extranjero como en el Reino Unido.

En este caso, el documento puede ser descargado e impreso por cualquier persona, no hace falta firma ni que lo entregue un/a profesional que haya realizado trabajo de sensibilización y prevención. La recomendación por parte del Gobierno es llevar la declaración en todo momento cuando se vaya al extranjero para presentarlo a la familia.

3 Ver en: <https://www.gov.uk/government/publications/statement-opposing-female-genital-mutilation>



En Bélgica, el pasaporte *Stop FGM*⁴ (alto a la MGF) fue presentado en 2015. Está destinado a clínicas de viaje, centros de vacunas y servicios de primera línea cuando se enfrentan a la mutilación genital femenina. Tal como en el Reino Unido, está disponible en diferentes idiomas: francés, neerlandés, inglés, fula, suahili, árabe, somalí, afar, mosi y mandinka.

Esta herramienta fue financiada por el Instituto para la Igualdad entre Mujeres y Hombres y el Servicio Público Federal de Asuntos Exteriores, y su diseño estuvo a cargo de INTACT, entidad que trabaja para el abandono de la MGF, en colaboración con el Servicio Público Federal (SPF) de Justicia, el SPF de Salud y el SPF de Asuntos Exteriores.

A diferencia del modelo británico, quienes deseen el documento, que tiene las dimensiones de un pasaporte real, deben solicitarlo en las oficinas de INTACT o de *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines* (SC-MGF). El contenido incluye, también, un recordatorio de la prohibición penal, la definición de la MGF, sus consecuencias para la salud de niñas y mujeres, el derecho internacional y el penal en Bélgica, además de contactos en caso de riesgo tanto en Bélgica como en los países de origen.

4 Ver en: <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/en/tool/stop-fgm-passport/>



RESULTADOS



La tabla 2 resume, a modo general, todos los protocolos y guías relacionados con la prevención y abordaje de la MGF realizados por instancias oficiales e institucionales. Algunos de ellos han sido encargados a organizaciones no gubernamentales que trabajan específicamente en el tema, como se puede comprobar en la bibliografía. El estudio se ha centrado en el ámbito autonómico, porque es donde se ha encontrado más variedad y diversidad de herramientas, pese a que, como ya se ha comentado anteriormente, en España existe el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), que incluye el documento del Compromiso Preventivo y su guía de uso.

En las distintas comunidades autónomas (CCAA) hay una diversidad de situaciones. La mayoría de ellas (12 del total de 17) tienen protocolo o guía sobre el tema, aunque las formas y el contenido varían entre ellas. Asturias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y las Islas Canarias son los territorios que no tienen un protocolo propio. De las restantes, se observan dos grandes grupos: las que tienen un protocolo anterior al estatal (del 2015) y las que lo tienen posterior. Esta diferencia permite detectar las comunidades autónomas del territorio español con más experiencia con el tema y aquellas que todavía se encuentran en una fase inicial. Andalucía, Aragón, Cataluña y Comunidad Foral de Navarra son los territorios donde hace más tiempo que existen protocolos. Aunque eso no es significativo del punto de implementación en el que se pueden encontrar, sí les entrega un bagaje en el abordaje del tema a nivel de políticas públicas.

También hay provincias como Girona y Albacete y municipios como Tarragona y Málaga que tienen protocolos de actuación propios. Otras ciudades, como Badalona o Santa Coloma de Gramenet, en Cataluña, cuentan con programas de formación y sensibilización que abordan el tema de una forma más completa e integral, trabajando con los distintos actores implicados. El gran número de municipalidades que hay en España hace necesario un estudio exhaustivo dedicado únicamente a este aspecto.

Es significativo el caso del *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* editado por la Generalitat de Cataluña en 2007, por el Departament d'Acció Social i Ciutadania y la Secretaria per a la Immigració. En este, se hace referencia al Compromiso Preventivo pero no se hace una explicación detallada del documento, ni de cómo presentarlo ni de cómo usarlo. Se pide a los y las profesionales de la salud que, ante un viaje de la familia al país de origen, pidan al padre y a la madre la firma de un compromiso de no mutilación, que quede por escrito. Este planteamiento convierte la herramienta, pensada para ser útil para las familias en el país de origen, en un trámite burocrático indispensable para poder realizar el viaje. Este uso claramente punitivo va en contra de la necesidad por la cual surgió, y genera una obligatoriedad ficticia (ya que el documento no tiene validez legal) para la familia. Para revertir estas situaciones es indispensable realizar sesiones de formación sistemáticas a los/las profesionales de atención primaria. El Compromiso Preventivo no se puede entregar *in extremis*, antes de un viaje de la familia; debe ser parte de un proceso de sensibilización y prevención holístico, que tenga en cuenta todos los factores que entran en juego.

Algunos protocolos, como el de las Illes Balears, incorporan dos tipos distintos de Compromiso Preventivo, uno genérico y uno para firmar antes de un viaje, siguiendo las indicaciones establecidas en el protocolo nacional. En otros, se plantea su firma como un paso indispensable del trabajo de prevención, a desarrollar por el/la profesional de la salud. «[...] Será el profesional de trabajo social del Centro de Salud de Atención Primaria el que programe una cita médica para firmar el documento de Compromiso Preventivo, que será incluido en el historial clínico, y remitido posteriormente a Educación y a la DGJI.» (Protocolo de La Rioja).

En el protocolo de Murcia, en el diagrama de actuación en caso de riesgo inminente (un viaje), aparece la firma del Compromiso Preventivo como elemento decisivo para comunicar, o no, el caso al juez de guardia y la necesidad de remitir la Hoja de maltrato infantil al Servicio de Protección de Menores. Este planteamiento se repite en la mayoría de los protocolos y, aunque en algunos se hace hincapié en la necesidad de intervenciones preventivas interculturales y respetuosas con las familias, estas aclaraciones pueden pasar fácilmente desapercibidas, sin haber dado una formación previa a



Tabla 2. Protocolos sobre la MGF en las CCAA de España. Fundación Wassu-UAB

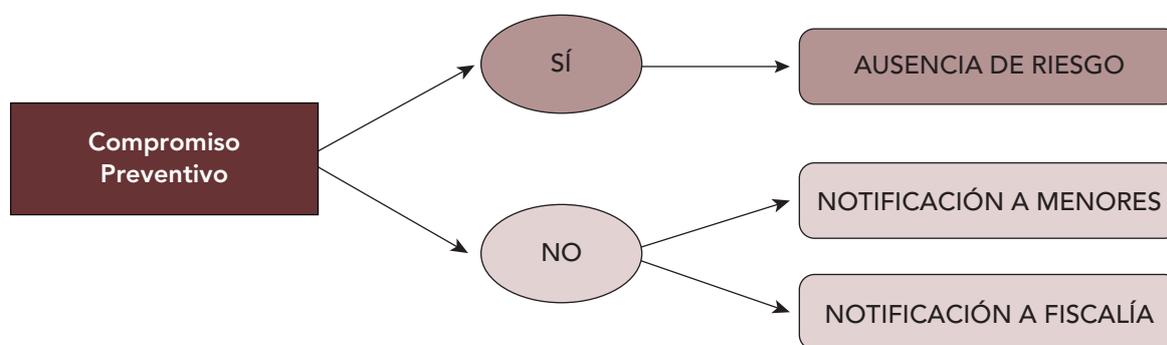
| Ámbito | Lugar | Institución | Manual | Protocolo | Compromiso Preventivo | Guía de uso del Compromiso Preventivo |
|------------|--|---|-----------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Estatal | España | Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad | No | Sí (2015) | Sí | Sí |
| CCAA | Andalucía | Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales | Sí (2017) | Sí (2015) | Sí | Sí (en la guía) |
| | Aragón | Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la Mujer | Sí (2004) | Sí (2011 y 2016) | Sí | Sí |
| | Principado de Asturias | | No | No | | |
| | Illes Balears | Gobierno de las Illes Balears (GOIB). Conselleria de Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació | No | Sí (2017) | Sí | Sí |
| | Canarias | | No | No | | |
| | Cantabria | | No | Previsto para el 2019 | | |
| | Castilla-La Mancha | Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha | No | Sí (2017) | Sí | No |
| | Castilla y León | | No | No | | |
| | Cataluña | Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració | Sí (2004) | Sí (2007) | Sí | No |
| | Comunidad Valenciana | Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública | No | Sí (2016) | Sí | No |
| | Extremadura | Junta de Extremadura. Asociación de Derechos Humanos de Extremadura (ADHEX) | No | Sí | Sí | No |
| | Galicia | | No | No | | |
| | La Rioja | Gobierno de La Rioja | No | Sí (2017) | Sí | Sí |
| | Comunidad de Madrid | Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de la Mujer | Sí (2017) | No | Sí | Sí |
| | Región de Murcia | Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud | No | Sí (2016) | Sí | Sí |
| | Comunidad Foral de Navarra | Gobierno de Navarra. Instituto Navarro para la Familia e Igualdad | No | Sí (2013) | Sí | No |
| País Vasco | Gobierno Vasco. Departamento de Salud, Osakidetza y Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer | Sí (2016) | No | Sí | No | |
| Provincias | Girona | | No | Sí (2003 y 2006) | No | No |

los y las profesionales. La simplificación de los pasos a seguir en la prevención de la MGF convierte el documento en un elemento fiscalizador que, en algunos casos, puede condenar a las familias por un delito que no han cometido. La información no se explica de forma breve y se simplifica con diagramas que terminan por dicotomizar las decisiones y olvidar el contexto de cada caso, esencial para poder tomar el camino adecuado.

Un ejemplo es el de Andalucía, en el que se remarca que el Compromiso Preventivo es un documento que sirve para reforzar la decisión de los padres cuando viajan al país de origen, pero, a la vez, se usa como una herramienta punitiva en caso de no querer firmarlo: «Se comunicará al Servicio de Protección de Menores si la actitud es firme a favor de la MGF y, en caso de negativa de firma del Compromiso Preventivo, se realizará una notificación URGENTE al Servicio de Protección de Menores (anexo 20)».

El protocolo de Aragón establece que «En caso de negativa de la firma del Compromiso Preventivo, o de no acudir a la revisión pediátrica tras el retorno del viaje, realizar notificación urgente al Servicio Especializado de Protección de Menores».

Figura 1. Extraída del Protocolo de Extremadura.



En el diagrama que se presenta en el Protocolo de Extremadura (figura 1), vemos cómo se produce el proceso por el cual el documento se convierte en una herramienta punitiva, a través de la cual se quiere objetivar un riesgo que se debería observar de otra manera, teniendo en cuenta muchos otros factores.

Esto puede comportar una comprensión errónea por parte del/la profesional, quien puede ver como obligatoria e indispensable la firma del documento, creado, en sus inicios, como una herramienta de uso opcional y voluntaria por parte de las familias. Vemos la importancia de difundir el Compromiso Preventivo acompañado de su guía de uso, que permite revertir esta situación de confusión.

3.1. Migrantes

Se han entrevistado a cinco mujeres migrantes de distintos orígenes, residentes en diferentes capitales autonómicas y una provincia. Los países de origen son Gambia, Senegal, Guinea-Bisáu, Guinea-Conakri y Somalia, mientras que las ciudades de residencia son Girona (en dos de los casos), Barcelona, Navarra y Madrid.

A través de sus experiencias se analiza que el uso y la efectividad del Compromiso Preventivo varía en función de la sensibilización hecha por parte de los/las profesionales que lo presentan y de la finalidad con que lo hacen. Todas ellas valoran positivamente la herramienta, pero hacen hincapié en el hecho de que la firma no ha de ser obligatoria, ya que puede generar el efecto contrario. La utilidad del documento la relacionan con la formación de los/las profesionales, que les capacita para explicar y profundizar en la sensibilización sobre el tema y responder a las preguntas de los padres y madres.



En Salt (Girona), las mujeres conocen el documento y entre la comunidad circula este tipo de información. Por este motivo, a veces son las mismas mujeres las que lo solicitan a su profesional de salud. Por otro lado, se constata que no todos los/las profesionales explican el significado y el buen uso de este documento que, a veces, se vuelve una herramienta punitiva.

«Es una herramienta que tiene que ir más allá de donde está llegando hasta ahora, no tiene que ser una prohibición, sino que tiene que facilitar la información a las familias. Hasta ahora, el Compromiso Preventivo funciona, pero desde el punto de vista punitivo y lo que pasa es que al final las familias lo firman por obligación. El problema es que no se está haciendo un trabajo de sensibilización. El Compromiso Preventivo se ha convertido en una herramienta obligatoria porque, si no lo quieren firmar, el caso se lleva a Fiscalía. Y muchas veces en esta negativa de firma hay un tema de desinformación y de orgullo del hombre africano que dice "No pienso firmar nada." Y esta afirmación no quiere decir que quiera mutilar a sus hijas, sino que es una respuesta al tipo de intervención que se ha realizado. Las familias sienten que el profesional va en contra de su cultura, se sienten heridos en su dignidad.»

Mujer senegalesa residente en Salt

La migrante de Guinea-Conakri residente en Barcelona es la más negativa en la evaluación del documento. Le parece que puede ser útil pero que actualmente no está funcionando como es debido. Ella no conoce casos de éxito, sino que las familias que conoce que han firmado el Compromiso Preventivo lo han hecho para poder viajar y, una vez allí, han realizado la MGF a sus hijas, que no han regresado a España. En este sentido, vemos que la firma del documento no se puede entender como una garantía de éxito total. Si no se hace una sensibilización adecuada, la efectividad del documento no solamente se pierde, sino que puede ir en contra del objetivo básico de prevención.

«He visto a niñas que los padres han firmado sobre la ley, se han ido y las niñas se han quedado allí y no han vuelto. Esto duele. Si queremos un buen futuro para las niñas, aquí tendrán más oportunidades. No debemos dejar las niñas allí. Si se hace la mutilación a las niñas cuando están allí, ya no vuelven porque el padre o la madre saben que van a la cárcel. No vuelven las niñas. Cuando se case, cuando tenga la mayoría de edad ya volverá. Montón de españoles han nacido aquí, como españoles, catalanes, han nacido aquí y se han quedado allí. No vuelven. Montón, montón de casos. No vuelven.»

Migrante de Guinea-Conakri residente en Barcelona

La experiencia de Navarra es la más satisfactoria. El documento del Compromiso Preventivo se ofrece en distintos idiomas, que incluyen las lenguas de origen de las principales comunidades migrantes de la zona, como el bambara y el peul. En la explicación del documento, normalmente, también participa la mediadora cultural, que se encarga de hacer la sensibilización sobre los aspectos tradicionales relacionados con la MGF. El o la pediatra explica las cuestiones de salud. La aceptación ha sido muy buena. Aunque algunas familias en un primer momento lo han sentido como una discriminación, la participación de la mediadora ha ayudado a reducir esta sensación. No se plantea como obligatorio, pero todas las familias lo usan y tiene efectividad: conocen 15 casos, solo en 2018, donde se ha firmado y las niñas han regresado intactas después del viaje.

«Si no quiere firmar, no pasa nada. Pero te informamos. Te hemos informado, si tú vas a tu país y pasa cualquier consecuencia es tu responsabilidad, ya lo sabes. Pero no tenemos problemas, todas las familias aquí firman. Todas. Porque ya estamos haciendo, antes de ir de vacaciones, nosotras ya estamos en diferentes grupos, trabajando con ellos y ellas y entonces ya saben. Entre ellos mismos, cuando uno dice "Me voy de vacaciones", otro le dice "Es mejor ir a pedir el certificado para ir de vacaciones." Hablan entre ellos.»

Migrante de Guinea-Bisáu residente en Navarra, mediadora



Finalmente, en Madrid, todavía se encuentran en una primera fase en la que es importante difundir la herramienta. Los y las profesionales empiezan a conocerla, pero la persona entrevistada nos cuenta que cree que no se está usando en el trabajo con las familias. En este contexto, todavía nos encontramos con una infradetección de los casos de riesgo, problemática detectada de forma más puntual también en otras regiones.

«No se utiliza, pero no por estar en contra del documento, sino porque previamente no hay un trabajo entre los centros de salud que haga que los pediatras, que los ginecólogos durante la prevención... En este tramo tiene que haber una lucecita que se le alumbre al médico para que diga "¡Uy, aquí puede haber un riesgo!". Y estamos en esa fase, esa lucecita no se enciende porque no hay esa formación previa suficiente. Ni hay ese protocolo de actuación conjunta suficientemente difundido.»

Migrante de Somalia residente en Madrid, activista contra la MGF

Los principales problemas y dificultades, detectados por las migrantes entrevistadas, son el arraigo cultural de la práctica y la falta de recursos para realizar prevención con una perspectiva circular, es decir, teniendo en cuenta los países de origen, donde la problemática es mayor. En muchos de ellos la legislación prohíbe la práctica, pero las mujeres remarcan que aun así se sigue realizando. La sensibilización no llega a los pueblos y la gente no denuncia a sus familiares ni a sus vecinos. Hay problemas de acceso a los recursos sanitarios, tanto en origen como en España, ya que muchas mujeres viven la sexualidad como un tema íntimo y no quieren acudir al médico para hablar de esto. Este tipo de cuestiones culturales se tienen que tener en cuenta a la hora de diseñar los programas de atención a las poblaciones migrantes.

Se reclaman más recursos, ya que hay un gran volumen de trabajo de sensibilización que se está haciendo de forma voluntaria y no se puede dedicar el tiempo apropiado. Por otra parte, se pide más formación para los y las profesionales; que se registre de forma adecuada el trabajo de sensibilización y el riesgo de las niñas a sufrir MGF, para poder actuar de manera coordinada. La situación de las familias refugiadas o migradas es precaria y se tienen que atender sus necesidades en un sentido global, más allá de la MGF. En esa línea, se reivindican mejoras en el acceso a la vivienda y al mercado laboral, así como servicios de atención psicológica para las mujeres que ya han sufrido la MGF.

Sobre las estrategias desarrolladas para trabajar el tema, destacan los grupos de apoyo mutuo entre mujeres migrantes, donde pueden contar de forma confidencial sus experiencias y romper el tabú. Ofrecer servicios que puedan ser de interés para esta población puede ser una manera de empezar a crear esta red, más o menos formal en función del caso. Utilizar recursos de mediación y traducción, buscar un momento tranquilo en la consulta de pediatría para hablar del tema o aprovechar los cursos de salud materno-infantil, podrían ser otras opciones aplicables a corto plazo.

Finalmente, se remarca la importancia de elaborar materiales que sean visuales, teniendo en cuenta que hay mujeres que no saben leer ni escribir.

3.2. Profesionales

En esta categoría se han entrevistado a cinco personas de distintos ámbitos profesionales. Dos enfermeras pediátricas de Badalona, una ginecóloga y una médica de promoción de la salud de Bilbao y una trabajadora social de Zaragoza.

Todas ellas conocen el Compromiso Preventivo y lo han utilizado de alguna forma en función de sus responsabilidades. Las enfermeras pediátricas explican que ellas lo utilizan como una herramienta totalmente opcional para las familias y después de un trabajo de sensibilización en profundidad.



Una de ellas destaca la buena relación que ha podido establecer con sus familias y la confianza mutua. En este sentido, es interesante explicitar que en los últimos años algunas familias dicen que no necesitan el documento porque se sienten empoderadas para explicar la situación ellas mismas. La sensibilización que hacen queda registrada en la historia clínica de la niña y el hecho de tener una población reducida les permite mantener un trato personal.

«Este es un papel más para ellos, más de protección cuando van al país de origen, frente a los familiares, ¿no? A ellos les sirve allí, para contar “No lo hagáis porque mirad allí...”. Ahora, últimamente, no lo hacemos firmar porque la relación paciente-personal sanitario aquí es tan bueno que yo, últimamente, los que han ido y han vuelto, hemos hecho la revisión y no han necesitado el papel. Me dicen “No, no, tranquila, los abuelos lo tienen muy asumido.”»

Enfermera pediátrica de Badalona

La ginecóloga de Bilbao considera que es una herramienta muy útil, que se ha integrado correctamente dentro del protocolo y el sistema y que da buenos resultados, ya que descarga a las mujeres de las presiones familiares. Por otro lado, la médica que trabaja en educación para la salud remarca el trabajo que se está desarrollando actualmente para mejorar la coordinación entre los centros escolares y los servicios de atención primaria, especialmente antes de un viaje de la familia al país de origen. Se considera útil para los profesionales porque constata el trabajo preventivo realizado y se reconoce que en algunos casos puede no ser suficiente para manejar la situación.

«Por la experiencia que hemos tenido este año, yo creo que para ellos es importante, porque es un arma o una fuerza que pueden llevar allí. Por otro lado, en determinados momentos o comunidades puede que no sea suficiente para poder manejar la situación.»

Médica de promoción de la salud en Bilbao

En Aragón existe un problema con la recogida de información. Se sabe que se está utilizando el documento y que se han dado casos satisfactorios, pero no se conocen los datos generales. La trabajadora social remarca la importancia de trabajarlo adecuadamente y evitar que se convierta en una herramienta de persecución. Piensa que es útil para las familias, pero también conoce familias que han firmado el documento y después las niñas no han regresado del país de origen.

«Yo estoy a favor del Compromiso Preventivo. Me parece que, si se trabaja bien, no solamente en la parte de fiscalizar de “Si no firmas esto, no te vas.” Si se trabaja también como algo que puede servir en los países de origen y entienden bien la información y se consigue que antes de un viaje se haya hecho la parte preventiva, creo que todo eso ayuda. Ahora, si no se maneja bien el Compromiso también me parece un poco peligroso ¿sabes? La gente se pone como en contra. [...] Te puedo decir que ha habido familias que han firmado y no han vuelto, niñas que no han vuelto. Porque yo creo también que las familias tienen sus propios mecanismos de saltarse las normas. Entonces, yo creo que dentro de la casuística de usar el Compromiso está esa que “Yo voy a firmar, pero luego mi niña no va a volver.” Pero bueno yo entiendo que también pues es una parte de las posibilidades.»

Trabajadora social en Zaragoza

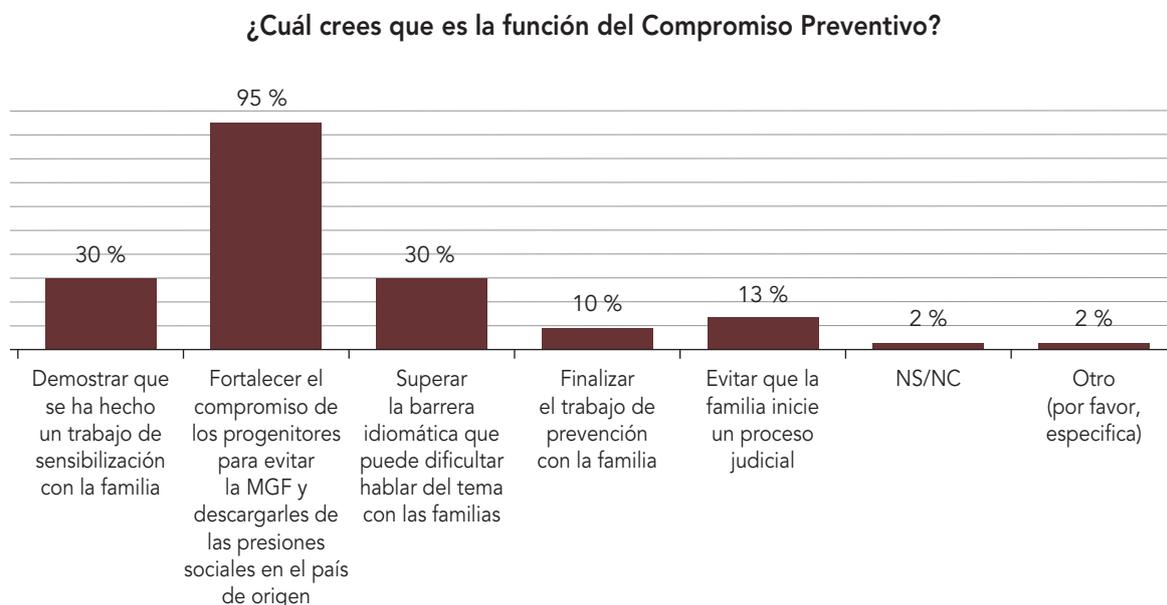
Las respuestas de las encuestas realizadas a profesionales muestran también el hecho de que la herramienta del Compromiso Preventivo parece útil pero hay cierta confusión en su uso.

Como se puede ver en el gráfico 1, el 95% de los encuestados considera que el Compromiso Preventivo sirve para fortalecer la decisión de los padres de no mutilar a su hija, pero a la vez el 30% considera que también es útil para demostrar el trabajo preventivo realizado por el o la profesional y



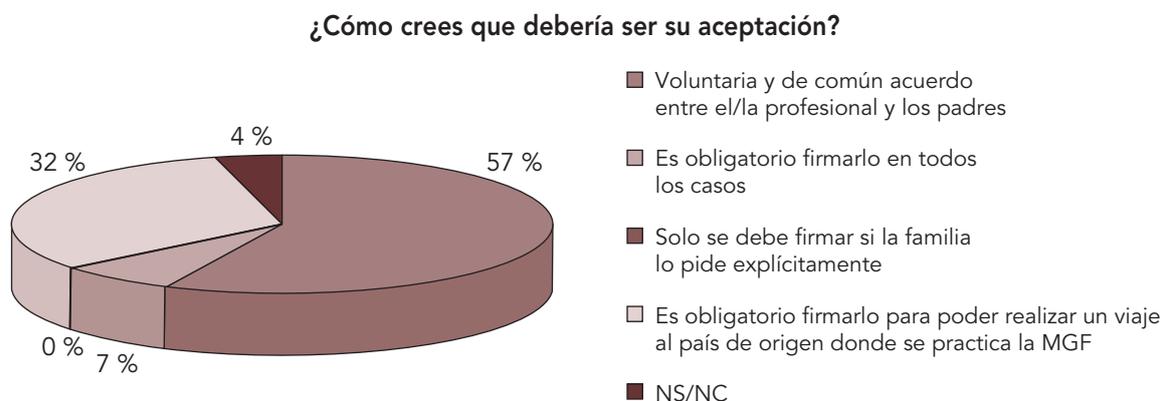
superar la barrera idiomática. Un 10% ve la firma del Compromiso Preventivo como el final del trabajo de sensibilización.

Gráfico 1. Función del Compromiso Preventivo. Fundación Wassu-UAB



Cuando se pregunta cómo debería ser su aceptación (gráfico 2), las respuestas son más inquietantes. El 32% considera que su firma es obligatoria para poder realizar un viaje al país de origen, confusión promovida por los protocolos, como hemos analizado anteriormente. A parte, el 7% considera que su firma es obligatoria en cualquier caso y nadie piensa que sea totalmente opcional para la familia. Siguiendo este planteamiento, el 25% de las personas encuestadas reportaría el caso a las autoridades judiciales pertinentes si la familia no quisiera firmar el documento.

Gráfico 2. Aceptación del Compromiso Preventivo. Fundación Wassu-UAB



3.3. Responsables de políticas públicas

Se han realizado cinco entrevistas a responsables de políticas públicas (RPP) de tres administraciones locales –Santa Coloma de Gramenet, Salt y Bilbao– y dos autonómicas –Cataluña e Illes Balears.⁵ En ellas se han abordado distintos temas, pero se destacan las reflexiones sobre el uso del Compromiso Preventivo y otras estrategias preventivas, además de los problemas generados por el sistema de codificación y las intervenciones policiales.

El Compromiso Preventivo se ve como una herramienta útil para facilitar al profesional, principalmente pediatras, el hecho de hablar del tema de la MGF con las familias. Según la RPP 3, el protocolo de las comarcas de Girona no incluye el uso del documento del Compromiso Preventivo. Además, pone en duda la eficacia de este en la medida que se aplica en situaciones de riesgo, ante la posibilidad de un futuro viaje de la familia. Por otro lado, reconoce la dificultad de utilizarlo dentro del programa del niño sano cuando los tiempos de visita del pediatra son de 10 minutos. Claramente hay falta de formación, de compromiso político que facilite el trabajo de sensibilización a lo largo del tiempo y no *in extremis*.

La RPP 2 resalta la necesidad de ver que el objetivo es informar y acompañar a las familias y no la firma del documento en sí misma. Tal como señalaba la RPP 4, el sentido del Compromiso Preventivo no debe servir para justificar la acción preventiva del profesional, sino que sea útil para transmitir la información a las familias y que estas lo puedan ver como algo más que una mera formalidad, aunque entiende que ante un caso que termine en el juzgado, si el profesional puede demostrar que hizo la prevención a través del registro del Compromiso Preventivo, este se sentirá más tranquilo.

Sobre otras herramientas o estrategias, la RPP 4 ve adecuado mantener el acento en la actuación de pediatría. Las revisiones del programa del niño o niña permiten un espacio tranquilo para actuar, a partir de la exploración de la menor, centrando esta prevención en la salud, aunque no descarta utilizar la figura de Dios para justificar que no se debe practicar la MGF:

«El [argumento] de Dios nos ha hecho así, ¿no? ¿Cómo vamos a modificar como nos ha hecho Dios? Como que son supercreyentes... Yo no lo soy nada, pero a mí me funciona. No sé, a mí me funciona muy bien con la mutilación. Pues Dios nos creó así, ¿no? Y no se tiene que modificar de cómo nos creó Dios.»

Entrevista a RPP 4

Las personas entrevistadas en cuarto y quinto lugar consideran adecuado aprovechar otros grupos naturales donde podemos encontrar a las mujeres reunidas, como por ejemplo en las sesiones de formación sobre el suelo pélvico u otros espacios donde sean ellas las que hacen la demanda. Esto permitiría trabajar específicamente a partir de los intereses de las mujeres y daría la posibilidad de realizar sesiones más extensas, donde poder compartir experiencias propias y estrategias para superar las dificultades.

En Bilbao, dentro de los materiales para la prevención de la violencia de género –como el Kit de empoderamiento (mochila con cuaderno, guía y manual)– se incluyen contenidos sobre la MGF. En Santa Coloma de Gramenet, están pendientes de editar un tríptico con el diagrama de flujo que se debe seguir para activar el circuito de detección y prevención adecuado. Hasta ahora, facilitan los materiales de la Fundación Wassu, dirigidos al personal sanitario, de servicios sociales y enseñanza.

Se comprueba que el trabajo realizado por la Fundación Wassu en los últimos años tiene un impacto positivo en el abordaje y la prevención de la MGF, ya que permite que los/las profesionales ahonden en conocimientos y desarrollen sus capacidades interculturales. Las zonas más sensibiliza-

5 Para preservar el anonimato de las personas entrevistadas y asegurar que no se pueden identificar, se utilizará una codificación numérica para hacer referencia a las distintas entrevistas.



das y con más materiales didácticos, son aquellas con las que se han realizado proyectos conjuntos. Como explica Mangas (2017), Badalona es el primer municipio de España que pilota la metodología del Modelo Wassu, a través de un programa de prevención y atención de la MGF que empieza el año 2010. La Fundación también ha trabajado en Bilbao, con el Ayuntamiento y con Emakunde (el Instituto Vasco de la Mujer) entre el 2014 y el 2016, y en Santa Coloma de Gramenet (2015-2019). La realización de un programa municipal específico permite adaptar las indicaciones de los protocolos a la realidad territorial específica y a las características de la población.

Distintas responsables de políticas públicas manifiestan dificultades con el registro, que pocas veces es sistemático y la codificación de las actuaciones preventivas respecto a la MGF. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) hay tres posibles códigos de diagnóstico: la *mutilación genital femenina*, la *amputación traumática de genitales externos* y la *situación de riesgo*. Se detecta que en determinadas situaciones puede haber un debate de cuál es el diagnóstico adecuado, que puede variar según el/la profesional y, especialmente, cuando este no ha recibido formación.

La dificultad para codificar tanto el diagnóstico como el acto preventivo explica en parte el tipo de registros que se están haciendo. En general, como puede abstraerse de las entrevistas, no hay un registro centralizado. En ocasiones los Compromisos Preventivos se los queda pediatría y en otras ocasiones se derivan a la administrativa o trabajadora social del centro y, por tanto, es difícil tener una explotación real del número de procesos de sensibilización realizados, documentos firmados o diagnósticos corroborados y regresos de los viajes. Además, son datos del proveedor de salud, Institut Català de la Salut (ICS) o bien el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), y de momento no se ha podido acceder a su explotación. En cambio, en Bilbao, sí que han podido tener el registro de los casos detectados en la sala de partos del hospital e incluso respecto a las actuaciones de prevención realizadas.

La RPP 1 señala que en Cataluña solo tienen registro de los casos que requieren su acompañamiento preventivo, pero este déficit lo tienen en cuenta para trabajar en futuros convenios con el ICS.

Sobre la intervención policial, en Bilbao dejan claro que el hecho de no firmar un Compromiso Preventivo no puede ser causa para derivar el caso a la policía municipal, entre otras cosas porque el objetivo no es la firma del Compromiso, sino la información y el acompañamiento. En cambio, en Cataluña, en algunos casos ha sido cuestionada la derivación a los Mossos d'Esquadra. En varias comarcas de Girona, en cuanto se detecta un riesgo (por parte de pediatría, la escuela, etc.) se deriva fácilmente a los Mossos o a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, sin hacer un trabajo preventivo continuado. La firma del Compromiso Preventivo se convierte en el objetivo de los/las profesionales, perdiendo la ocasión de centrarse en la sensibilización de la familia, ya que si esta se muestra contraria a la firma del documento se deriva el caso a la policía:

«Si realmente no se acaba de convencer a la familia o vemos que los padres te están engañando o que continúan con lo suyo, con sus ideas, bueno, pues los Mossos actúan enviando a Fiscalía la situación y es la Fiscalía quien decide qué hacer, ¿no? Esto es un poco lo que pretende este protocolo. Tiene una parte mucho de prevención, pero también de informar a la familia de las consecuencias, etcétera, etcétera y si esto funciona, pues, ya está.»

Entrevista a RPP 5

Además, RRP5 considera que la ley es tan dura que, de alguna manera, en el momento que se detecta una mutilación se debe avisar a la Fiscalía.

La RPP 4 expone que normalmente solo se denuncia cuando una niña, haya nacido aquí o no, viaja y después vuelve mutilada.

Se ve la necesidad de iniciar la labor de prevención correctamente desde el principio, por parte de los/las profesionales de salud o la escuela, desde el respeto, acompañando a la familia. Aunque



no siempre es así y en ocasiones se detecta desconfianza hacia la familia e inseguridad propia sobre cómo el profesional debe abordar el tema:

«Firmaron el Compromiso de no mutilación. Lo hicieron todo superbién, pero solo compraron un billete de ida y dices: ¿Cómo? ¿Qué? Esto en el protocolo no se dice: "Vigilad que tengan billete de ida y vuelta". Claro, a lo mejor han vuelto, yo no digo nada, pero así de entrada me han hecho sospechar. Y además niñas que están en edad de escolaridad, ¿no?»

Entrevista a RPP 5

Por otro lado, hay una desconfianza en la cifra de Compromisos Preventivos firmados, ya que la falta de sistematización en su recogida convierte los datos en poco fiables. En general, siguiendo las ideas planteadas en los protocolos (analizados en el apartado anterior) se piensa que si se ha hecho sensibilización, debe haber un documento firmado que lo pueda corroborar. A veces, el número total de Compromisos realizados parece demasiado bajo para ser real.

Para finalizar, si bien las dificultades y problemas han sido expuestos a través de los diferentes ítems por cada uno de los entrevistados, se podrían sintetizar de la manera siguiente:

- La formación debería ser continua para garantizar que todos los/las profesionales sean conocedores de los protocolos de actuación.
- Cuando los/las profesionales que intervienen pertenecen a administraciones públicas diferentes (local, autonómica, etc.) la coordinación es todavía más difícil.
- El registro no está centralizado y el sistema informático no permite saber si se ha informado en más de una ocasión.
- Hay una mirada etnocentrista del tema basada en la idea que la MGF también es una máxima preocupación en las familias o bien que todas las mujeres africanas lo viven de la misma manera, sin tener en cuenta la diversidad de experiencias, atendiendo a la dimensión física y olvidando la psicológica. En este sentido, la figura del mediador también puede ser cuestionada si tampoco tiene en cuenta esta diversidad.
- La inseguridad o desconfianza del profesional genera una falta de eficacia, unos informes de derivación deficientes y con un grado de implicación variable.



4

DISCUSIÓN



A partir del análisis de las entrevistas y encuestas realizadas a diferentes responsables de políticas públicas, profesionales y migrantes, se pueden identificar una serie de elementos que definirían el contexto actual entorno al uso del Compromiso Preventivo para prevenir la Mutilación Genital Femenina (MGF), aunque con diferencias según el territorio. Por ejemplo, si bien en el País Vasco se detecta un abordaje más preventivo, en las comarcas de Girona se observan acciones de carácter punitivo, más relacionadas con una intervención de la policía autonómica.

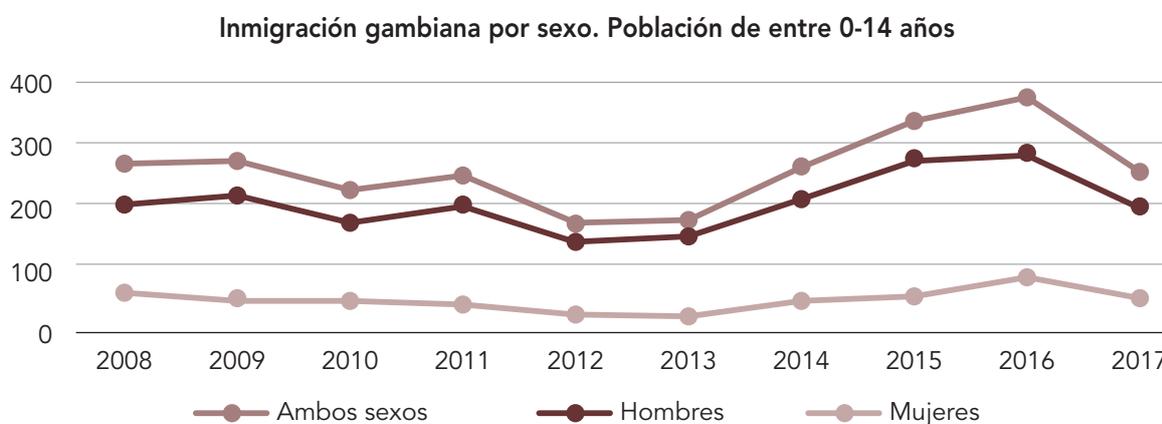
En este sentido, es importante destacar que la generalización de este apartado responde a la voluntad de extraer los puntos principales recogidos en las entrevistas y encuestas en general, pero no se pretende homogeneizar los resultados ni extrapolarlos a zonas no contempladas en el estudio.

Las entrevistadas reconocen el Compromiso Preventivo como un instrumento útil para algunas familias, que puede facilitar el trabajo a los/las profesionales a la hora de hablar de la MGF. Pero a la vez, son conscientes de que según se utilice este documento puede generar una actitud de rechazo por parte de los usuarios de atención primaria y por tanto perder su objetivo último, el de informar sobre los riesgos para la salud que comporta la práctica de la MGF y las consecuencias legales en nuestra sociedad.

En este sentido, sobre todo las mujeres migrantes ponen el foco de atención en los casos de familias que viajan al país de origen, firman el Compromiso Preventivo presionadas por el profesional y después dejan a las hijas allí, donde la práctica de la MGF es ilegal pero no se persigue.

Estas narrativas encajan con los datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que muestran diferencias significantes entre géneros en la población inmigrante procedente de Gambia de entre 0 y 14 años.

Gráfico 3. Evolución de la población migrante entre 2008 y 2017 en España. Fundación Wassu-UAB



Como muestra el gráfico, la población femenina es muy inferior a la masculina (entre el 68% y el 83%, inferior según el año). En otra franja de edad esto podría explicarse por la estructura de parentesco y la decisión social de quién es el primer miembro de la familia en migrar, pero al hablar de población de entre 0 y 14 años esto se debe relacionar con una decisión de los padres y madres que consideran más óptimo migrar con los varones y dejar a las niñas en las comunidades de origen. También se puede dar el caso de niñas nacidas en España que regresan al país de origen de los padres para quedarse allí viviendo, a cargo de otros miembros de la familia.

Los datos que ofrece el *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*, elaborado por Kaplan y López, muestran como en la Comunidad Autónoma de Cataluña el número de niñas de origen en países donde se practica la MGF ha disminuido en 400. Las causas de esta reducción pueden ser diversas y el análisis debe ser multicausal y considerar la crisis económica del año 2008 entre otros factores. Sin embargo, este descenso coincide también con la hipótesis explicada y la diferencia en el número de niñas.



Las mujeres migrantes entrevistadas reivindican un trabajo preventivo que tenga en cuenta la circularidad y la transnacionalidad presente en sus vidas, la presión social en origen y el conflicto de lealtades, para poder hacer frente a la práctica, conscientemente y con más herramientas personales y colectivas. Trabajar con los grupos naturales es una opción que ha sido propuesta por parte de algunas entrevistadas, pero la experiencia de la antropóloga Kaplan remarca que se debe tener en cuenta el contexto del grupo con el que se quiere trabajar. Es probable que los grupos que se encuentran en espacios informales no tengan una disposición clara a tratar el tema de la MGF y, en este caso, podría ser contraproducente hacer una sensibilización en bodas o bautizos, por ejemplo. Por parte de la Fundación Wassu-UAB se ha comprobado la eficacia de este tipo de sesiones cuando se organizan con jóvenes interesados en tratar temas de salud sexual y reproductiva en grupos de iguales. Poder trabajar de esta manera ofrece un espacio más específico y da más tiempo para poder profundizar en la prevención, compartir experiencias propias y ser una estrategia idónea al favorecer el empoderamiento general de las jóvenes.

Algunas de las mujeres migrantes expresan también dificultades en el acceso a los recursos sanitarios, tanto en destino como en origen, sobre todo por cuestiones relacionadas con la intimidad de la persona como podría ser la MGF y las posibles consecuencias de esta. Se pone de manifiesto la importancia de establecer una relación de confianza entre profesional y usuaria y buscar distintas formas de llegar a la población con la que se quiere trabajar, también teniendo en cuenta su posible situación de vulnerabilidad, que puede afectar a distintos aspectos de su vida (ámbito laboral, dificultades con la vivienda, barreras idiomáticas, etc.).

En este sentido, la competencia intercultural es necesaria para poder entender la diversidad de situaciones en las que se puede encontrar una persona que acude a un servicio de atención primaria. Como ya se ha explicado, la propuesta del modelo intercultural no quiere fomentar la categorización de las personas en función de la «cultura», esencializando el concepto, sino que quiere remarcar el peso de los factores culturales, socioestructurales y vitales de cada individuo y familia, buscando una comprensión holística de su situación y necesidades que se adecuen a su modo de entender la vida, la salud y la enfermedad.

Es preciso contar como figura clave con mediadoras y mediadores interculturales que puedan acercarse a las mujeres y a las comunidades en sus propias claves culturales, facilitando la comunicación desde la horizontalidad, y que hayan recibido previamente una adecuada capacitación, de forma que cuenten con la sensibilidad, los conocimientos, las habilidades y las herramientas necesarias para abordar el trabajo planteado. Es importante evitar que la persona que realice las tareas de mediación se convierta en una figura que ejerza control sobre la comunidad, ya que esto jugaría en contra del objetivo principal que se quiere conseguir.

Otro de los problemas detectados son las dificultades para codificar el diagnóstico de la MGF, así como la falta de rigor a la hora de registrar los casos por diversas causas. Esto dificulta una evaluación de la política de prevención establecida y por tanto genera, en algunas ocasiones, una inseguridad en la práctica profesional que se ve reforzada en la medida que la formación tiene un carácter principalmente puntual, ligada a la presentación del protocolo de actuación o bien al documento de Compromiso Preventivo.

Las entrevistas muestran claramente que no se realizan evaluaciones periódicas que permitan conocer como se está abordando el tema y cuáles son las consecuencias (esperadas o imprevistas) de la actuación propuesta en el protocolo. Esta herramienta es el primer paso, pero la evaluación es una fase esencial de cualquier política pública para conocer el impacto de la intervención realizada y poder corregir los aspectos disfuncionales.

Los protocolos analizados muestran informaciones contradictorias que pueden conducir a errores por parte de los/las profesionales, ya que el documento del Compromiso Preventivo se presenta como una herramienta para las familias, pero a la vez como un elemento de control –a partir de su firma– y de determinación del riesgo. Esto lo convierte en el elemento decisivo final para reportar el caso a las autoridades judiciales pertinentes o no, quienes pueden actuar retirando el pasaporte de



las niñas como medida preventiva, hasta que cumplan dieciocho años y revisando sus genitales cada seis meses hasta que tengan la mayoría de edad, en algunos casos.

En determinados casos se pueden producir actuaciones discriminatorias, en las cuales se pone un foco excesivamente coercitivo en las familias. Las exploraciones completas (incluyendo los genitales) se consideran necesarias en las revisiones médicas de todos los niños y niñas, independientemente de si se considera que hay riesgo de MGF o no, ya que pueden darse otro tipo de problemáticas a abordar (irritaciones o infecciones, situaciones de abuso sexual, sinequias, etc.). Los indicadores de sospecha que aparecen en el protocolo catalán no parecen ser los más adecuados para poder detectar una MGF, ya que los síntomas pueden deberse a factores muy diversos y no aparecer en el caso que la MGF se haya realizado con suficiente anterioridad a la visita médica.

A continuación, se presentan las tablas 3.1, 3.2 y 3.3, donde a partir de ítems como el *objetivo*, las *acciones principales*, el *programa formativo* y la *evaluación*, se define el contexto actual, fruto de las diferentes aportaciones de las personas entrevistadas, y, de forma paralela, se realizan propuestas de mejora. Además, se ha incorporado a la izquierda de las tablas algunos de los principios y valores implícitos detectados en el presente, y, de la misma manera, en el extremo derecho se identifican los valores que se deberían potenciar para garantizar una práctica de forma integral.



Tabla 3.1. Contexto actual y propuestas de mejora del abordaje de la MGF.

| Algunos principios y valores implícitos | Contexto actual | Propuestas de mejora | Valores a potenciar* |
|---|--|---|--|
| Eficacia | <p>Objetivo: Implementar el Compromiso Preventivo sobre la MGF.</p> | <p>Objetivo: Implementar políticas de prevención de la MGF.</p> | Responsabilidad Integridad Respeto Servicio público Educación Conocimiento Formación |
| Legalidad | <p>Acciones principales: Explicar el Compromiso Preventivo y conseguir que las familias lo firmen. Utilizar el documento Compromiso Preventivo, en algunas ocasiones, con carácter punitivo. Usar el Compromiso para demostrar que el/la profesional ha realizado trabajo de prevención. Hacer la exploración física de las niñas cuyas familias son originarias de países donde practican la MGF. Controlar que las niñas no viajen sin que sus familias firmen el Compromiso.</p> | <p>Acciones principales: Identificar el conocimiento de las familias (originarias de países que practican la MGF) sobre los riesgos de salud ante una MGF. Complementar la información según su necesidad. Utilizar el Compromiso Preventivo con carácter autorregulador. Ofrecer el Compromiso Preventivo como una herramienta opcional para las familias. Hacer la exploración física de las niñas dentro del programa de prevención del niño/a sano (como el resto de niños/as). Trasladar la acción preventiva a grupos naturales donde las mujeres puedan hacer una demanda activa, basada en sus necesidades. Por ejemplo: fisioterapia del suelo pélvico; fomento del trabajo y formaciones; sesiones sobre salud sexual y reproductiva, etc. Crear espacios de coordinación entre administraciones, con la función de velar por la acción preventiva, el seguimiento y la evaluación y asesorar ante dudas de abordaje. Fomentar la atención holística, la relación entre profesional y usuario para ser capaces de evaluar las necesidades de la familia ante una posible situación de vulnerabilidad. Promover la participación de los servicios de mediación.</p> | Respeto Responsabilidad Integridad |

* Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público:

«Artículo 52. Deberes de los empleados públicos. Código de Conducta.

Los empleados públicos deberán desempeñar con diligencia las tareas que tengan asignadas y velar por los intereses generales con sujeción y observancia de la Constitución y del resto del ordenamiento jurídico, y deberán actuar con arreglo a los siguientes principios: **objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental, y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres**, que inspiran el Código de Conducta de los empleados públicos...»



Tabla 3.2. Contexto actual y propuestas de mejora del abordaje de la MGF.

| Algunos principios y valores implícitos | Contexto actual | Propuestas de mejora | Valores a potenciar* |
|---|--|--|---|
| Normatividad | <p>Programa formativo basado en: Dar a conocer la MGF (tipos y diferencias según los países donde se practica). Dar a conocer el protocolo preventivo de actuación y el papel del Compromiso Preventivo. Carácter puntual de la formación.</p> | <p>Programa formativo basado en: Dar a conocer la MGF (tipos y diferencias según los países donde se practica y los grupos étnicos). Ofrecer formación continua. Trabajar la MGF desde un enfoque antropológico. Fomentar habilidades interculturales en relación con la MGF y diferenciar la acción preventiva de la punitiva. Facilitar el conocimiento del inglés y el francés en los planes formativos del personal sanitario y de los servicios sociales. Fomentar el trabajo transversal, con espacios de coordinación reales y estables.</p> | <p>Conocimiento Interculturalidad Responsabilidad Compromiso</p> |

Tabla 3.3. Contexto actual y propuestas de mejora del abordaje de la MGF.

| Algunos principios y valores implícitos | Contexto actual | Propuestas de mejora | Valores a potenciar* |
|---|--|--|--|
| Normatividad | <p>Evaluación basada en: Codificación de la MGF (tres posibles códigos con interpretación diversa). Registro de casos (en algunas zonas):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación con nombres y apellidos. - No se visualiza si existe una acción preventiva previa o no, lo que conlleva un riesgo de repetición contraproducente. - No está centralizada la recogida de datos dentro de una misma administración. - El sistema no es interoperable. - Registro de casos solo cuando interviene la administración local o interviene la policía ante la retirada del pasaporte. - Registro de la acción preventiva ligada exclusivamente a la firma del Compromiso Preventivo. | <p>Evaluación basada en: Codificación de la MGF: consensuar criterios entorno a los tres diagnósticos existentes (mutilación genital femenina; amputación traumática de los genitales externos y situación de riesgo).</p> <p>Registro de casos basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación a través de un código que permita la confidencialidad y a la vez el seguimiento. - Sistema informático que evite la repetición de intervenciones.** - Registro del trabajo de sensibilización y de la posición de la familia respecto de la práctica. - Recogida de datos centralizada por cada administración. - Interoperabilidad entre los diferentes niveles administrativos (local, autonómico y estatal). <p>Diseño e implementación de indicadores de impacto.</p> <p>Incorporación de la percepción y la evaluación de las familias destinatarias de la acción preventiva.</p> <p>Evaluación periódica de la actividad preventiva.</p> | <p>Eficacia Objetividad Compromiso Confidencialidad</p> |

** «Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)».



CONCLUSIONES



Como se demuestra en el estudio, el documento del Compromiso Preventivo está presente en la mayoría de protocolos de las distintas comunidades autónomas del Estado español, aunque su uso es irregular en función de la zona y del conocimiento que puede tener cada profesional sobre el tema.

El principal obstáculo a su efectividad es su uso punitivo y de control, ya que se propone el documento como un elemento obligatorio de firmar para poder viajar, sin realizar un trabajo de sensibilización adecuado, en profundidad. En estos casos, es posible encontrar experiencias como las relatadas por migrantes y profesionales acerca de familias que deciden hacer un viaje al país de origen y dejar a sus hijas allí, para evitar ser perseguidos a causa de la MGF. En estas ocasiones, el trabajo de sensibilización realizado ha sido contraproducente, seguramente focalizado en las consecuencias legales que tiene la práctica. Se observa que el planteamiento del Compromiso Preventivo y su manera de fomentarlo pueden favorecer la decisión de la familia de no regresar, si se proyecta como una herramienta obligatoria e indispensable para poder realizar un viaje.

Para revertir este uso, es necesario realizar sesiones formativas y de sensibilización sistemáticas a todos los/las profesionales, en las cuales se trabajen las competencias interculturales que permitan considerar la variabilidad de cada caso, evitando las clasificaciones y generalizaciones.

La guía de uso del Compromiso Preventivo, reeditada dentro del marco del mismo proyecto de este estudio, es otra herramienta necesaria para poder revertir el uso inadecuado que se ha expandido con la simplificación de los protocolos. Hacen falta estrategias que permitan superar la normatividad presente en los documentos oficiales, que transmiten la idea que lo mejor es actuar siempre de la misma manera, siguiendo los pasos establecidos, sin tener en cuenta las características específicas de las personas con las que se trabaja.

El documento del Compromiso Preventivo debe dejar de tener el papel principal que le dan los protocolos para volver a ser una herramienta más dentro de la acción preventiva, de carácter opcional y diseñado para dar apoyo a las familias. El trabajo preventivo no puede concluir ni resumirse en la firma del documento y los profesionales deben dejar de usarlo para demostrar que han hecho su trabajo. Solo si se usa como elemento autoregulator recuperará la eficacia que está perdiendo.

Para prevenir de forma satisfactoria es necesario partir de las propias necesidades e intereses de las mujeres. Analizar cuáles son sus demandas prioritarias y tratar de dar respuesta a las mismas. Para poder llegar a abordar la MGF, es preciso construir previamente un espacio de confianza basado en la empatía y el respeto, y a través del cual se fomente el diálogo y la escucha activa. Partiendo de sus intereses, será posible abordar el tema de los cuidados, del autocuidado y abrir espacios en los que espontáneamente puedan plantear esa realidad. Se debe propiciar el encuentro y la confianza que permitan, en un momento posterior, un acercamiento al tema de la MGF.

Además del trabajo con las mujeres y las niñas, es necesario un enfoque integral desde el que se contemplen estrategias de acercamiento a toda la comunidad, incluyendo a las familias, los hombres, las personas jóvenes, las autoridades y los líderes religiosos y comunitarios. Es preciso trabajar con las comunidades en su conjunto, de forma que se consigan transformar las expectativas y presiones sociales en torno a la práctica de la MGF.

Asimismo, en este acercamiento es preciso incluir a los y las agentes sociales e institucionales, a los medios de comunicación y a los y las profesionales de los distintos ámbitos, en tanto que ostentan una serie de responsabilidades y de obligaciones de cuyo cumplimiento depende que se pueda conseguir un entorno y unas condiciones favorables para la prevención y el abandono de esta práctica.

A su vez, estas estrategias de acercamiento requieren que desde las administraciones públicas se comprendan los ritmos de estos procesos, y se establezcan plazos lógicos que los posibiliten y se garanticen los recursos humanos (tiempos en las consultas, formación, etc.) y económicos necesarios para su correcta implementación.



6



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 12. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Betancourt, J. R., Corbett, J., y Bondaryk, M. R. (2014). Addressing disparities and achieving equity: Cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*. <https://doi.org/10.1378/chest.13-0634>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., y Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*.
- Brownlee, T., y Lee, K. (2013). Building Culturally Competent Organizations. *Community Tool Box*.
- Fundación Wassu. (2019). *Guía de aplicación del Compromiso Preventivo para profesionales de Atención Primaria*. Barcelona: Fundación Wassu.
- Garita-Pulido, A. V. (2014). La orientación intercultural: Una perspectiva para favorecer la convivencia en contextos multiculturales. *Revista Electronica Educare*.
- Guilherme, M., y Dietz, G. (2014). Diferencia en la diversidad: *Estudios sobre la Cultura Contemporanea*, XX, 13-36.
- Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., y Campos Esteban, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl.1), 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
- ICS. (2006). *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció* (1.ª ed.; Institut Català de la Salut, ed.). Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Elaborado por Kaplan, A. y GIPE/PTP.
- Kaplan Marcusán, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social* (1.ª ed.). Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Kaplan Marcusán, A., y Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2010, 2017). *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales* (1ª y 2.ª ed.).
- Kaplan Marcusán, A., y López Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* (Antropología Aplicada 3). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Fundación Wassu-UAB.
- Kaplan Marcusán, A., Torán Monserrat, P., Bedoya Muriel, M. H., Bermúdez Anderson, K., Moreno Navarro, J., y Bolívar Ribas, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38(2), 122-126. <https://doi.org/10.1157/13090438>
- Kroll, T., y Neri, M. (2009). Designs for Mixed Methods Research. *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*, 31-49. <https://doi.org/10.1002/9781444316490.ch3>
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York: John Wiley y Sons.
- (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, (06), 5-12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Mangas, A. (2017). *Una mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas*. Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Martín, E., Martínez, M. F., y Martínez, J. (2014). *Introducción a la interculturalidad y las migraciones. Materiales didácticos*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Muñoz Martínez, R. (2010). El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural: mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudios de caso en Bélgica y España, 527.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., y Taylor, G. (1998). *Transcultural Care: A Guide for Health Care Professionals*. (Quay Books, ed.). Wiltshire: Quay Books.
- Pedrero, V., Bernal, M., y Pérez, C. (2018). Migración y Competencia Cultural: Un desafío para los trabajadores de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.007>
- Perdiguer, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: a Global Concern*. Recuperado de https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2019). Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions. Recuperado de https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#where_practiced



- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., y Silva-Fernández, M. (2019). Intercultural skills in primary health care: a challenge for higher education in contexts of cultural diversity. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- WHO. (2016). *WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*.

Protocolos y guías

España

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. (2015). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). (2016). *Guía para profesionales. La MFG en España. Prevención e intervención*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Andalucía

- Fundación Wassu y Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales en Andalucía*. Junta de Andalucía.

Aragón

- Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, Departamento de Educación, Cultura y Deporte, y Departamento de Sanidad. (2016). *Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón*. Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la Mujer.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón*. (2011). Gobierno de Aragón.

Castilla-La Mancha

- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. (2017). *Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha* (Universidad de Alcalá (ed.)). Gobierno de Castilla-La Mancha.

Cataluña

- Bessa, E., Castella, E., Lizana, T., Negre, R., y Olivé, L. (2007). *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* (Comisión de seguimiento. Integrada por los departamentos de Acción Social y Ciudadanía; Educación; Salud; Interior, Relaciones Institucionales y Participación (ed.)). Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració.
- Casellas Serra, S., Mayoral Simon, J., Ruiz Enríquez, R., De las Heras García, M., Martí Arau, S., Negre Costa, R., Olivé Morros, L., Vidal Ginjaume, J., y Campasol Torra, S. (n. d.). *Protocolo de prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona*. CatSalut. Región Sanitaria Girona.
- Taula local de la ciutat de Tarragona. (2018). *Protocol de Prevenció de la Mutilació Genital Femenina* (Ajuntament de Tarragona, Generalitat de Catalunya y Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (eds.)).

Comunidad de Madrid

- García de Herreros Madeueño, T., Garabato González, S., y Martínez Blanco, M. L. (2017). *Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid* (Grupo de Trabajo (ed.)). Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

Comunidad Foral de Navarra

- Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. (2013). *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra*. Gobierno de Navarra.



Comunidad Valenciana

Darocas González, M., Balanzá Chancosa, R., Sánchez Ruano, C., Sarabia Vicente, S., Hurtado Murillo, F., Galdón Tornero, S., López Mollá, B., López Sánchez, M. P., Escribano Martínez, Á., Alcover Giménez, S., y Muñoz Muñoz, P. (2016). *Protocol d'actuació sanitària davant la Mutilació Genital Femenina (MGF) a la Comunitat Valenciana* (Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (ed.); 1.ª ed.).

Extremadura

Barrientos Blanca, E., Núñez Cumplido, C., Cercas García, B., y Fondón Salomón, F. (n.d.). *Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura* (Junta de Extremadura y Asociación de Derechos Humanos de Extremadura (ADHEX) (Eds.)). Junta de Extremadura. <https://ciudadano.gobex.es/documents/1062609/0/Protocolo+MGF+Febrero+2017.pdf/3a7de712-62dd-4ed5-acd2-f5ed3c988585>

Illes Balears

García Baratas, M., Vidal Mangas, M. C., Carandell Jager, E., Mascaro García, A., Ortega Merino, S., Salvá Salles, M. de C., Villafáfila Gomila, C., Vilchez Marín, M. J., Prohens Salom, M. de los R., y Sbert Pizá, C. (2017). *Protocolo de Prevención y Atención en las Mujeres y Niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears* (Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. (ed.)). Gobierno de las Illes Balears.

La Rioja

Gobierno de La Rioja. (2017). *Protocolo de Prevención e Intervención ante la Mutilación Genital Femenina en La Rioja*. Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia.

País Vasco

Aranzabal, M., Esteban, S., Gallo, I., Isla, P., Labaca, I., López, M., Paino, M., Valladolid, A., Ciarrusta, T., Quintas, P., y Álvarez, M. S. (2016). *Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi* (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (ed.)). http://www.euskadi.es/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf

Región de Murcia

Tourné García, M., Tomás Lizcano, A., y Garnica Martínez, B. (2016). *Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia* (M. J. Ferrández Cámara (ed.)). Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Europa

Bélgica

Intact, GAMS Belgique, y Stratégies Concertées MGF (eds.). (2015). *Guide de bonnes pratiques améliorant la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision*.

SPF Santé publique; Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. (2011). *Mutilations Génitales Féminines: Guide à l'usage des professions concernées*. Bruselas.

Reino Unido

HM Government. (2016). *A Statement Opposing Female Genital Mutilation*.



