

IKASKETA FEMINISTAK ETA GENEROKOAK MASTERRA

MASTER EN ESTUDIOS FEMINISTAS Y DE GÉNERO

Curso académico 2017 - 2018 Ikasturtea

Master Amaierako Lana / Trabajo Fin de Master

VIVENCIAS DE MUJERES QUE VISTEN VELO EN EUSKADI

SOBRE EL TRATO SANITARIO

Egilea / Autora:

Silvia Dabouza Acebal

Tutoreak / Tutoras:

Maria José Martínez Herrero

Marta Luxán Serrano

2018/09/15 (revisado)

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a las cinco mujeres que han compartido conmigo sus experiencias, por su generosidad y su confianza en mí. Sin ellas este trabajo no hubiera salido adelante, gracias a cada una de ellas.

A Marian y a Juan de la biblioteca de Leioa, y a Antonio de Ikuspegi, por su cercanía, su interés y su apoyo.

A mis compañeras de Master, ha sido una suerte conocerlas y compartir con ellas este año.

A mis dos tutoras que me han guiado en este trabajo, Marijose y Marta, por ayudarme a aterrizar mi proyecto, por su paciencia y su feedback certero sobre mis borradores.

Y para acabar, a Bego, por compartir conmigo nuestros buenos momentos y los menos buenos.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	04
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	04
1.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	05
1.3. METODOLOGÍA.....	06
1.3.1. Descripción de la muestra.....	07
1.3.2. Proceso de captación.....	09
1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. LA CONSTRUCCIÓN DE LOS “MÁRGENES”	13
2.2. MUJERES QUE VISTEN EL VELO ISLÁMICO EN ESPAÑA.....	26
2.3. DINÁMICAS DE PODER EN LA RELACIÓN SANITARIA.....	38
3. LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.....	48
3.1. CONTEXTO.....	48
3.1.1. Datos demográficos y asociacionismo de la colectividad musulmana en Euskadi.....	48
3.1.2. Legislación a nivel Estatal.....	49
3.1.3. Directrices del Gobierno de Euskadi.....	50
3.1.4. Sistema Nacional de Salud.....	53
3.1.5. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.....	58
3.2. TESTIMONIOS	62
3.2.1. Ámbito personal: Agencia y resistencia.....	63
3.2.2. Ámbito socio-laboral.....	66
3.2.3. Ámbito sanitario.....	74
4. CONCLUSIONES.....	83
5. REFERENCIAS.....	89
6. ANEXOS.....	95
6.1. Anexo I: Guion entrevista individual.....	95

Índice de tablas, figuras e ilustraciones

Ilustración 1. Prendas tradicionales de la mujer musulmana.....	27
Ilustración 2. La realidad social: La mujer musulmana entre dos discursos.....	37
Ilustración 3. Portada cuenta de Twitter Musulmanas Bidaya.....	49
Tabla 1: Variables analizadas y perfiles de las entrevistadas.....	09
Tabla 2. Ataques islamófobos en España en 2017.....	36
Tabla 3. Barreras potenciales para la atención sanitaria en mujeres musulmanas, y formas de abordarlas.....	43
Tabla 4. Niveles e instrumentos legales de reconocimiento de las confesiones religiosas.....	57
Figura 1. Marco Conceptual de los Determinantes de las desigualdades en salud.....	54
Figura 2. Modelo Atención sanitaria integral de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.....	59
Figura 3. Derechos de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi.....	61

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Al enfrentarme al trabajo final del Master de Estudios Feministas y de Género he buscado un tema relacionado con mujeres, del que supiera poco, y que me creara algún tipo de malestar. El trabajo final supone para mí el cierre de una experiencia vital y académica que durante un año he compartido con muchas mujeres, un lugar donde poder reunir parte de lo aprendido y que “me moviese” en algún sentido. Por ello, una experiencia de voluntariado en clases de alfabetización que me puso en contacto con mujeres que vestían velo, me ha ayudado en la decisión. En aquellos encuentros me sorprendió la cercanía y la buena conexión que rápidamente sentí con ellas. Estos sentimientos contrastaban profundamente con la imagen previa que yo tenía de las mujeres que vestían velo, y con la distancia social que en el día a día mantenía hacia ellas. Si la relación que se creó entre nosotras era especialmente buena, y si observaba en ellas gran capacidad de superación y esfuerzo para tener una vida mejor para ellas y sus familias, ¿cómo explicarme entonces la extrañeza y tristeza que me causaba el cruzarme con una mujer “velada” en la vía pública? Constatar que mi experiencia no era aislada, sino generalizada en mi entorno y en general en nuestra sociedad, me animó a continuar con el tema elegido. Además, un taller organizado por Ecuador Etxea en febrero de 2018, impartido por Hajar Samadi, activista de la asociación Bidaya, que viste velo y que reivindica el derecho a usarlo, me acercó a la visión de al menos parte del colectivo de mujeres musulmanas que viven en Euskadi, y que denuncian rotundamente el fenómeno de la islamofobia de género. En dicho taller, se expusieron barreras que en la cotidianidad sufren las mujeres que visten velo, algunas de ellas relativas a los problemas de comunicación con los profesionales sanitarios. Por ello, dado que este trabajo tenía además que estar ubicado en un contexto concreto, elegí un entorno que me es profesionalmente conocido: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Las características del ámbito sanitario institucionalizado, regulado, y jerarquizado hacían de este entorno un lugar interesante para la investigación. El objetivo de mi trabajo ha sido recoger en primera persona, a través de entrevistas individuales a mujeres que visten velo en Euskadi, vivencias sobre el trato recibido en los diversos los centros sanitarios, tanto centros de salud, como hospitales. Todo ello con la intención de conocer sus sensaciones, si perciben que el uso del velo influye en la atención que reciben, los problemas a los que se enfrentan, los apoyos con los que cuentan, así como sus estrategias para desenvolverse

dentro del sistema. El feminismo como teoría crítica que ayuda a visibilizar y transformar las relaciones de poder es un eje de esta investigación, en la que me propongo analizar dinámicas de subordinación que las mujeres entrevistadas perciben en los encuentros con las y los profesionales de la salud. A continuación, se presentan los objetivos y las hipótesis del trabajo, así como la metodología adoptada para cumplirlos y aclararlas, respectivamente.

1.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de este trabajo es recoger y estudiar experiencias de mujeres que visten velo en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, profundizando en el análisis del trato recibido por parte de las y los profesionales de dicho Servicio.

Los objetivos específicos son cuatro:

- 1.- Conocer si estas mujeres sienten que el velo influye en el trato que reciben y, en caso, afirmativo, cómo lo hace.
- 2.- Saber si estas mujeres encuentran entornos de confianza y privacidad acordes con sus creencias en las consultas, especialmente en las de Ginecología.
- 3.- Analizar qué tipo de relaciones han desarrollado con los referentes sanitarios a los que recurren más asiduamente.
- 4.- Recoger posibles estrategias que hayan puesto en marcha para resolver problemas o situaciones acontecidos en los centros.

A la luz de estos objetivos, he establecido tres hipótesis:

- 1.- Utilizar velo tiene un impacto en la relación con las y los profesionales de la salud, en especial en los primeros encuentros.
- 2.- A las mujeres les es difícil encontrar en los centros sanitarios entornos de confianza para exponer a los profesionales sus dudas sobre salud a nivel integral, y específicamente sobre salud reproductiva y sexual dada la alta protocolización a la que dichos procesos están sometidos.
- 3.- Dado que la comunicación paciente-profesional ha demostrado ser un factor determinante en la adherencia a los tratamientos en pacientes, cuando las mujeres sienten que no son atendidas en su singularidad religiosa, no siguen las indicaciones del personal, frecuentan menos sus consultas, y buscan alternativas por sus propios medios.

1.3. METODOLOGÍA

Para abordar estos objetivos e hipótesis, he realizado una búsqueda bibliográfica en tres niveles, por un lado, autoras que han trabajado la conciencia de la alteridad o la otredad; por otro, legislación, planes e informes sobre el uso del velo y la gestión religiosa, y tercero, experiencias internacionales sobre el trato sanitario a mujeres musulmanas en entornos occidentales.

Dadas las dificultades de acceder al colectivo de mujeres con velo, he elegido una metodología cualitativa para acceder a sus testimonios enmarcados dentro de sus procesos sociales y personales: la entrevista individual abierta de carácter no directivo (Finkel, Parra, & Baer, 2008). No pretendo con este estudio hacer conclusiones generales sino visualizar sus experiencias, dando tiempo y espacio a cada una de ellas para trasladar su reflexiones y sensaciones respecto al tema. A través de esta metodología busco que se sientan partícipes del estudio, que las represente y que mi papel no sea hablar “por” ellas, sino apoyar sus palabras. Las mujeres entrevistadas participan en alguna medida en asociaciones de mujeres, y este hecho limita las conclusiones del estudio al no visibilizarse experiencias de otras mujeres que no participan en dichos grupos (Ryan, 2011). Mi estrategia para acceder a las cinco mujeres entrevistadas ha sido a través de dos mujeres de dos asociaciones a las que conocía personalmente, y a partir de ellas, por la técnica de la “bola de nieve” (Valles, 2010), llegar hasta el resto. Las entrevistas han seguido un guion flexible organizado en base a diversos ejes. Un objetivo ha sido no ofrecer ni sugerir opciones de respuesta, y ser al mismo tiempo capaz de captar aspectos inesperados (Valles, 2010). Para la identificación de los ejes me han sido de ayuda las encuestas de satisfacción que sobre el trato realiza Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, y un modelo de entrevista sobre salud dirigida a población inmigrante en Bilbao (Esteban Galarza & Díaz, 1997). El guion ha sido validado con una entrevistada clave, miembro de una asociación de mujeres musulmanas.

Conceptualmente abordo la investigación desde una mirada feminista, contextualizada en el marco teórico que presento a continuación, desde la consciencia de mis propios prejuicios, y con la voluntad firme de escuchar sin enjuiciar o valorar. He buscado crear una situación de diálogo en la que mi posición no pasara de una manera velada, sino de una forma abierta y sincera. Este estudio supone para mí una oportunidad para conversar con mis “otras”, para comprender mejor mi propia “otredad” (Wilkinson & Kitzinger, 1996, p.18). Aunque son muchas las ventajas de la entrevista individual, esta presenta también limitaciones a la hora de realizar generalizaciones, por

lo que las conclusiones extraídas de la investigación estarán condicionadas por el método de recogida de datos, y expresadas con cautela. Otro riesgo de la entrevista es el ejercicio de poder en la propia interacción entrevistada-entrevistadora (Finkel, Parra, & Baer, 2008; Ramazanoglu & Holland, 2002), riesgo que me ha hecho estar alerta ante una más que probable aparición en escena de mis esquemas mentales de mujer blanca “local”.

De cara a las entrevistas, he buscado mujeres que se manejaran bien en castellano, y que fueran principalmente del entorno de asociaciones de mujeres musulmanas, como Bidaya, Ahizpatasuna, o Al Nour, y otras asociaciones en Bizkaia, cuyo cometido es, entre otros, desestigmatizar y normalizar a través de diversas actividades la imagen de la mujer musulmana en nuestro entorno. Algunas de las variables que pueden condicionar la percepción que dichas mujeres tienen sobre el trato que reciben en Osakidetza son las siguientes: su estado general de salud que hará que visiten con menos o más asiduidad las consultas; si tienen personas a su cargo, generalmente mayores o menores, que tienen necesidades de salud en mayor proporción que los adultos; su competencia lingüística en castellano que les facilitará o complicará hacerse entender por los profesionales; su nacionalidad; su nivel de estudios y su situación laboral.

1.3.1. Descripción de la muestra.

Para llevar a cabo esta investigación he entrevistado a cinco mujeres musulmanas, tres que en la actualidad visten velo, y dos que no. En el caso de las dos mujeres que no lo visten, son mujeres al frente de asociaciones de mujeres musulmanas en contacto con las problemáticas a las que se enfrenta el colectivo de mujeres que lo visten, y una de ellas lo vistió durante varios años.

Todas están de alguna forma asociadas y comprometidas, bien a través de labores de coordinación en asociaciones de mujeres; labores de voluntariado como traductoras en ONGs, o labores de dinamización de actividades inclusivas en el centro educativo de sus hijas e hijos, y muestran tener una conciencia clara sobre sus derechos en nuestro país.

En relación a su residencia, cuatro de ellas, viven en Bizkaia y una en Araba, y todas ellas en entornos urbanos.

En lo que respecta a sus nacionalidades, dos son españolas y tres tienen como países de origen Marruecos, Sahara e Irán. Estas tres últimas tienen una competencia alta en castellano, si bien, una de ellas, que lleva tres años en España, presenta más problemas para entender algunos términos. Las otras dos mujeres llevan residiendo en Bizkaia más de diez años.

En cuanto a su edad, todas son adultas, entre 30 y 55 años, y gozan en general de buena salud lo que ha conllevado poca experiencia en cuanto a hospitalizaciones. Tres de ellas tienen a su cargo hijas e hijos. Su estado civil es diverso, una está separada, dos solteras, otra casada y en el caso de una quinta, su estado civil no es auto-referido.

El apartado estudios es también variable, una de ellas está realizando en la actualidad estudios de doctorado, otra estudió enfermería en su país de origen, otra ha cursado un grado medio de formación profesional recientemente, y dos tienen estudios básicos. Las dos españolas hablan árabe, y lo han estudiado una de ellas en la Escuela Oficial de Idiomas, y la otra de forma autodidacta. La mayoría, cuatro de ellas, han recibido formación sobre empoderamiento bien en su ayuntamiento o diputación, o en asociaciones de mujeres. Concretamente, dos de ellas son agentes de apoyo social en un proyecto piloto de la Diputación de Bizkaia, por el que han recibido una formación específica para capacitarles en su labor altruista de apoyo, información y acompañamiento a mujeres de su entorno que lo necesiten.

Como analizaré más adelante, el empleo es el caballo de batalla para todas ellas, su gran reivindicación, independientemente de su nivel de formación. Gran parte del trabajo que realizan es en clave altruista, de acompañamiento o traducción a otras mujeres que no se manejan aún en castellano. Todas trabajan fuera de casa, y su actividad mayoritaria es el servicio doméstico, tres de ellas trabajan en casas al cuidado de mayores, otra se acaba de incorporar a una empresa en el servicio de limpieza (tras 10 años sin trabajar), y otra lo hace en el sector de la hostelería.

Durante las entrevistas ha surgido una nueva variable que no había considerado antes del estudio, y que ha surgido espontáneamente de forma autorreferida por las entrevistadas, y este es el nivel de apertura respecto a su religión, alto en todos los casos, que tiene su impacto en la valoración que hacen de los servicios sanitarios.

A continuación, presento una tabla donde recojo las distintas variables analizadas, y donde se refleja la variabilidad de sus perfiles, y al mismo tiempo su homogeneidad en varios aspectos, principalmente, su compromiso social con otras mujeres y la preocupación por disponer de un empleo; y en un segundo plano, su alta competencia lingüística en castellano, y un buen nivel de salud en general.

Tabla 1: Variables analizadas y perfiles de las entrevistadas

Nº	Variable	Perfiles
1	Vestimenta	Visten velo o <i>hiyab</i> (3), y no visten velo (2)
2	Nacionalidad	Marroquí (1); Saharaüi (1); Iraní (1), y Española (2)
3	Competencia lingüística en Castellano	Lengua materna (2); muy fluida (2), y fluida (1)
4	Asociacionismo	Activismo en asociaciones de mujeres o de inclusión (3); labores de voluntariado (1), e implicación en centro educativo de sus hij@s (1)
5	Ocupación	Cuidado de mayores (3); Servicio de limpieza en empresa (1), y Hostelería (1)
6	Nivel de estudios	Master (1); Diplomatura (1); Formación profesional (1), y Graduado escolar (2)
7	Personas a su cargo	Hijos pequeños (2); hijos mayores (1)
8	Edad	30-35 años (1); 36-40 años (2); 41- 45años (1), y 51-55 años (1)
9	Estado general de salud	Bueno en todas, sin procesos de salud complicados
10	País de escolarización	España (2); en su país de origen (2), y a caballo entre su país y España (1)

Fuente: elaboración propia.

1.3.2. Proceso de captación.

En el periodo estival en que se ha realizado la captación, el mes de agosto, las asociaciones se encuentran cerradas y no llevan a cabo actividades. Además, muchas mujeres musulmanas que residen en Euskadi viajan a sus países de origen durante el verano. A través de un contacto personal he conocido a la primera entrevistada, quien me ha facilitado el teléfono de una amiga suya. Por su parte, una referente de una asociación de mujeres musulmanas, con quienes había cursado un taller este año, se prestó a contarme su experiencia, y la de otras mujeres con las que tiene contacto a través de la asociación. También he encontrado apoyo en una ONG por la que he podido contactar con traductoras musulmanas que colaboran con ellos. A todas ellas mi profundo

agradecimiento. Como apuntaba en el apartado de Metodología, soy consciente de que las mujeres entrevistadas representan solo una parte del colectivo de mujeres musulmanas que residen actualmente en Euskadi, ya que son mujeres con buen nivel de castellano, y varias de ellas, con formación en herramientas de empoderamiento, e implicadas como activistas en asociaciones. De alguna forma, ellas, como traductoras de otras mujeres en consultas médicas, o como agentes de apoyo social, me han trasladado realidades a las que no me ha sido posible acceder. Como me escribía una mujer a través de redes sociales, las circunstancias personales condicionan el participar en un estudio de este tipo: *“Buenas Silvia. Acabo de estar con ellas este finde. Pero al final no quieren me comentan. Les da vergüenza. Si te puedo ayudar yo ya sabes me lo dices para este producto o para cualquier otro; solo q yo no llevo velo. Un saludo”* (Hanna, traductora de árabe). También comenté con una de las entrevistadas si acercarme a una mezquita podría ayudarme a encontrar candidatas para las entrevistas, pero su respuesta me hizo descartar esta opción: *“si vas allí, pueden creer que eres policía...”*. Las redes sociales han resultado de interés en el proceso de captación. Así, una asociación, cuando les dije que buscaba mujeres “veladas” para el proyecto, me remitió vía Twitter este mensaje que por su interés recojo a continuación:

Las mujeres musulmanas por lo general están/mos un poquito hartas a que se nos reduzca a nuestro atuendo. Sabemos que es muy difícil que a una mujer se le tenga en cuenta por algo más en sociedades patriarcales aun así nos/les molesta. Entonces lo de "que vista velo" ahórralo en público ;)
Además desde las personas que trabajamos en la trinchera contra la islamofobia y su prevención también nos parece una cortina de humo (machista y colonial) visibilizar las islamofobia que sufren las mujeres musulmanas con velo (objeto de estudio mujer musulmana con velo, según Sirin Adlbi Sibai en su libro LA CÁRCEL DEL FEMINISMO) para la islamofobia que sufren las mujeres musulmanas no veladas y aquellas que por razones de origen no son leídas como musulmanas y han de esconder su pertenencia religiosa para no sufrir islamofobia. Disculpa el spam, gafes de la trinchera! Espero no haber sonado muy estirá y que te haya sido de ayuda! (LuchaContraIslamofobia @AsoIslamofobia)

Efectivamente, como he recogido en los Resultados, no llevar velo no elimina los problemas con los que las mujeres musulmanas conviven a diario. Mi opción respecto al tipo de muestra fue tomada en base al mayor número de agresiones y ataques directos que sufren hoy aquellas que lo llevan, y al hecho de que en consulta no se haga necesario verbalizar la religión profesada por hacerse evidente a través del *hiyab*. No obstante, de las cinco mujeres entrevistadas, dos no lo visten y he decido incorporarlas a la muestra, primero por la dificultad de encontrar mujeres veladas que quisieran compartir sus testimonios, segundo por ser conocedoras de la realidad de

mujeres recién llegadas de otros países con situaciones complejas, y tercero, para recoger sus propias experiencias sobre el trato sanitario hacia ellas y sus familiares en tanto que musulmanas.

1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos, este primero, INTRODUCCIÓN, donde he justificado y contextualizado el tema desde un punto de vista personal y social; donde expongo los objetivos e hipótesis del estudio, y explico la elección de la metodología más adecuada para abordar la investigación. Un segundo capítulo, MARCO TEÓRICO, en el que he recogido en un primer apartado posiciones de diversos colectivos y autoras sobre la construcción de los “márgenes”, y su diálogo con el tema de mi trabajo. En un segundo apartado, he puesto el foco en estudios que abordan el uso del velo en el Estado español, sus repercusiones sociales y diversas regulaciones que se han dado por parte de las instituciones. Para finalizar el capítulo, he abordado en un tercer apartado, cómo los ejes del género, la religión y la clase “intersectan” en la consulta sanitaria dando lugar a relaciones de desigual poder. A continuación, en un tercer capítulo, LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, hago una contextualización del entorno que rodea a las mujeres musulmanas en el Estado y en Euskadi, desde los ámbitos legal, y normativo, con un énfasis en lo sanitario. Presento también brevemente el ente Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, como red que ofrece en nuestra comunidad autónoma la asistencia gratuita a través de diversos servicios. En el segundo apartado de este capítulo recojo la parte central de este trabajo, los testimonios de las mujeres entrevistadas en relación con los objetivos del trabajo, comparando los resultados con las teorías analizadas en el marco teórico y con aquellos revisados en la bibliografía sanitaria. A partir de ellos, en el anteúltimo capítulo de CONCLUSIONES, analizo las hipótesis planteadas en mi estudio, extraigo los puntos más relevantes para el debate, indico las limitaciones encontradas en el proceso de mi investigación, y hago diversas propuestas para el futuro. Finalizo mi trabajo con dos últimos apartados de REFERENCIAS y ANEXOS.

2. MARCO TEÓRICO

Al inicio de mis reflexiones sobre la base teórica de la que partiría mi trabajo, he barajado varios conceptos como la modernidad, el colonialismo, la islamofobia, ... buscando entre ellos posibles razones del rechazo que nos provoca la imagen de “la mujer que viste velo”. En este proceso, he observado que la misma prenda vestida por las monjas católicas de nuestro entorno no conlleva ni el estigma, ni el rechazo social del velo islámico. Me pregunto qué razones hacen que una misma prenda sea ante nuestros ojos, un símbolo amenazante y de opresión, por un lado, y una muestra de vida ofrecida a Dios, por otro. Las dos representaciones, la mujer oprimida por su religión musulmana, y la mujer libremente consagrada a Dios, chocan rotundamente una contra la otra, como un dilema difícil de resolver. Por ello, he orientado mi marco teórico hacia cómo creamos eso que en la literatura se ha venido a llamar estar en los “márgenes”. Busco descifrar cómo creamos la imagen de esa “otra” ajena a nuestras circunstancias, y cómo en mi caso la convierto en subalterna desde una posición moral superior por la que juzgo su vestimenta como inapropiada en nuestro espacio público. Al mismo tiempo, busco también su reverso, conocer desde qué lugar viven esas mujeres la subordinación a la que las destinamos, y qué estrategias ponen en marcha ante ella.

He llevado a cabo una revisión de las diferentes corrientes que han trabajado ese “estar en los márgenes”: mujeres negras y mujeres chicanas, mujeres indias, y mujeres musulmanas. A todas ellas les une la conciencia de ser “las otras”; las “subalternas”, en oposición no solo al hombre blanco hegemónico, sino también al colectivo de mujeres blancas feministas. Estas corrientes son, sin embargo, también diversas entre ellas, con planteamientos en ocasiones encontrados. Como avanzaba en el apartado de Metodología, mi deseo al desarrollar esta investigación es trabajar desde una mirada feminista que es consciente de su posición de privilegio. Mi intención no es hablar “por” otras, sino dar un altavoz más a mujeres que ya utilizan diversos foros como grupos de mujeres, instituciones públicas, y medios de comunicación para trasladar las diferentes opresiones que experimentan en nuestra sociedad.

Este capítulo está estructurado en tres apartados. Por un lado, presento un debate sobre la subalternidad entre diversos colectivos representados por diferentes autoras. Por otro, repaso el fenómeno del velo en el Estado español desde artículos académicos y plataformas sociales. Para finalizar, reviso algunas investigaciones que se han llevado a cabo en el ámbito sanitario sobre

dinámicas de subordinación en la relación paciente-profesional, concretamente en mujeres musulmanas atendidas por profesionales sanitarios en entornos occidentales.

2.1. LA CONSTRUCCIÓN DE LOS “MÁRGENES”

En los llamados “feminismos del tercer mundo” destaca la estadounidense nacida en India Chandra Talpade Mohanty (2008), y su rotunda crítica a los feminismos hegemónicos de Occidente por tomar éstos como norma, las culturas de clase media, y por producir en base a ello, una imagen reduccionista y ahistórica de la “mujer del tercer mundo”. Esta visión condena a ser “el otro” a todo aquel que simplemente no es occidental. La autora defiende que los feminismos de ese “tercer mundo” para no ser “ghettizados” no tienen otro camino sino trabajar dos retos. Uno, deconstruir los feminismos de Occidente a través de una crítica interna, y dos, crear sus propios intereses feministas. Critica a sí mismo que la academia feminista establezca relaciones de poder con las mujeres del tercer mundo, imponiéndoles una agenda de lo que es relevante, y lo que no lo es. Este punto señalado por la autora es crucial en mi trabajo, ya que pretendo analizar cómo el velo musulmán se ha convertido en asunto de polémica, no tanto entre las mujeres musulmanas, que también, sino principalmente entre las mujeres blancas occidentales. Esto me lleva a reflexionar sobre los intereses que se ocultan y se invisibilizan al calor del debate. Otra reflexión de interés, es la categoría “mujeres” que Mohanty denuncia por ser objetivada “*como un grupo ya constituido y coherente, con intereses y deseos idénticos sin importar clase social, la ubicación o las contradicciones raciales o étnicas*” (Mohanty, 2008:5). Tal creo que es el caso de las mujeres que visten velo en nuestra sociedad, al ser etiquetadas como “víctimas”, sin ningún tipo de poder, en base a nuestras presuposiciones occidentales. En la construcción de este imaginario participan un gran número de académicas, a priori “bien intencionadas”, como son las integrantes de la escuela *Women in International Development*. Precisamente, Mohanty analiza en su trabajo varios de los estudios realizados por dicha escuela, como aquel realizado por Patricia Jeffery (1979), en el que se representa a las mujeres objeto de análisis como víctimas irremediables del código islámico. También, en el caso de la autora Juliette Minces (1980), Mohanty critica el retrato idéntico que esta hace de la mujer musulmana independientemente de su país de origen. Este hecho enlaza con la errónea racialización a la que habitualmente sometemos a toda la colectividad musulmana, identificándolos como árabes, cuando la realidad es mucho más diversa:

“*El mundo árabe es una minoría dentro del mundo islámico*” (Ruiz-Bejarano, 2018). Mohanty también desmonta la mirada esencialista con la que nos aproximamos al mundo musulmán, al interpretar sus estructuras familiares y sus costumbres como inmutables y ahistóricas. Afortunadamente, no todo son ejemplos de investigaciones sesgadas y reduccionistas, la autora destaca como ejemplo de ello a María Mies (1982), quien evita caer en reduccionismos al abordar la categoría mujer: “*Este es un buen ejemplo de lo que un análisis cuidadoso, local y políticamente enfocado puede lograr. Demuestra cómo la categoría de mujer se construye en una variedad de contextos políticos que frecuentemente existen de forma simultánea y yuxtapuesta*” (Mohanty, 2008:12). Mohanty insta así a huir de paternalismos propios del pensamiento feminista que ose juzgar y definir cuáles son las prioridades de las todas mujeres:

las mujeres del tercer mundo como grupo o categoría se definen automática y necesariamente como religiosas (léase: no progresistas), orientadas hacia la familia (léase “tradicionales”), menores de edad (léase: “aún no están concientes de sus derechos”), analfabetas (léase: “ignorantes”), domésticas (léase: “primitivas”) y, a veces, revolucionarias (léase: “¡su país está en guerra, tienen que luchar!”) Es así como se produce la “diferencia del tercer mundo” (Mohanty, 2008:18).

La autora se muestra pesimista sobre cómo transformar esta mirada feminista, dado el profundo arraigo del feminismo en un humanismo hegemónico, que avala la centralidad del “Hombre occidental”, y que necesita las imágenes de “Mujer”, y “el Oriente” como “Otros” para representarse a sí mismo como el centro. Mohanty desmonta la hipocresía de las mujeres blancas quienes frente a la “mujer del tercer mundo”, se autorrepresentan rotundamente, como seculares y dueñas de sus vidas. Mohanty nos obliga a todas aquellas que deseamos realizar investigación social, a repensar nuestros códigos de partida, a hacerlos explícitos, y ponerlos en cuestión. No supone abandonar temas que pertenecen a otras, sino ser conscientes de nuestra posición de poder y privilegio, y trabajar por lograr complicidades y compromisos mutuos.

Para abordar este trabajo encuentro también imprescindible apoyarme en la teoría de la interseccionalidad (Kimberlé Williams Crenshaw, 1991) que visibiliza los efectos negativos que la confrontación de intereses de diferentes colectivos conlleva, como es el caso de los colectivos feministas y antirracistas. Esta confrontación condena a las mujeres negras a una “zona de nadie”, sin un discurso propio. La vida de estas mujeres discurre en la intersección entre el racismo y el sexismo, situación que las margina más allá del análisis por separado de raza y género. Precisamente, según la autora, la clase no vendría a ser una dimensión diferente de la raza o el

género, sino todo lo contrario; observa una fuerte correlación entre ser mujer negra y pobre. Esta reflexión lleva a Crenshaw a definir a raza y género como dos organizadores básicos en la distribución de los recursos sociales. En mi opinión, esta teoría es un importante apoyo en la lucha de colectivos de mujeres que desde sus propios espacios exigen sus derechos, como en el caso de las mujeres musulmanas. Crenshaw denuncia que los financiadores de los programas sociales asignen recursos según los estándares y las necesidades de las mujeres blancas de clase media, dejando en una posición de mayor vulnerabilidad a las mujeres inmigrantes que cuentan con limitaciones añadidas como las barreras lingüísticas, o su estatus legal dependiente del marido. Otro debate de interés en el que incide la autora, relacionado con mi estudio, tiene relación con el tradicional rechazo por parte de la comunidad negra a la politización de la violencia doméstica, por entender que daña la integridad de su comunidad y facilita la entrada de “intrusos” en sus vidas privadas (la intervención pública). Todo ello crea un contexto en que las mujeres negras encuentran complicado pedir protección ante agresiones, sin sentir que traicionan de alguna manera a los suyos; a su raza. Este discurso lo podemos trasladar al ámbito de las mujeres musulmanas que viven en nuestro entorno y que también se encuentran en una encrucijada similar. Nuestra sociedad parece reclamarles que se enfrenten o abandonen a su marido, a su religión y cultura opresoras para abrazar otra situación “ideal” que no existe, ni se les ofrece. Según la autora, al ampliarse acertadamente el estereotipo de “mujer maltratada” de forma que abarque también a la mujer de clase media, se corre también el riesgo de poner la responsabilidad de salir de su situación en las propias mujeres, olvidando que tienen contextos y situaciones muy diferentes entre sí. Así, las mujeres que no se ajustan a la clase de usuaria imaginada por las políticas públicas (las mujeres negras, en el trabajo de Crenshaw, y en el presente trabajo, las mujeres que visten velo islámico) quedarían aisladas, silenciadas por las instituciones, por diferentes razones.

hay numerosas mujeres que están casadas con trabajadores sin papeles (o ellas mismas no tienen papeles) que sufrirán en silencio por miedo a poner en peligro la seguridad de toda su familia, antes que pedir ayuda o llamar la atención sobre su situación (Crenshaw, 1991:94).

La autora forma parte de lo que se ha venido a llamar “feminismo negro” desde la década de los ‘70, movimiento que supuso una lucha rotunda ante la posición de subordinación de las mujeres negras. Por su trayectoria y sus aportaciones, este feminismo ayuda a abordar las experiencias de discriminación que muchas otras mujeres sufren en el mundo, y en concreto para el presente

trabajo, de aquellas mujeres musulmanas que visten velo en entornos occidentales. Un rasgo del feminismo negro estadounidense es su conciencia de que las mujeres negras son un grupo único y distinto, por la raza y el sexo (Pearl Cleage, 1993 citada en Hill Collins, 2000), que hace visibles las opresiones interseccionales que estas sufren en su propio país. Como nuestra sociedad, la estadounidense está llena de promesas democráticas de libertad y de igualdad para toda su ciudadanía, sin embargo, las mujeres negras denuncian el trato grupal diferencial en base a su raza, clase, género, y sexualidad. Este trato tiene su reflejo en su día a día tanto en el ámbito laboral, como en el acceso a la vivienda, y en el trato recibido en los establecimientos comerciales. El feminismo negro tiene el poder de representar a colectivos más allá del suyo propio, por su lucha por una justicia social universal para todo colectivo oprimido, y en concreto, para aquellos feminismos que no son hegemónicos. Así, desde Reino Unido, dentro del colectivo de mujeres negras de origen jamaicano, Hazel V. Carby (1982) rechaza en el mismo sentido que el feminismo negro estadounidense, el doble robo que han sufrido sus voces y sus relatos, que han sido, por un lado, acallados, y por otro, sustituidos y visibilizados de formas ajenas a ellas. Denuncia la subordinación que las coloca “*por debajo de lo humano*” (Winthrop Jordan, 1969 citada en Carby, 1982: 210), y la “triple” opresión de género, raza y clase que determina sus vidas. El foco que las feministas blancas ponen en el género no sirve a las mujeres negras porque éstas últimas han construido su género de una forma condicionada al racismo, y su feminidad, por lo tanto, difiere radicalmente de la de las mujeres blancas. El análisis de la construcción del género que presenta Carby, tiene un paralelismo con la tendencia occidental de interpretar etnocéntricamente la vida de las mujeres que visten velo desde el convencimiento de que nuestra sociedad, nuestras familias, nuestra feminidad son más avanzadas y más libres: “*El modelo de familia blanca nuclear, que raramente se ajusta a la situación de las mujeres negras, las patologiza, al presentarse como una estructura más progresista que aquélla en la que ellas viven*” (Carby, 1982:218). Cometeríamos un error en juzgar a los hombres musulmanes, tal como Carby denuncia en el caso de los varones negros, desde parámetros de hombres blancos porque los patriarcados y los conceptos de familia son en cada caso diferentes. La autora también lanza duras críticas al feminismo blanco, ciego a los privilegios que ha disfrutado a causa del imperialismo y el colonialismo, obviando lo que las mujeres negras tuvieron que pagar. Irónicamente como Carby apunta, en aquellos periodos, el contacto con las culturas colonizadoras no mejoró la vida de las mujeres de las colonias, ni las liberó, al contrario, el colonialismo dio entrada a formas racistas y sexistas en los sistemas de sexo/género tradicionales. Esta constatación nos trae de nuevo al tema del presente trabajo, mi

reflexión sobre en qué medida nuestra sociedad supuestamente más avanzada, ofrece hoy a las mujeres que visten velo espacios de libertad y tranquilidad al transitar por nuestras calles. Carby aporta una visión optimista sobre la capacidad de las mujeres quienes aún en condiciones complicadas, son capaces de resistir y sobrevivir tanto en los periodos de esclavitud, como ahora ante un Estado racista. Describe a las mujeres como “*fuertes, activas y emprendedoras*” (Mina Davis Caufield, 1974 citada en Carby, 1982:240), capaces de crear nuevas formas de parentesco extenso, más allá de la familia. Para finalizar con las aportaciones de esta autora, recojo otra de sus duras críticas hacia las feministas blancas que toman a las mujeres negras como objetos de estudio (crítica que hago en parte mía), instándoles a desmontar sus mecanismos internos de género y racismo. Afirma que las mujeres negras no buscan “entrar” en el feminismo porque supondría ser asimilado por él, sino al contrario, defiende que es el propio feminismo blanco el que antes de dirigirse a ellas, debe interpelarse por el significado de su “nosotras”, y transformarse profundamente. A la luz de esta lectura, creo que se pueden distinguir dos planos diferentes, uno el de las ideas, donde esta realidad es asumida conceptualmente por el feminismo occidental, y otra, el de los prejuicios socializados desde la infancia, prejuicios que nos traicionan inconscientemente en muchas ocasiones, y que requieren de un trabajo de deconstrucción propia.

No solo el feminismo negro, también el chicano ha luchado por tener voz y reivindicaciones propias. Me permito tomar de la obra de la escritora chicana y estadounidense Gloria Anzaldúa (2004) algo que interpreto como un paralelismo con el velo islámico cuando describe:

La gorra, el rebozo, la mantilla son símbolos de «protección» de las mujeres en mi cultura. La cultura — léase los hombres— pretende proteger a las mujeres. En realidad mantiene a la mujer en roles rígidamente definidos. Aleja a las niñas de otros hombres —no caces en mi coto, sólo yo puedo tocar el cuerpo de mi niña. (Anzaldúa, 2004:74).

Estas prendas, según la autora, tienen su origen en una concepción carnal de la mujer, un peligro del que hay que protegerla, concepción que es compartida por la mayoría de las religiones, empezando por el cristianismo. Basándome en esta reflexión de Anzaldúa, retomo de nuevo la paradoja que supone el rechazo frontal al velo islámico en nuestras sociedades, cuando es una práctica extendida más allá del Islam. Para la autora, el objetivo final de dichas prendas no es sino mantener a las mujeres en roles estrictamente definidos, siempre en relación a otros (familia o colectividad) y sometidas, situación que la autora a través de su vida y su obra ha combatido abiertamente. Aunque comprende a quienes resaltan los valores de su cultura chicana para

compensar la devaluación que sufren de la cultura blanca, y sin renegar de sus raíces mexicanas, afirma que existen valores dentro de su cultura con los que no comulga: “*Aunque siempre defenderé mi raza y cultura cuando sean atacadas por los no-mexicanos, conozco el malestar de mi cultura*” (Anzaldúa, 2004:79). Su testimonio crítico con las normas y leyes, representa “un estar” a caballo entre tres culturas que reivindica por igual (la blanca, la mexicana y la india), ya que a partir de las tres logra construirse un rostro mestizo propio. Considero de interés su punto de vista ya que abre el debate sobre si del mismo modo, la función del velo islámico es principalmente de control, sobre la mujer y también sobre el hombre musulmán, un control de contenido específicamente sexual. No es el objeto de este estudio ahondar en la diversidad de razones para utilizar el velo, pero sí es importante conocer que no es el Corán quien impone a las mujeres la obligatoriedad de su uso, y que este puede obedecer a diversas razones, entre otras a un sentimiento religioso, a una imposición del estado en el que residen, a un deseo de responder al mandato de recato y de modestia, a una tradición cultural e identitaria, o ser una respuesta ante la excesiva “secularización” de nuestras sociedades:

Look around in our society and ask yourselves: who do we emulate? We emulate the Westerners [gharbiyyin], the secularists [almaniyyin], and the Christians: we smoke like they do, we eat like they do, our books and media are full of pictures that are obscene [fahhash]. (Hajja Samira) (Mahmood, 2004:44).

Este es un debate de difícil posicionamiento, puesto que, por un lado, la simbología colectiva del velo tiene una gran fuerza en nuestro imaginario, pero, por otro, la evidencia de que las razones de su uso varían de una mujer a otra en función de su caso y su contexto, es también una realidad.

Asumiendo las certeras críticas lanzadas desde los colectivos de mujeres no hegemónicos sobre el feminismo tradicional, me atrevo a recoger una visión optimista sobre la capacidad de aportar que este feminismo puede aún tener en el debate. Dolores Juliano (2017), en línea con las autoras anteriores, comienza haciendo una revisión de las dificultades del feminismo hegemónico para superar sus prejuicios, y evitar la consecuente victimización de colectivos cuyas opciones de vida chocan con sus valores:

debemos evitar considerar incapaces de elegir por sí mismas a las que ocupan las posiciones más estigmatizadas (presas, trabajadoras del sexo), ni dar por supuesta la mala fe de sectores (monjas, mujeres tradicionales, musulmanas) que han asumido opciones de vida diferentes de las nuestras. (Juliano, 2017:90).

A pesar de ello, Juliano cree en la capacidad del feminismo para trabajar sus propias contradicciones, a través de herramientas como la “teoría del punto de vista” de Sandra Harding (1987), o bien poniendo en valor la visión que las mujeres en los márgenes pueden aportar, o asumiendo los conocimientos situados y parciales de Donna Haraway (1995), entre otras. Aunque no sea tarea fácil, el feminismo blanco tiene ante sí el reto de afrontar su propio racismo y entrever que las problemáticas de colectivos marginados como prostitutas, transexuales, ... representan oportunidades para transformar no solo las vidas de aquellas, sino también la vida de todas las mujeres y la de la sociedad en general. Para lograrlo, el feminismo necesita reflexionar y deconstruirse, y esto sólo será posible si tiene la valentía de despojarse “*del carácter regulativo, ético y políticamente hablando, del que parece ser rehén*” (Juliano, 2017:91). Las prostitutas y transexuales que Juliano menciona, y las mujeres que visten velo representan colectivos cuya visibilidad en el espacio público nos interpela necesariamente. Como la autora, creo que en la respuesta a sus problemáticas nos retratamos todos como sociedad, y las mujeres en particular.

Si nos centramos en el ámbito musulmán en nuestro Estado, encontramos un trabajo interesante llevado a cabo por Djaouida Moualhi, en su estudio *Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social*:

Como mujer magrebí, musulmana y migrada que soy, el hecho de que todavía campen por sus respetos en la opinión pública, los medios de comunicación e incluso la comunidad científica social de España sorprendentes tópicos acerca de la situación de las mujeres árabo-musulmanas o magrebíes, me hizo ver la necesidad de lidiar con ellos. Muchos de los argumentos que esgrimo no son nuevos en absoluto, pero la colosal inercia, capacidad de resistencia y tenacidad de los estereotipos requiere mucha perseverancia. (Moualhi, 2000:292).

Su trabajo aporta un eje añadido a la discriminación social que las mujeres musulmanas sufren por su religión musulmana, como es su origen étnico, y que en el Estado español adquiere una gran significación: la etnia árabe. Los tópicos sobre el Islam analizados por la autora en su estudio son el velo islámico; la ablación del clítoris, el sistema de herencia, y la poligamia. Uno a uno los va analizando, contextualizando y argumentando para concluir que el Corán no exige ninguno de ellos, y que algunos, como la ablación no es exclusivo de sociedades islámicas, y que otros, como la poligamia es cada vez más minoritaria en los países del Magreb. Mención especial merece por su relación con mi estudio, su análisis sobre el tópico de la obligatoriedad del velo. La autora lo contextualiza en el periodo de colonización de Argelia, Marruecos y Túnez por parte de Francia,

cuando los franceses de forma interesada, buscaron la confrontación sobre el velo entre la población colonizada, y poner así a las mujeres de dichos países en contra de la resistencia local masculina. Además, los mismos colonizadores resaltaron las diferencias étnicas entre las propias mujeres, unas bereberes que no usaban velo, y otras árabes, que sí lo hacían en un número importante. Precisamente, el componente colonizador ha tenido según la autora un gran impacto en el uso del *hiyab*, utilizado a partir de entonces en los países colonizados como muestra de una reivindicación política:

el movimiento independentista argelino contrapuso al discurso colonizador francés el uso del velo como símbolo de identidad musulmana frente al invasor, de tal suerte que muchas activistas argelinas lo llevaban con fines políticos. El uso que actualmente hacen algunas jóvenes francesas de origen magrebí quizá vaya también en esta dirección, como reivindicación de una identidad social diferenciada. (Moualhi, 2000:298).

No es la intención de Djaouida Moualhi al desmontar estos tópicos negar las desigualdades que sufren las mujeres magrebíes en sus países de origen, pero a su parecer, la discriminación que estas sufren no viene dada por un velo que ellas han elegido llevar libremente, sino por otras razones como la diferente consideración legal de la mujer con un “estatus de eterna menor”; o la desigualdad de oportunidades que aún encontraban en dichos países en los ámbitos laboral y educativo en el año 2000. Precisamente, según la autora, esta situación discriminatoria que viven las mujeres bien ha podido ser en muchas ocasiones, el desencadenante para emigrar a países como España, lo que demostraría su agencia y sus ganas de emanciparse, ambas incompatibles con la posición de sumisión a la que las destinamos. Creo de interés la contextualización histórica, por un lado, y social, por otro que Djaouida Moualhi hace para mostrarnos cómo el Islam, y los sistemas políticos y sociales se influyen mutuamente, aspectos a tener en cuenta y que previenen de hacer juicios reduccionistas sobre toda la colectividad de mujeres del Magreb. También destacaría de su trabajo el hecho de que el velo no sea percibido por las mujeres como el gran problema al que deben enfrentarse, lo que contrasta con el debate abierto en nuestro país.

De la misma opinión es la autora Sirin Adlbi Sibai (2016), quien relata su experiencia personal al ser interpelada por uno de sus profesores de universidad de esta manera: “*Para qué y por qué una mujer musulmana con hiyab hace una tesis doctoral?*” (Adlbi Sibai, 2016:7). A partir de esta pregunta, la autora va deconstruyendo el lugar desde el que dicho profesor la mira, una subjetividad de “*hombre blanco, occidental, que habla desde el privilegio de la academia occidentalocéntrica*” (Ibid:7). Aquel hombre la percibía como absolutamente incapaz para la producción académica por

el mero hecho de pertenecer a una cultura determinada y vestir una prenda. Adlbi es clara en el objetivo y en el compromiso que ha adquirido con su obra, busca la descolonización del Islam, y al mismo tiempo, desmontar el papel que en el imaginario colectivo juega la imagen de la “mujer musulmana con hiyab”. Esta mujer representa la “*Otra por antonomasia*” (Ibid:134), y es la coartada perfecta de Occidente frente al Islam. En su lucha, Adlbi se apoya en diversas fuentes, entre las que destaco a Edward Said y su afirmación de que el orientalismo es “*un estilo occidental que pretende dominar, reestructurar y tener autoridad sobre Oriente*” (Said, 2002, citado por Adlbi, 2016:49). Occidente puede respecto a Oriente describirlo, colonizarlo y tomar decisiones en relación a él, todo desde una supuesta identidad superior al resto de pueblos. Adlbi también recurre a la obra de Gayatri Chakravorty Spivak, quien hace una importante contribución a la visión de Said al poner de relieve el añadido carácter sexista del orientalismo, incorporando una mirada desde la transversalidad del género.

Spivak se define como “feminista poscolonial” porque considera que lo subalterno es heterogéneo de múltiples maneras, pero que en cualquier caso, se encuentra atravesado por el género. Ésta será la cuestión central que recorre toda su obra y la conduce a interrogar, buscar y construir, continuamente, el lugar del subalterno generizado (gendered subaltern) o la voz de la mujer subalterna (Adlbi Sibai, 2016:54).

Esto apoya las dos hipótesis que Adlbi propone en su obra, la primera, su constatación de que la islamofobia está “generizada”, por lo que el término “islamofobia de género” sería redundante, y la segunda, que la islamofobia para ser efectiva necesita crear subjetividades coloniales en los individuos a través de mecanismos como el “racismo cultural” (Balibar, 1991 & Grosfoguel, 2003 citados en Adlbi, 2016).

una forma de racismo que, sin embargo, no estará desvinculada de su forma biológica anterior; naturalizará y esencializará las culturas de los colonizados (Grosfoguel, 2007:123-124), ahora tercermundistas, subdesarrollados o antidemocráticos (Ibid.:130).

Adlbi denuncia la hipocresía y la perversión que todo ello supone cuando se invaden países en nombre de la liberación de la mujer musulmana para ocultar intereses económicos de los países occidentales, o cuando se obvia que Occidente ha favorecido el crecimiento del poder de los talibanes como pago a su lucha contra la antigua URSS. La autora también es crítica con esa falsa imagen de la mujer occidental, libre de toda desigualdad frente a la oprimida mujer musulmana

que viste *hiyab*. En su cierre del libro, hace una propuesta a la luz de todo lo analizado que apoye lo que ella llama “*proyectos alternativos de resistencia y liberación emancipatoria*” (Ibid.:266). Según Adlbi, la única forma de lograrlo es asumiendo primero de forma consciente el “no ser” o el “no lugar”, al que han sido apartadas, una conciencia dolorosa pero que ella defiende como la única vía para despertar del largo proceso de colonización. Muestra también su optimismo sobre la posibilidad de transformar este mundo en otro mejor:

Mi crítica no se trata de una negación de los feminismos islámicos, ni mucho menos de sus principios y principales contenidos y logros, de los que sin lugar a dudas me siento parte y defiendo. Muy lejos de esto, mi crítica es una llamada desgarradora a una nueva revolución, a superar el carácter colonial de los feminismos islámicos, reclamar y urgir un proyecto de liberación emancipatorio profundo y global. Una revolución descolonial, anticapitalista, antipatriarcal, antisexista, anticlassista y antirracista (Ibid.: 269).

Esta propuesta de revolución hace resonar con fuerza las bases universalistas de los feminismos negro y chicano, sin embargo, ni Djaouida Moualhi ni Sirin Adlbi Sibai se identifican a sí mismas como feministas, aunque sí reconocen sus luchas. Adlbi, que se autodefine como pensadora musulmana decolonial, considera el término “feminismo islámico” como redundante, por un lado, ya que el islam defiende los derechos de todos los seres humanos, y por otro, como “una estrategia” para ser escuchadas, pero que resulta inútil por beber de las mismas fuentes que el pensamiento colonial, y ser incapaz de descolonizar el Islam a pesar de sus esfuerzos (Adlbi Sibai, 2016). Esta idea nos lleva a su propuesta anteriormente mencionada de tomar como punto de partida la asunción consciente del “no ser” para poder avanzar, en consonancia con Chandra Talpade Mohanty quien proponía deconstruir a través de la crítica interna los feminismos de Occidente para poder construir unos intereses propios.

La “Islamofobia” mencionada por Sirin Adlbi Sibai es un término relativamente reciente surgido a finales de los años 80 a nivel institucional, aunque no existe una única definición sobre el mismo. El Centro Europeo de Control del Racismo y la Xenofobia (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2006;), recoge varias definiciones entre las que destacaría la siguiente:

the fear of or prejudiced viewpoint towards Islam, Muslims and matters pertaining to them. Whether it takes the shape of daily forms of racism and discrimination or more violent forms, Islamophobia is a violation of human rights and a threat to social cohesion. (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2006:61).

Este miedo o prejuicio se ha multiplicado de forma exponencial a partir de la serie de atentados desde el 11S en Nueva York, con consecuencias concretas en el día a día de la colectividad musulmana, como discriminaciones en diferentes ámbitos, entre ellos el acceso a espacios y servicios públicos:

As a result of the fight against terrorism engaged since the events of 11 September 2001, certain groups of persons, notably Arabs, Jews, Muslims, certain asylum seekers, refugees and immigrants, certain visible minorities and persons perceived as belonging to such groups, have become particularly vulnerable to racism and/or to racial discrimination across many fields of public life including education, employment, housing, access to goods and services, access to public places and freedom of movement. (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2006:60).

Las causas de la Islamofobia no se circunscriben exclusivamente a la religión, sino que, en su construcción, intervienen discriminaciones múltiples como la raza, el origen étnico o nacional, el género, el color e incluso el estatus legal. Completando las discriminaciones recogidas por este informe a nivel europeo, me parece interesante añadir una idea que ahonda en otra posible causa de nuestro miedo hacia el Islam: su capacidad de evocarnos “*el fantasma del Cristianismo puritano, la cruzada moral, las guerras sectarias en Europa*” (Mijares Molina & Ramírez, 2008:123). Así, paradójicamente, lejos de temer la diferencia, lo que parecíamos temer es la semejanza. Otros autores (Tortosa 1999; & Zemni 2002, citados por Samper, S. 2004) ofrecen una visión complementaria a esta misma idea, al teorizar que la fabricación de un “otro” está fuertemente relacionada con la preocupación identitaria de la Europa moderna, que busca ese “otro” conservador y regresor que le permita definirse a sí misma.

Para finalizar este primer apartado sobre “estar en los márgenes”, quisiera reflejar algunas de las bases de la investigación feminista que son una guía para el presente trabajo. Una de ellas es la manera en que representamos a grupos a los que no pertenecemos, y que sufren opresiones que nosotras no vivimos. Así, un punto relevante en el devenir de las investigaciones feministas ha sido reconocer que las mujeres blancas no tenemos el “*monopolio sobre la otredad*” (Wilkinson & Kitzinger, 1996:5), que existen “*otras Otras*” que por su raza, clase u orientación/identidad sexual son invisibilizadas. El dilema es complejo; ¿cómo podemos interrumpir esa invisibilización de las otras desde nuestra posición de privilegio?, ¿cómo debemos posicionarnos cuando realizamos investigaciones? Las respuestas que se proponen desde el feminismo son diversas:

hablar sólo en nuestro nombre; hablar de la “otredad” exclusivamente para celebrarla; hablar para desestabilizarla, y por último, romper la otredad (Wilkinson & Kitzinger, 1996), todas ellas propuestas interesantes, pero algunas de ellas acompañadas de limitaciones. Así, la primera consiste en hablar en nombre de nosotras mismas y de nadie más, enfoque a mi entender coherente porque postula que son las otras las que deben representarse a sí mismas en sus propios términos. Sin embargo, un problema que esta posición plantea es cómo accedemos a ese “nosotras” desde el que podemos hablar, quién constituye “nuestra comunidad” (ya que, en demasiadas ocasiones, ese nosotras resulta ser una identidad homogeneizadora que obvia otros ejes como la etnia, la raza, y la clase). Otro problema que plantea esta opción es que daría lugar a una excesiva representación de las miradas de las mujeres occidentales blancas, de clase media, y no contribuiría a lograr el objetivo buscado. Y un tercer problema y quizá el más grave, es que al mismo tiempo que esta postura nos inhabilita y deslegitima a hablar sobre las otras, también las inhabilita a ellas a hablar de nosotras. Si bien a priori pudiera parecer una buena alternativa, tras el análisis de sus limitaciones, no parece una buena senda a seguir. Frente a ella, una segunda propuesta sería la celebración de la otredad destacando sus capacidades de supervivencia, sus fortalezas y sus tradiciones en positivo. La fuerza de esta opción es que huye del habitual foco puesto en las debilidades y en el sufrimiento de las otras, vistas siempre como víctimas. Sin embargo, esta opción plantea un “pero”, ya que esta mirada puede llevarnos a caer en una visión exótica y romántica de sus vidas, y a interpretaciones erróneas de sus luchas desde nuestros particulares parámetros (Wilkinson & Kitzinger, 1996). Esta posición nos sitúa en uno de los dilemas del feminismo, quien al mismo tiempo lucha por salir de la trampa de la crítica sobre la otredad, para caer en otra trampa diferente, en la de un interesado romanticismo. En ambos casos el feminismo seguiría proyectando su “*propia agenda política*” (Ibid.:14). Junto a estas dos, existe una tercera opción ante la otredad, la propuesta desde feminismos de influencias postmodernistas que consiste en poner en cuestión las asunciones epistemológicas sobre la otredad, y lograr superar una visión de “la otra” como necesariamente oprimida. Esta posición reconoce la existencia de múltiples dimensiones de poder y de no-poder desde las que se construye la otredad (más allá del rígido binarismo), y que hacen que la dominación y subordinación estructurales puedan darse en ambos lados, tanto en el de la investigadora y como en el de los sujetos investigados. La cuarta propuesta nos anima a interrumpir el proceso de deconstrucción de la otra como “la otra” (*othering*), y a lograr discernir “*cómo hablar sin que nuestras palabras sirvan para desempoderar a otras, y cuándo callar*” (Wilkinson & Kitzinger, 1996:16). Esta última propuesta resulta ser un compendio

de las tres anteriores, superando limitaciones que algunas de ellas presentan. Este “interrumpir” puede ser logrado de diversas maneras, por ejemplo, analizando desde un punto de vista ético quiénes son aquellas a las que incluimos en nuestras muestras; preguntándonos de forma crítica por nuestras biografías; y, por último, estando abiertas al criticismo. Especialmente relevante es hacer explícita en la investigación social feminista la “ecuación Self-Other” (el yo frente al Otro/Otra); lo que Michelle Fine viene a llamar “*working the hyphen*” (Wilkinson & Kitzinger, 1996:16), que podría traducirse de forma literal como *trabajando el guion* (el signo ortográfico) en la ecuación “yo-la otra”. *Working the hyphen* supone aproximarse a la otra de varios modos, todos útiles para aquellas que buscamos llevar a cabo investigación feminista. Uno de ellos sería contrastar con esas “Otras” si dan por válida la representación que de ellas hacemos. Un segundo modo es escuchar sus representaciones sobre nosotras como una forma de exponernos también al proceso de “otredad”, que, aunque incómodo o doloroso, es útil para romper la unidireccionalidad habitual. Un tercero supondría escuchar a miembros del “grupo poderoso”, y oír cómo construyen a “los otros”, como en las crónicas de los primeros etnógrafos quienes mostraban más sobre sus propias preocupaciones, que sobre las llamadas por ellos “tribus primitivas”. Un último modo, presentado más como deseo que como posibilidad real, es el diálogo entre “nosotras” y “las otras”, el poder influenciarnos unas a las otras en una relación dialógica que no privilegie a unas poderosas sobre el resto. Esta vía podría representar una esperanza para lograr una verdadera justicia social; “*una sociedad genuinamente democrática*” (Wilkinson & Kitzinger, 1996:18).

La revisión del pensamiento de diferentes colectivos y autoras me ha ayudado a encuadrar mi estudio, un estudio que claramente habla de “otras”, mujeres musulmanas que visten velo en Euskadi, pero que, al mismo tiempo, les pregunta por su visión de “nosotras”, las mujeres vascas “locales”. En coherencia con este punto de partida, he elegido el formato de entrevista abierta ya que favorece un diálogo de influencia mutua. Con humildad, creo que mi trabajo tiene encaje en las luchas y reivindicaciones que mujeres musulmanas de Euskadi llevan a cabo ante las instituciones, principalmente en ámbitos como la vivienda y el empleo. Desde la consciencia de que colectivos como Bidaya, Ahizpatasuna, Safa, y Al Nour representan en Euskadi a una parte de dichas mujeres, y sin querer generalizar su lucha a todo el colectivo, destaco la declaración de ser de Bidaya en su quehacer diario para desmontar falsas creencias sobre ellas:

Participando de manera activa en la sociedad, denunciando las injusticias en torno a nuestro colectivo y buscando la transformación social hacia la apertura, la inclusión y el respeto a la diferencia. Creemos en la

participación social, la formación y el empoderamiento como lucha contra las falsas creencias que surgen en torno a las mujeres musulmanas; ¿ese es nuestro reto! (Bidaya Asociación de mujeres musulmanas de Euskadi. 2007).

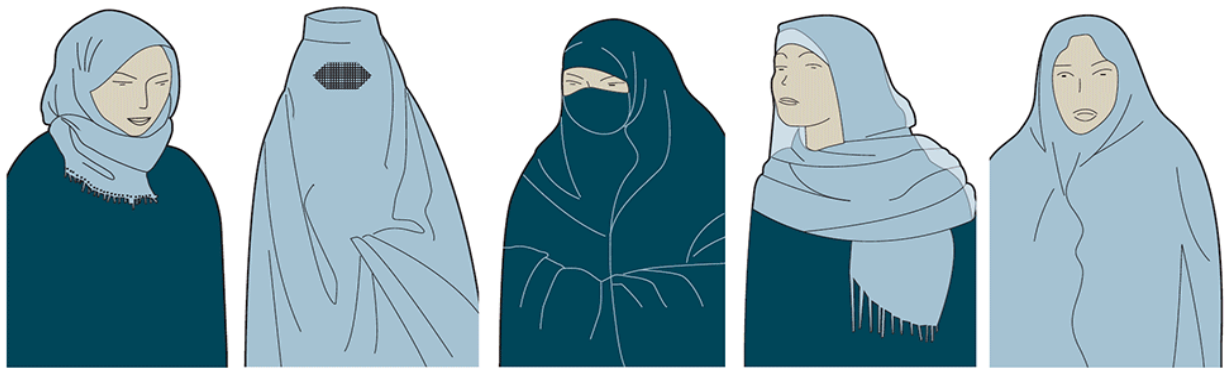
Confío que este trabajo represente para ellas una forma más de lograr dicho reto.

2.2. MUJERES QUE VISTEN VELO ISLÁMICO EN ESPAÑA

Tras esta revisión del fenómeno de la “otredad” desde diversos colectivos de mujeres, y la crítica específica que realizan mujeres musulmanas al pensamiento colonial que sustenta dicha “otredad”, paso a analizar el debate que sobre el velo musulmán se viene dando en España de forma cronológica desde los atentados del 11M en 2004. Para ello he tomado la referencia de diversos estudios realizados por autoras de nuestro entorno. Todas ellas abordan el fenómeno del velo realizando una autocrítica hacia nuestra sociedad que de forma generalizada y acrítica ha caído en la trampa de un discurso excluyente hacia las mujeres que lo visten. El abordaje que las distintas instituciones, gobiernos autonómicos, ayuntamientos, ... han hecho del uso del velo en el espacio público ha sido también objeto de crítica por parte de estas investigadoras.

Como noción básica para entender a qué nivel se han llevado a cabo estas regulaciones, es preciso tener presente la variedad de prendas que las mujeres musulmanas pueden vestir. La palabra “velo”, aunque muy extendida coloquialmente (y que he utilizado en este trabajo para referirme en castellano de forma genérica a todas ellas), no recoge la diversidad de prendas musulmanas. Además, dichas prendas varían según los países y las prácticas religiosas (Motilla, 2009). El velo o pañuelo más comúnmente utilizado en el Estado español es el *hiyab*, y como abordaremos a continuación, no ha suscitado a nivel institucional la necesidad de ser regularizado, a excepción de las prisiones, donde en julio de 2017, la Audiencia Nacional solicitó sustituir su uso por un pañuelo más sencillo para facilitar la identificación de las presas (Europa Press, 2017). El *burka* y el *niqab*, anecdóticos en nuestros pueblos, y sobredimensionados artificialmente a nivel mediático, sí han sido objeto de prohibición por algunas instituciones autonómicas y municipales “por razones de seguridad”.

Ilustración 1. Prendas tradicionales de la mujer musulmana



■ **'HIYAB'**

El *hiyab* es un velo característico de muchas musulmanas. Deja libre la cara, y muchas mujeres lo llevan como un signo de identidad.

■ **'BURKA'**

Oculta completamente el cuerpo. Una rejilla de tela en los ojos permite que la mujer vea, pero no ser vista. Las manos se cubren.

■ **'NIQAB'**

El *niqab* es una prenda que cubre hasta la rodilla y sólo deja libres los ojos. Se combina con otro velo para los ojos.

■ **'SHAYLA'**

Es un pañuelo largo y rectangular usado en la zona del golfo Pérsico. Este velo se coloca alrededor de la cabeza.

■ **CHADOR**

Usado por mujeres iraníes cuando salen de casa. Cubre todo el cuerpo y puede combinarse con un pañuelo en la cabeza.

Fuente: El País, 2010.

Sarai Samper Sierra (2004), unos meses después de los atentados sucedidos en Madrid el 11 de marzo de 2004, abordó los discursos en primera persona de un grupo de mujeres musulmanas residentes en Catalunya y procedentes de Marruecos sobre su musulmanidad. Todas ellas afirmaron sentirse profundamente musulmanas, y destacaron la protección que el Islam aporta directamente a las mujeres por “*el deber de los hombres a mantener a sus esposas*” (Samper, 2004:2). Así, relata Samper:

la diferencia que hay entre hombres y mujeres, y consideran que beneficia a la mujer, en tanto que obliga a los hombres a mantenerlas mientras ellas pueden disponer a su voluntad de sus propiedades y ahorros. De este modo, todo aquello que se considera discriminante para las mujeres, como la falta de derechos o libertades en Marruecos, el control familiar o su exclusión del mercado laboral, se atribuye a la mentalidad y a las costumbres sociales, pero raramente se atribuye al islam. (Samper, 2004:3).

Las afirmaciones hechas por estas mujeres son coherentes con la reafirmación psicológica de la musulmanidad que habitualmente se da al emigrar a otro país (Roquero y Rodríguez 1995; Rojo 1997; Oso 1998; Ramírez 1998; Ribas 1999; García-Cano 2000, citados en Samper, S. 2004).

Este discurso dignificador resalta el contenido liberador del islam, tanto para las mujeres como para los musulmanes en general, y valora altamente las disposiciones sobre el comportamiento correcto en la vida cotidiana contenidas en el Corán y en la Sunna por ser normas válidas de convivencia y bienestar personal. (Samper, 2004: 4).

Así, las mujeres mostraban su total desacuerdo en tener que abandonar el Islam como requisito para lograr su integración en nuestra sociedad española. En el grupo se observaron, no obstante, diferentes concepciones del Islam según el nivel de estudios:

aquellas chicas con una menor formación acentúan los contenidos morales y normativos del islam, especialmente los relativos a la mujer, desde una visión un tanto sancionadora de la religión, mezclada con otros contenidos populares. En contraposición, aquellas mujeres que cuentan con un mayor nivel de estudios destacan los valores y el contenido espiritual del islam, resaltando lo que el islam aporta a su vida personal y a su condición de mujeres. (Samper, 2004:3).

La autora se mostraba crítica con el hecho de que como sociedad receptora mostremos más preocupación por el machismo que las mujeres puedan sufrir por parte de su colectividad, que por las discriminaciones legales y laborales a las que se ven aquí abocadas. De hecho, estas últimas eran sus mayores preocupaciones: las mujeres “solteras” tenían dificultades para regularizar su situación legal lo que las destinaba a trabajos precarios en el ámbito doméstico, y las mujeres “reagrupadas” (como hijas o esposas) por el contrario, sufrían la paradoja de no poder trabajar por el tipo de permiso que se les asigna. Estas situaciones no hacían sino reforzar en todas ellas “*su dependencia económica, legal y social respecto a una figura familiar casi siempre masculina*” (Ibid.:10). Sus deseos de emancipación al venir a nuestro país se truncan no tanto por su religión, sino por las discriminaciones legales y sociales con las que aquí las acogemos:

Esta realidad contrasta con las ansias de trabajar, estudiar y de realización personal con las que muchas de estas mujeres llegaron a España. Estas aspiraciones se preveían difíciles de conseguir en Marruecos y en muchos casos acaban tornándose más difíciles todavía en la sociedad española por la discriminación legal y social con que se les acoge. (Samper, 2004:10)

A nivel de Euskadi, no se han desarrollado trabajos en relación al uso del velo, pero sí sobre la colectividad musulmana vasca (Etxeberria, Ruiz Vieyetz, & Vicente Torrado, 2007), cuyos testimonios han ayudado a analizar los sentimientos de subalteridad que dicha colectividad sufre

en el trato cotidiano con la ciudadanía vasca local. Las personas entrevistadas afirmaron sentirse víctimas de estereotipos y prejuicios, tanto por “lo musulmán”, como por “lo etno-racial”. En sus reflexiones sobre el origen o la causa de dichos prejuicios, apuntaban al profundo desconocimiento que sobre “lo musulmán” existe en nuestra sociedad. Entre las medidas para paliar dicho desconocimiento, destacaban el papel que tanto la escuela como los medios de comunicación juegan en la creación de estereotipos. Como colectivo pedían respeto, rigor y espíritu de objetividad al abordar los temas relacionados con “lo musulmán”, y también proponían que las autoridades realizaran gestos hacia ellos, como acercarse periódicamente a las mezquitas. El estudio concluía con propuestas de los autores hacia las instituciones públicas, apelando a *“un enfoque de gestión democrática de la diversidad y de reacomodación de las instituciones, desde la asunción de las nuevas ciudadanía y de sus identidades que ya moldean y caracterizan también el ser de esa misma sociedad”* (Ibid.:206).

Más tarde en el Estado, aparecen una serie de trabajos que profundizan en este mismo fenómeno, y específicamente en el fenómeno de la *“Islamofobia generizada”* (Mijares Molina & Ramírez, 2008:121), poniendo de manifiesto la fuerza simbólica que ya entonces comenzaba a adquirir el “pañuelo”. Las autoras denuncian que el velo se presente como la antítesis del principio de igualdad entre mujeres y hombres, un discurso apoyado lamentablemente también por parte del feminismo español. Las autoras reflejaban en su estudio las respuestas de una encuesta del periódico *El País*, realizada en 2007, sobre el uso del pañuelo en los centros educativos. Si bien ésta no fue una encuesta científica, sí sorprendía a las autoras el hecho de que hasta un 74% estuviera de acuerdo en prohibirlo, teniendo en cuenta el perfil progresista asignado tradicionalmente a los lectores de dicho periódico. Por primera vez, el discurso racista era sostenido no solo *“por los grupos ‘tradicionales’ del racismo, sino por intelectuales, opinión pública, políticos, clases medias y clases trabajadoras”* (Mijares Molina & Ramírez, 2008:133). Junto a ellos, parte del colectivo feminista se posicionaba en contra del pañuelo por interpretarlo como *“un medio de control de la movilidad espacial y de la sexualidad”* (Ibid.:132) de las mujeres musulmanas. Como ejemplo de este discurso imperante, rescato un programa de televisión (RTVE, 2007) donde Rachida El-Rhoumari, ama de casa marroquí, madre de dos hijos que vestía velo, interpelaba a Durán i Lleida, político catalán católico practicante, por el difícil acceso que las jóvenes musulmanas cualificadas que visten velo tienen en el mundo laboral. La mujer argumentó las dificultades y las repercusiones económicas injustas que el rechazo al velo significa hoy en día para ellas. La pregunta en cuestión no obtuvo una respuesta directa del político, quien, aseguró

apoyar sin fisuras el derecho a profesar cualquier religión, tener respeto, pero no compartir en absoluto la cultura musulmana por ser esta “retrasada” y opresora hacia las mujeres, e instó a la mujer a integrarse en la cultura de “aquí”. Estas palabras tienen su traducción práctica en consecuentes programas de las instituciones públicas, que no ayudan a mejorar las condiciones de acceso al trabajo de dichas mujeres, sino que las estigmatizan en un grado mayor si estas no se amoldan a nuestras costumbres.

Este contexto prepara el terreno para la promulgación de leyes reguladoras del uso del velo o pañuelo en todo Europa, que lejos de ofrecer soluciones, buscan réditos políticos para quienes han comenzado a promoverlas. Así, Ángeles Ramírez en su libro *La trampa del velo* (2011) denuncia que estas leyes promueven una violencia “legítima” sobre el cuerpo de las mujeres, y que las marginalizan negándoles su condición de ciudadanas de pleno derecho. Sostiene que la restricción del *hiyab* es una especie de aviso, una forma de dejar claro que “aquí” existen unas reglas que hay que cumplir si quieren integrarse. No quiere pasar por alto que la clase política española, excepto aquellos partidos situados a la izquierda del PSOE, haya buscado interesadamente separar el debate del velo del ámbito de la religión, encuadrándolo en un debate cultural, y evitar así entrar en otro más profundo: aquel que aborde de forma global el papel que las religiones deben jugar en nuestro espacio público. Este segundo debate no parece ser del interés de la clase política porque pondría “*en riesgo la catolicidad del nominalmente aconfesional Estado español*” (Ramírez Fernández, 2011:132), tal y como critica la Asociación Europea Laica ante los privilegios que goza la Iglesia católica en nuestro Estado. En relación a la postura adoptada por el feminismo, la autora lamenta que los medios hayan dado voz solo a las “feministas de la igualdad”, contrarias abiertamente al uso de velo, y que a su entender demuestran una “*actitud de imperialismo epistemológico bastante habitual en lo que se refiere al islam*” (Ibid.:136), y a la vez, un “*despotismo ilustrado*” (Ibid.:147) pretendidamente feminista. Busca recuperar la voz del otro feminismo, el crítico, que defiende un proyecto de sociedad laicista en la que el uso del *hiyab* esté normalizado. Este feminismo no es ciego al pensamiento colonial del feminismo de la igualdad, lo denuncia y apuesta por un feminismo contextualizado, que, sin caer en el relativismo, abra espacios de diálogo con las mujeres que visten velo. Finaliza la autora con una reflexión global sobre las mujeres de occidente y oriente que resuena a las preguntas hechas por Gloria Anzaldúa (2004), rebelándose contra el hecho de que siempre sean nuestros cuerpos los que son normativizados a través de reglas, reglas que nos convierten en “buenas” o “malas”, siempre subordinadas al “*poder masculino y colonial*” (Ibid.:142). Tampoco se le escapa a Ramírez que, al controlar el cuerpo de las mujeres musulmanas

a través de la regulación del velo, las instituciones españolas buscan controlar a toda la colectividad musulmana que reside en el Estado. Paradójicamente, estas normativas siguen para la autora esquemas similares a los de las reglamentaciones que obligan al uso del pañuelo en ciertos países y contextos musulmanes, contra los que la autora también se posiciona. “*Nadie debería atribuirse el derecho de hacer del pañuelo una bandera ni de obtener satisfacción de retirarlo, excepto las propias mujeres*” (Ramírez Fernández, 2011:147). De sus conclusiones finales destaco su reflexión de que, tanto el eje colonial como el eje del patriarcado, juegan un papel en esta “trampa del velo”. Priorizar el eje del patriarcado nos llevaría a culpabilizar solamente a los hombres y a las comunidades musulmanas de la subordinación en la que viven sus mujeres, obviando de forma interesada nuestras propias prácticas de dominación hacia ellas y ellos, y las relaciones coloniales presentes en la interacción islam-occidente.

El grupo *Multiculturalisme i Gènere* apoya esta misma idea al considerar que poniendo el foco exclusivamente en la religión islámica, desviamos la atención de nuestra propia realidad: “*nada hay que más guste en Occidente que esas tragedias que le hacen olvidar sus propios crímenes*” (García et al., 2011:290). Así mismo, denuncian lo hipócrita de nuestra postura cuando reforzamos la imagen de la mujer musulmana oprimida por el Islam, y al mismo tiempo, pasamos por alto el impacto que en ella tienen el patriarcado y las desigualdades estructurales de nuestras propias sociedades. Buscando conocer la vivencia de las mujeres musulmanas sobre los estereotipos que les asignamos, el grupo llevó a cabo en 2011, diez entrevistas a mujeres marroquíes inmigrantes para que ellas ofrecieran su propia “autorepresentación”. Las mujeres confirmaron sufrir estereotipos por parte de las mujeres autóctonas no musulmanas, y discriminaciones a nivel laboral o de vivienda. Ellas lo interpretaban como resultado de una “xenofobia cultural” basada en “*su propia cultura de procedencia incluyendo la religión*” (García et al., 2011:293):

Hay mucha gente que no le gusta la gente de Marruecos. No sé porqué. La gente ve las noticias y piensa que todos los musulmanes somos terroristas. Tienen miedo de Marruecos. / La gente no quiere alquilar pisos a los inmigrantes. No quieren extranjeros, de Marruecos. / El problema para las mujeres es el pañuelo. Cuando buscas trabajo siempre te preguntan si llevas pañuelo. (Ibid.:292-293).

Las mujeres denunciaban el papel de los medios de comunicación por difundir una imagen sesgada de ellas y de su entorno, reforzando un imaginario de mujeres atrasadas, y de ciudades de origen sucias y dejadas. Respecto al *hiyab*, reivindicaban su derecho a llevarlo por voluntad propia y poder al mismo tiempo, trabajar fuera de casa y disponer de recursos económicos.

La discriminación, si bien tiene matices según el país donde se exprese, es común a toda Europa. Cabe recordar que España y Reino Unido sufrieron entre 2004 y 2005 diversos atentados cometidos por células terroristas de tipo yihadista, atentados que lamentablemente provocaron fuerte rechazo social hacia la globalidad de las comunidades musulmanas residentes en ambos países. En Reino Unido, Louise Ryan (2011) hace una revisión de los discursos surgidos en su país a raíz de aquellos atentados. Discursos o prejuicios, como el que defiende la incompatibilidad del Islam con los valores occidentales, o la interpretación del *hiyab* como símbolo inequívoco de que la comunidad musulmana “*es una minoría problemática que rechaza integrarse*” (Ryan, 2011:1046). La autora denuncia la ausencia de voces de mujeres musulmanas en los debates públicos, y reivindica mayores estudios que muestren la diversidad de actitudes y experiencias de dichas mujeres. Ryan aborda en su estudio cómo experimentaban la estigmatización colectiva y cómo resistían el estigma anti-musulmán un grupo de 31 mujeres musulmanas con alto dominio del inglés, alto nivel de estudios, y empleos cualificados. No especifica la autora el número de ellas que vestían el *hiyab*, si bien indica que eran “muchas”, destacando la relevancia de la “sociología del vestir” para comprender cómo el yo se presenta ante los otros, y cómo es comprendido por ellos según los diferentes contextos sociales. En su análisis, se apoyó en la teoría del sociólogo Erving Goffman (1971) sobre las interacciones sociales entre diferentes audiencias, en este caso, entre la musulmana y la no musulmana. Así, aquellos sujetos que se desvían de lo esperado, por ejemplo, las mujeres veladas, generan sentimientos de incomodidad y desconfianza en la otra parte. En contraposición, los estigmatizados sienten que se pone en cuestión “su presentación moral del yo”:

being stigmatized because of some illness, disability or religious affiliation can involve labelling, stereotyping, loss of status and discrimination (Goffman, 1963). The stigmatized may feel marginalized, hated, undermined and even threatened. Stigmatization threatens the labelled individual's 'moral standing' (Yang et al., 2007: 1533). Put another way, it challenges their 'moral presentation of self' (May, 2008). (Ryan, 2011:1047).

Éstos lejos de permanecer pasivos ante el estigma, buscan la forma de alcanzar una consistencia respecto a la imagen que tienen de sí mismos, bien reclamando el estatus de “normalidad” para su posición moral, bien, reclamando dicha normalidad distanciándose del otro etiquetado como “anormal”. Esta teoría le sirve de apoyo a Ryan para interpretar las afirmaciones de “normalidad”

que las mujeres entrevistadas alegaron frente al estigma que les había sobrevenido tras los atentados de 2005 en Reino Unido:

We had the 7/7 bombers and a lot of people died so I don't want to undermine it in any way, to say it's not a problem because obviously it is, but it's the aggressive way the government talk about it that alienates and makes the Muslim community look like a homogenous community. Basically it's made the Muslim community be the 'other' when generally we're not, we read the same newspapers, we go to the same schools, we're just normal people. (Nazia) (Ibid.:1050).

Muchas de las mujeres del estudio narraron realizar pequeños actos para demostrar su integridad moral (y por ende la de la comunidad musulmana), como ceder el sitio en la cola del supermercado si la otra persona llevaba menos productos, o ceder el paso con el coche..., rutinas diarias con las que buscaban transformar de algún modo las representaciones que las estigmatizaban. Unánimemente, todas percibían el extremismo violento yihadista como minoritario y contrario a las leyes del Islam, y percibían como algo positivo vivir en una sociedad multicultural como la británica. Las mujeres más conservadoras en torno a la religión, sin embargo, se mostraron abiertamente críticas con algunas prácticas de la sociedad británica, en concreto, con el alto consumo de alcohol y con la hipersexualidad imperante, que representaban para ellas una falta de valores morales:

I would not move out of London, I love London, I feel I am British" but she then went on to highlight some of the problems in British society: "they have all these problems, the highest level of binge drinking, teenage pregnancies. (Mona) (Ibid.:1054).

Respecto al uso del *hiyab*, la autora recogió diferentes visiones y experiencias entre las participantes, en ocasiones opuestas. Así, la prenda, según su contexto político y país de origen, podía representar una forma de resistencia para algunas, y también, una forma de control sobre la mujer, para otras. Del mismo modo, los testimonios sobre la estigmatización social provocada por el *hiyab* variaban entre ellas: estaban aquellas mujeres que la sufrían por parte de los no musulmanes por vestirla, y, por otro lado, aquellas que decidían no llevarla, o la llevaban combinado con maquillaje, vaqueros y/o tacones, y eran estigmatizadas en este caso por otros musulmanes por no ser “lo suficientemente” musulmanas. Las visiones recogidas en este artículo muestran la heterogeneidad del colectivo de mujeres musulmanas, que no tienen un pensamiento

único, sino creencias propias respecto a diversos temas, y que muestran capacidad de agencia y resistencia ante el estigma que viven en su día a día.

Volviendo de nuevo al Estado español, observamos que el debate sobre el velo va acrecentándose en nuestro país. Así, en el año 2014, Ángeles Ramírez procedió a recopilar artículos de diferentes autoras sobre la subordinación que sufre hoy la comunidad musulmana. Ramírez vuelve a denunciar que esa “alteridad imaginada” que hemos ido construyendo alrededor de dicha comunidad nos sirve de excusa y coartada para desarrollar políticas excluyentes contra ella. La autora es también crítica con el ámbito académico al que ella pertenece, al que acusa de elaborar un “discurso de élite” sesgado que busca reforzar de forma esencialista el estereotipo negativo con el que miramos a la población musulmana como un todo. La autora busca el origen de la alteridad dirigida a lo musulmán en el ámbito del capitalismo; un sistema de dominación de todos los pueblos que utiliza perversamente a la población musulmana como amenaza para nuestra forma de vida y valores. Virtudes Téllez Delgado, una de las autoras que toman parte en esta recopilación, desarrolla un concepto interesante, el concepto *culture talk* o “discurso culturalista” por el que se juzga la bondad o maldad de una cultura. En el caso de la cultura musulmana, este discurso la identifica a ella y por ende, a todos los musulmanes, de forma esencialista como “incapacitados para el cambio y resistentes a la modernidad” (Téllez, 2014 citada en Ramírez, 2014:223). Téllez, a través de un estudio de campo, aporta la visión de jóvenes musulmanes españoles que reivindican su derecho a ser reconocidos como “buenos” ciudadanos españoles sin tener por ello que renegar de su fe islámica. Para la autora, esta tarea se les presenta un tanto complicada ante el despliegue de un patriotismo español de nostalgia nacional-católica propagado por medios de comunicación, en el que el “moro” y la “mora” presentan el antiespañol por antonomasia:

Aunque yo haya nacido aquí, sea española de pura cepa y mis costumbres y mi forma de hablar, mi forma de expresarme sea española, aquí nunca vas a ser española. Si eres musulmana ya...no sé, eres como...el extranjero, la mora. (una entrevistada) (Téllez, 2014 citada en Ramírez, 2014:232).

A pesar de las dificultades, la participación activa en asociaciones y movimientos sociales avaladas legalmente por el Estado ha sido una de las vías más efectivas de lograr sus reivindicaciones; espacios donde pueden hacer visible ante nuestra sociedad su “musulmanidad” dentro de parámetros de normalidad.

Como mostraba al inicio de este apartado, las prendas musulmanas difieren sustancialmente entre ellas. Recientemente, Mar Griera y Marian Burchardt (2016) aportan una mirada interesante sobre el llamado velo integral en el espacio público. Dado que su uso en España es minoritario y anecdótico, la controversia suscitada en distintos municipios parecía a priori difícil de entender. Ambas autoras analizaron cómo el velo integral irrumpe en nuestra concepción del espacio urbano, y cómo diversos ayuntamientos han comenzado a promover su regulación. Realizaron una revisión bibliográfica sobre el papel de las religiones en las sociedades modernas y urbanitas, concluyendo que, en contra de lo que predijeron los científicos sociales, las sociedades no parecen estar desecularizándose: *“aquello que caracteriza a la sociedad moderna no es la secularización sino el pluralismo”* (Griera & Burchardt, 2016:2). Las autoras vuelven a rescatar las reflexiones del sociólogo estadounidense Ervin Goffman para quien el espacio público es “el reino de las interacciones ritualizadas”, el lugar donde seguimos unos patrones conocidos que nos hacen sentir confianza mutua incluso entre extraños. El velo integral vendría a romper este orden “normal”, ya que se nos aparece como ininteligible, a la vez que irracional. Al utilizar el velo integral las mujeres niegan la reciprocidad visual; ese “ver sin ser vista” provoca en nosotros, en base a nuestros códigos occidentales, sospecha y sensación de inseguridad. Las regularizaciones del espacio público han sido promovidas por partidos conservadores, en su mayoría de fe católica, que defienden el respeto por el *hiyab*, pero niegan el carácter religioso del velo integral. Con dicha postura, parece que estos sectores buscaran hacer compatibles ambas religiones, católica y musulmana, con la idea de la modernidad. Sin embargo, otros colectivos han alzado su voz contra la regularización del velo integral. Tal es el caso de diversos movimientos sociales como la *Carrutxa*, o el partido político CUP (*Candidatura d’Unitat Popular*) en Catalunya, que alertan del riesgo para toda la ciudadanía de perder libertad de expresión en el espacio público. Los activistas de la *Carrutxa* profundizan en las consecuencias que dichas normativas municipales tendrían para toda la ciudadanía, no solo para las mujeres que utilizaran el “velo integral”. Identificaron tres claros peligros, por un lado que dichas ordenanzas de alguna forma venían a privatizar el espacio público; segundo, que estas abrían la puerta a la regulación o prohibición de otros posibles actos de cultura popular, y tercero, que representaban una *“estrategia para impulsar una agenda política conservadora en relación al espacio público”* (Griera & Burchardt, 2016:20). No escapa tampoco a su atención que son las personas inmigrantes recién llegadas y las pobres quienes mayor uso hacen del espacio público, y que estrategias como la eliminación de bancos y la sustitución de

zonas verdes por cemento, son una decisión institucional tomada conscientemente para dificultar su uso.

Lamentablemente, el paso de los años desde los atentados del 11M hasta hoy, no ha ido sino reforzando el rechazo social en el Estado español hacia todo el colectivo musulmán, y en concreto, hacia las mujeres que hacen visible su religión a través del velo. La Plataforma Ciudadana Contra la Islamofobia realiza anualmente un informe en el que recoge las agresiones sufridas por parte de este colectivo. En su último informe realizado con datos del año 2017, hacen un llamamiento en relación a las agresiones contra las mujeres al evidenciarse un incremento importante en los últimos años:

Este incremento de odio y violencia se vuelve a producir un año más en la ISLAMOFOBIA DE GÉNERO con agresiones a mujeres musulmanas (incluyendo de nuevo a una mujer embarazada, esta vez en Málaga) y con la discriminación escolar, laboral y/o social debida a la no aceptación de uso del hiyab. El bañador integral homologado también ha vuelto a ser noticia, tanto en piscinas como en redes, en algunos casos estas discriminaciones son viralizadas y a menudo mutan en CIBERODIO. (Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia, 2018:5).

La gravedad de esta situación queda también registrada en sus estadísticas:

Tabla 2. Ataques islamófobos en España en 2017

Islam y musulmanes en general	255
Mujer	113
Varón	43
Mezquitas	39
No musulmanes	24
Menores	19
Personas identificadas como inmigrantes	16
Refugiados	12
Asociaciones	11
Establecimientos y negocios vinculados a musulmanes	5

Fuente: Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia, 2018: 24.

Ilustración 2. La realidad social: La mujer musulmana entre dos discursos



Fuente: Samadi, 2014: 46

Profundizando en el problema de la *gendered nature* de la Islamofobia (“naturaleza generizada”), las autoras Johanna Martine Lems, Laura Mijares y Virtudes Téllez (2018), constatan que las mujeres musulmanas que visten velo se han convertido en el grupo más vulnerable entre los musulmanes, al ser caracterizadas como seres profundamente oprimidos que necesitan “ser rescatadas” de sus hombres y del Islam. Ven de forma preocupante que este discurso racista, que clásicamente había sido asignado a partidos políticos de derechas, ha ido ganando adeptos en otros sectores no esperados, como el propio feminismo, el secularismo, y partidos de izquierdas. Estamos, por lo tanto, ante un fenómeno complejo que suscita enfrentamientos y que, lamentablemente, acaba silenciando a quienes son las verdaderas protagonistas. Por ello, las autoras han querido analizar en qué medida una conciencia de subalternidad como la que sufren estas mujeres por su “musulmanidad”, condiciona su participación política. Parten de la hipótesis de que a priori “*la musulmanidad no conllevaba necesariamente una predisposición al activismo*” (Mijares Molina & Lems, 2018:113). Las conclusiones de su estudio son que, si bien tanto los hombres como las mujeres entrevistadas reconocen su situación de subalteridad, el género resulta una variable crucial en la manera de percibirse como subalternos, siendo ellas quienes sienten una mayor inseguridad. En su estudio, las autoras identifican discursos paralelos en el asociacionismo madrileño musulmán: el de la ciudadanía inclusiva de los nacidos en España y con estudios universitarios; el de la reivindicación de la diferencia y su derecho a resistir la aculturización; el de la supervivencia individualista que reclama al Estado una redistribución igualitaria de los recursos, y el de la resignación adaptativa de aquellos que no consideran legítimo reivindicar derechos comunitarios. Ante estas conclusiones, las autoras critican que el poder político y la literatura académica hayan enfocado el asociacionismo de las personas musulmanas

exclusivamente en la defensa de su identidad musulmana, y hayan relegado sus reclamaciones sobre precariedad laboral a un segundo plano. Interpretan que dicho enfoque es peligrosamente favorable a la islamofobia institucional, a la que le interesa

la imagen de un sujeto musulmán híper religioso propenso a la “radicalización”. Esta narrativa, no solo nos devuelve la idea de que las personas musulmanas se movilizan solo para defender sus derechos religiosos, sino que además es central en los procesos de criminalización del islam y de los musulmanes. Nuestro trabajo en Madrid muestra un panorama más heterogéneo y diverso. La conciencia de subalternidad no solo se estructura alrededor de una identidad religiosa no aceptada, sino también, y sobre todo, alrededor de una precariedad económica y laboral muy pertinaz en el caso de las poblaciones musulmanas. (Ibid.:126).

2.3. DINÁMICAS DE PODER EN LA RELACIÓN SANITARIA

Tras la revisión de la situación de las mujeres que visten velo en el Estado, marcada profundamente por los atentados del 11M, podríamos extraer que junto al fuerte estigma social del que son objeto, y las agresiones que desgraciadamente vienen sufriendo, sus reivindicaciones giran también en torno a temas como su identidad religiosa, el acceso a una vivienda de alquiler, y el acceso al mercado laboral en condiciones dignas para ellas, y para sus hijas e hijos. El ámbito sanitario, objeto de mi estudio, no ha sido una variable específicamente abordada en los trabajos analizados, y tampoco parece haber surgido espontáneamente en los grupos de discusión estudiados.

Sin embargo, es un hecho que la bibliografía alrededor de la comunicación paciente-profesional sanitario está creciendo en los últimos años (Verlinde, De Laender, De Maesschalck, Deveugele, & Willems, 2012). Esto hace pensar que el ámbito sanitario y el tipo de relaciones que los profesionales establecen con colectivos estigmatizados son un tema de creciente interés. La consulta médica y de enfermería son un lugares idóneos para el estudio de las relaciones de poder ya que estas son naturalmente asimétricas (Schrop, 2011). La comunicación paciente-profesional se reconoce hoy como un tema en auge en la atención, y como un aspecto clave en la efectividad de los cuidados. De cara a las hipótesis de mi estudio, recojo las conclusiones de diversos estudios que avalan que las diferencias sociales entre pacientes y los profesionales de la salud tienen impacto en el tipo de comunicación que se establece entre ellos (Schrop, 2011; Verlinde et al., 2012). Así, con aquellos pacientes de clase más baja, los profesionales tenderían a establecer una relación más directiva y menos participativa, y a ofrecer menos información sobre el diagnóstico

y tratamiento. Por su parte, los pacientes de bajos ingresos, sienten que sus médicos no les explican las cosas en la forma en la que ellos podrían entenderlas, y que les dedican menos tiempo. A todo ello se unen otras condiciones desfavorables, ya que los pacientes de ingresos más bajos suelen tener enfermedades crónicas y agudas en mayor proporción que los pacientes de estatus económico alto, y tienen también mayores dificultades para expresar y procesar información básica sobre salud. Algunos autores sostienen que las personas de menos recursos sufren además de una menor sensación de control personal (Verlinde et al., 2012), lo que provoca que prefieran recibir de sus referentes sanitarios un estilo directivo en consulta. En todo caso, parece importante que los profesionales sean conscientes de las conclusiones de estos estudios, y hagan un esfuerzo por adaptar su estilo comunicativo y sus prácticas, para promover la participación de sus pacientes en el nivel en que estos lo deseen.

Además de la clase, el género, la cultura y la etnia de los pacientes, y su impacto en la interacción que se establece entre paciente-profesional han sido también objeto de estudio en el ámbito sanitario. Una investigación llevada a cabo en el sistema de salud canadiense (Johnson et al., 2004) analizó la percepción del trato recibido por un grupo de 80 mujeres originarias de países con fuerte presencia del Islam: India, Pakistan, Bangladesh, Fiji, y el este de África (enmarcados todos en lo que los autores llamaron *South Asia*). También entrevistaron a 42 profesionales de la salud (9 hombres y 33 mujeres), de los cuales, 18 compartían países de origen con dichas mujeres. El estudio no abordó explícitamente el fenómeno de la religión, sino los fenómenos del “culturalismo” y de la “racialización”, pero sus conclusiones resultan de gran interés para profundizar en el fenómeno de la “otredad” en el ámbito sanitario. La pertinencia de este trabajo canadiense se basa en el impacto que tiene en la salud sufrir la experiencia de la “otredad”, que crea barreras de acceso que hacen que dichas personas visiten en menor medida el sistema sanitario, y que no busquen atención sanitaria adecuada (Bowes, 1993 citado en Johnson et al., 2004). Los autores apuntaban que el origen de dichas barreras eran las actitudes y prácticas discriminatorias de los proveedores de salud, pero que estos tendían a justificarlas y achacarlas a las creencias culturales y a las prácticas de salud de los grupos subalternos. De las entrevistas y grupos focales con profesionales de la salud, los autores extrajeron prácticas que conllevaban marginalización de ciertos grupos, confirmándose la teoría general de partida:

By talking about individuals or groups as other, one magnifies and enforces projections of apparent difference from oneself. Othering practices can, albeit sometimes unintentionally, serve to reinforce and

reproduce positions of domination and subordination (Fine, 1994). Consequently, persons who are treated as other often experience marginalization, decreased opportunities, and exclusion. (Johnson et al., 2004:254).

En la mayoría de las veces estas prácticas se daban de forma no intencionada, como las generalizaciones sobre la cultura, la raza, el origen social y las prácticas de cuidado de la salud de las pacientes. Los autores también recogieron algunas “explicaciones racializadas” de los profesionales, como alusiones a mujeres “blancas” o “caucásicas” cuando hablaban sobre prácticas que ellos consideraban correctas o apropiadas. Un tema a destacar del estudio es que estas generalizaciones no fueron exclusivas de los profesionales canadienses. Paradójicamente, los profesionales cuyo país de origen coincidía con el de las mujeres, mostraron patrones similares de otredad hacia ellas, y relataron problemas parecidos al relacionarse con ellas. Esto demostraría que los malos entendidos entre paciente-sanitario pueden ocurrir incluso cuando etnia, género y lengua coinciden. Pareciera que los valores de clase media y la socialización profesional impidieran a los profesionales reconocer cómo la raza, el género, y la clase impactan en la provisión de la atención sanitaria.

I think our South Asian women don't have the concept of good health at all. They don't like to go and see the physicians regularly at all. They only go in crisis. To them, unless you have a problem you don't go and see your doctor at all. They do not believe in prevention at all... which is such a pity because by the time they come to the physician it is usually too late. And then they come and sort of penalize the system. The system does not work and I think it's that they don't take the responsibility. (one South Asian physician) (Johnson et al., 2004:262).

En base a los testimonios de las mujeres atendidas por los servicios de salud canadienses, los autores identificaron diversas formas que estas tenían para manejar sus experiencias de “otredad” en dicho entorno. Extrajeron como conclusión que dichas estrategias no eran en absoluto homogéneas. Algunas mujeres intentaban distanciarse del colectivo de mujeres del Sur de Asia, y presentarse como más canadienses que las otras; otras mujeres por su parte, evitaban comportamientos que pudieran llamar la atención, y no hacían demasiadas peticiones a los profesionales para así encajar mejor en el sistema:

People have to learn how to act or behave in a hospital. When they go there they stand and form big groups and stand in the middle of the hallways, making it impossible for nurses or other people to go through. These things make the nurses and doctors mad. (one woman) (Ibid.:265).

Otras, por el contrario, reivindicaban activamente sus derechos, e instaban a otras a que los conocieran para que el sistema no las confundiera y manejara. Misma experiencia de otredad en todos los casos, pero diferentes estrategias para manejarla. Los autores del estudio también analizaron el propio sistema sanitario donde se dan las interacciones paciente-profesional. Reconociendo que los valores de equidad y respeto a la diversidad son loables en el sistema sanitario canadiense, los autores percibían que, en ocasiones, estos mismos valores eran utilizados para invisibilizar las barreras y las desventajas que los inmigrantes afrontan en su día a día en Canadá. Al poner en los grupos marginados toda la responsabilidad de ejercer sus derechos, el sistema obvia su propia responsabilidad de asegurarles el acceso en condiciones plenas. Así, una profesional argumentaba que *“they’re not different, they’re Canadian...Canadian culture is so flexible and absorbing that I think they wouldn’t find any problem”* (Ibid.:266). El canadiense, al igual que la mayoría de los sistemas de salud de Occidente, hace énfasis en la provisión de servicios eficientes y uniformes, y es en este marco donde los diversos grupos etnoculturales deben lograr desenvolverse. En sus entrevistas, las mujeres identificaron como problemáticos el número restringido de visitas; la rigidez en las citas y programaciones de tratamientos; la falta de servicios de traducción, y la limitada duración de las consultas. Estas prácticas institucionalizadas hacían que ellas no encajaran en las rutinas y en la cultura de eficiencia propias del sistema de salud dominante, y que fueran percibidas por el sistema como “problemáticas y una carga” (Ibid.:266). Los autores apuntan en sus conclusiones que una de las claves para superar las relaciones de otredad en el ámbito sanitario es trabajar una conciencia autocrítica en los gestores del sistema, y en los proveedores de salud.

En el Estado español no existen estudios que aborden el trato recibido por mujeres musulmanas, pero destacaría una reciente revisión bibliográfica estadounidense (Tackett et al., 2018) en la que se han analizado las barreras que deben afrontar las mujeres musulmanas para acceder a la atención sanitaria. El estudio también ha abordado la influencia del Islam en las creencias y comportamientos de las mujeres en relación a su propia salud, por ejemplo, ante pruebas como el cribado de cáncer de pecho o de cérvix, y en la atención reproductiva y ginecológica. El interés de los autores por llevar a cabo esta revisión nació al comprobar que, a pesar de lo anterior, son

escasos los estudios que aborden las barreras que las mujeres musulmanas encuentran para acceder y recibir atención sanitaria de calidad. En su trabajo listan los diferentes obstáculos a los que las mujeres deben hacer frente, así como diversas propuestas para los profesionales sanitarios sobre cómo afrontarlos (ver Tabla 2). Entre dichas barreras, destaco la primera, la modestia y la privacidad, por su relación con el uso del velo abordado en el apartado anterior: “*For many, the hijab is the embodiment of modesty, virtue and respect*” (Tackett et al., 2018:2). También destacaría las dificultades para expresar o compartir información sobre salud sexual que hacen que las mujeres retrasen cribados como el de mama, por percibirlo como innecesarios, y potencialmente devaluadores de su persona si los resultados resultasen ser anómalos. Otra barrera experimentada por las mujeres musulmanas es su necesidad de ser atendidas prioritariamente por otra mujer, lo que en ocasiones provoca que rechacen la atención, o que la pospongan. Este punto es consistente con otros estudios que alertan del riesgo de demoras en la búsqueda de atención sanitaria y su negativo impacto en la salud de las mujeres (Vu, Azmat, Radejko, & Padela, 2016). Para aquellas mujeres que han emigrado de otros países, la capacidad de expresarse en otro idioma es otra barrera importante que dificulta comprender correctamente los tratamientos. A la luz de la revisión bibliográfica, se evidencia que “*The intersection of religion, culture, and gender for Muslim women has unique implications for their healthcare provision*” (Tackett et al., 2018:4). La toma de conciencia por parte de los proveedores de salud sobre dichas implicaciones les ayudará a llevar a cabo un cuidado efectivo y culturalmente competente.

Tabla 3. Barreras potenciales para la atención sanitaria en mujeres musulmanas, y formas de abordarlas

Barrier	Method of addressing barrier
Modesty and privacy requirements	
Physical appearance	<ul style="list-style-type: none"> ● Clarify clothing preference during encounter and physical exam.
Physical touch	<ul style="list-style-type: none"> ● Do not automatically offer handshake. ● Limit the physical exam to what is necessary.
Disclosure of sensitive information	<ul style="list-style-type: none"> ● Consider deferring sensitive exam elements to female provider. ● Only ask necessary questions. ● Sensitive questions may be asked privately or even deferred to a female provider.
Gender preference for provider	<ul style="list-style-type: none"> ● Have a female provider whenever possible, or at least provide female chaperone through
Family patterns of caring	<ul style="list-style-type: none"> ● Ask patients their preference for family inclusion and engage as appropriate.
Predestination and fatalism	<ul style="list-style-type: none"> ● Provide education and recommendations to engage patients in care.
Maintaining religious practices during illness	<ul style="list-style-type: none"> ● Provide space for prayers. ● Expect interruption of the encounter for some patients for prayer. ● If food is offered, make sure it is Halal. ● Expect a decrease in diet and medication compliance during the month of Ramadan. ● Adapt the timing of the medications (e.g. insulin) and meals during Ramadan. ● Engage imams when feasible.
Fear of stereotype and discrimination	<ul style="list-style-type: none"> ● Create an open environment of trust and respect.
Health literacy and language proficiency	<ul style="list-style-type: none"> ● Use interpreters during the encounter and provide resources in native languages.
Traditional healing practices	<ul style="list-style-type: none"> ● Engage in discussion of non-medical approaches to healing.
Healthcare access	<ul style="list-style-type: none"> ● Identify payment and transportation barriers and seek to alleviate them.

Fuente: (Tackett et al., 2018:2)

A nivel del sistema sanitario español, se llevó a cabo en Catalunya un estudio en el que se consultaba a población marroquí musulmana residente en Reus por sus percepciones sobre el Servicio de Salud Catalán (Almagro Lorca et al., 2010). En base a los resultados recogidos a través de un cuestionario traducido al árabe, la mayoría de la población marroquí dijo estar satisfecha con la asistencia sanitaria recibida (el 92,2% de las mujeres, y el 86,7% de los hombres). Sus mayores problemas fueron cumplir con las visitas programadas, principalmente en el caso de los hombres (50,8%), y el idioma en algunos casos (el 51,6% de las mujeres y el 43,3% de los hombres). A la luz de estos datos, pienso que la menor participación en el espacio público de las mujeres puede ser la razón por la que las mujeres presenten estos menores niveles de castellano. Hay también un dato de interés en las conclusiones del estudio, ya que parece evidenciar que, a más años de residencia en nuestro país, mayor parece ser la desconfianza de los maridos a que médicos varones atiendan a sus mujeres. Este no es un estudio específico sobre el colectivo de

mujeres musulmanas, pero aporta variables de interés para mi trabajo, como es cierta dificultad para seguir las normas de los centros, y un escaso dominio del idioma español en algunos casos.

En Canadá, unos años antes, en 2007 se llevó a cabo un estudio a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad a 6 mujeres musulmanas emigradas, sobre las barreras de acceso a los servicios de maternidad canadienses (Reitmanova & Gustafson, 2008). Las conclusiones del estudio difieren un tanto de los resultados sobre la atención sanitaria general hallados en Reus: *“las mujeres experimentaron discriminación, insensibilidad y falta de conocimiento sobre sus prácticas religiosas y culturales”* (Reitmanova & Gustafson, 2008:101). Los autores llegaron a una conclusión que me propongo indagar también en mi trabajo, la evidencia de que la información y las prácticas de atención sanitaria del servicio de Maternidad estaban orientadas a mujeres canadienses, y que carecían de flexibilidad para adaptarse a las necesidades de las mujeres musulmanas. He aquí un debate interesante y complejo a la vez, entre dos posturas encontradas: discursos que exigen integración a quienes llegan de fuera, por un lado, o el esfuerzo por diseñar un sistema sanitario inclusivo, por otro.

Al igual que el de Tackett et al. (2018), otro estudio llevado a cabo anteriormente en 2011, en Norte América, tuvo como objeto apuntar el vacío existente en la literatura actual de estudios sobre atención sanitaria de calidad, orientada al paciente, y culturalmente apropiada para mujeres musulmanas (Hasnain, Connell, Menon, & Tranmer, 2011). A través de una encuesta realizada a 27 pacientes mujeres, y a 80 profesionales (66 mujeres y 14 hombres), se evidenció una congruencia entre la visión de las mujeres y la visión de los profesionales, al reconocer ambos colectivos la existencia de barreras para lograr una atención culturalmente apropiada. La mayoría de las mujeres (93,8%) respondió que su referente sanitario no entendía sus necesidades religiosas o culturales. Los problemas de comunicación debidos al lenguaje representaron también un tema relevante, así como la falta de confianza de las pacientes hacia los profesionales y hacia el conjunto del sistema sanitario.

A few years ago, I had to consult a gastroenterologist. My doctor was male, and he did my rectal examination in his office. . . . there was no female nurse nearby. It left a negative impact on me. Being a woman and above this a Muslim, I felt it was very negative to be treated by a male doctor in the absence of a female. (a patient response) (Hasnain et al., 2011:78).

Por su parte, la mayoría de los referentes (83,3%) dijeron haber encontrado dificultades en los encuentros sanitarios con ellas. Abiertamente reconocieron tener una falta de conocimiento sobre

las necesidades religiosas y culturales de las pacientes, y tener dudas sobre si abordar o no temas de sexualidad y salud reproductiva ante el temor de incomodarlas. Los resultados de este estudio son consistentes con otros previos en relación al concepto de “modestia” de las mujeres musulmanas, y a su requerimiento de que sea una profesional mujer quien les realice exploraciones de pecho o de la zona pélvica. El artículo recoge una buena práctica llevada a cabo en un centro médico de Oregon, donde al percibir los problemas de vergüenza que las batas disponibles provocaban en las mujeres musulmanas, procedieron a rediseñarlas de forma que cubrieran las piernas, y tuvieran material extra para que la parte posterior quedara bien tapada. Con este pequeño gesto se logró solucionar el problema de las cancelaciones a las consultas; un buen ejemplo de que cuando hay voluntad e ingenio, se encuentra la manera.

Para finalizar este apartado, quisiera mencionar el trabajo de la estadounidense Debra Susan Penney, quien, en 2015, abordó a través de entrevistas en profundidad, experiencias y percepciones de 15 mujeres iraquíes musulmanas sobre la atención sanitaria recibida en Norte América. Quisiera destacarlo porque en el marco teórico de su estudio hace un recorrido entre otros, por el feminismo poscolonial por lo que encuentro grandes coincidencias con mi punto de partida. El objeto de su estudio fue de nuevo, cubrir el hueco académico sobre cómo la confluencia de género, raza y religión puede crear barreras en las interacciones paciente-proveedor sanitario. Recoge de diversos autores los estereotipos asignados a las mujeres que exteriorizan su musulmanidad (Shah et al., 2008), estereotipos consistentes con la bibliografía revisada hasta ahora, por los que estas tienden a ser vistas como ignorantes, sometidas a un marido violento, e incluso como si fueran “el enemigo”. Joshi (2006) llama a esta construcción la “racialización de la religión”, que consiste en una intersección de raza, género y religión que da lugar a un efecto rechazo ante una “identidad etnoreligiosa peligrosa”. Lamentablemente, son precisamente las mujeres que visten velo quienes sufren rechazo y abusos hoy en mayor medida. De los testimonios de las mujeres entrevistadas por Penney, podemos extraer algunos temas que les preocupan, como la necesidad de intérpretes en la consulta, y el perfil que estas personas deben tener para que las mujeres se sientan cómodas y seguras en su privacidad. Las funciones que las personas intérpretes realizaban por las mujeres entrevistadas cubrían desde el transporte, la traducción en consulta y la negociación con el sistema sanitario:

I'm thankful to Allah that the interpreter who accompanies me is innately secretive and she doesn't ask a lot. She just does the translation and it is important that she knows me and understands my medical condition... she is trustworthy. (Mariam) (Penney, 2015:105).

Otra necesidad que las mujeres apuntaron fue el ser atendidas por una mujer, y en caso de necesitarlo, tener una intérprete también mujer, especialmente para las consultas ginecológicas. En ocasiones, sin embargo, sus peticiones no habían sido atendidas: “*Yea, it is awkward, we are covered all of our lives and when we have a problem to go to a male doctor to the most private place, no way. (Sarah)*” (Ibid.:110). En ocasiones las mujeres expresaron también problemas para conectar con sus referentes sanitarios, principalmente por limitaciones de tiempo. En el caso de necesitar intérprete, la traducción supone un tiempo adicional, lo que puede suponer una limitación para profundizar en consejos y explicaciones de ayuda para las pacientes. La autora relaciona la frustración de las mujeres también con la incertidumbre que les genera no estar familiarizadas con el tipo de consultas propias de Norte América, y por tener expectativas quizá demasiado altas sobre el sistema sanitario al que llegan:

Usually people from the Middle East they used to tell the doctor all the issues, not only about their leg. One time I went for a headache and it hurt because I have a disc in my neck but she [physician] says, ‘we can only talk about your headache’ but I know it is related to my neck. (Nafeeza) (Ibid.:116-117).

Otra preocupación expresada por las mujeres era ser sometidas a baterías de preguntas culturalmente inapropiadas para ellas, sin conexión con su consulta, o invasivas cuando consultaban por temas sexuales. El estudio también abordó específicamente el uso del *hiyab* en consulta, y su impacto en la interacción con el personal sanitario. Las mujeres expresaron sus razones para llevarlo, todas ellas desde una decisión personal: por religión, por tradición, y/o por identidad. Es interesante el hecho de que ninguna percibiera que llevarlo diera lugar a una reacción negativa en los sanitarios, sí, por el contrario, en otros ámbitos como el laboral. Vestirlo en consulta era percibido por ellas como algo positivo, porque así daban a conocer al profesional su musulmanidad y sus implicaciones (dándose por supuesto, por ejemplo, su ayuno durante el Ramadán). Algunas compartieron que cuando afrontaban una exploración o una toma de tensión, su estrategia era vestir ropas muy finas de forma que no tuvieran que desvestirse para ello. Se preguntó a las mujeres qué prácticas llevadas a cabo por los profesionales les facilitaban los encuentros en consulta. Identificaron como una práctica positiva que los referentes contaran con

conocimientos básicos sobre el Ramadán, ya que el ayuno incide en los horarios de las tomas de medicación y en las dietas. Una segunda práctica valorada en los profesionales era que respetaran su deseo de que una mujer las atendiera. Así mismo, agradecían que los sanitarios mostraran sensibilidad cultural al abordar temas relativos a la salud sexual y reproductiva. *“I think they [doctors] should ask and try to be aware of what a person needs culture-wise because you would want treatment to go well, to help the patient and not give them another dilemma. (Khadija)”*. (Ibid.:132). Las mujeres valoraban muy positivamente aquel personal que hacía esfuerzos por resolver sus problemas de salud, que intentaba comprender, que transmitía a través de la comunicación no verbal, y que utilizaba un vocabulario apropiado para ellas:

It's the way they communicate. They show care and not just like they are just talking and they give you these big words that you can't understand ...[they] actually speak to you and like in English not in medical...they show they care like maybe eye contact, I don't know, or appropriate touch. (Nabila) (Ibid.:133).

En el estudio aquellos proveedores que comprendían, que conectaban, y mostraban empatía fueron aquellos que mejores valoraciones recibieron. Las mujeres se sentían cómodas a nivel psicológico con ellos; con dichos gestos las diferencias entre ellas y los proveedores parecían no serlo tanto. Este trabajo en profundidad llevado a cabo por Penney ofrece interesantes propuestas y reflexiones a la hora de planificar y gestionar políticas sanitarias desde las necesidades sociosanitarias del colectivo de mujeres musulmanas, en países de Occidente. Su enfoque resuena también al que enfatizaban Hasnain et al. (2011) sobre la atención centrada en el paciente *patient-centered care*. Este tipo de atención, asumida unánimemente por las instituciones sanitarias, es en mi opinión el gran reto que los países de occidente tenemos ante nosotros, el ser conscientes de la representación sesgada de “paciente” de la que partimos, y ser capaces de superarla y ampliarla para lograr unos servicios inclusivos.

3. LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

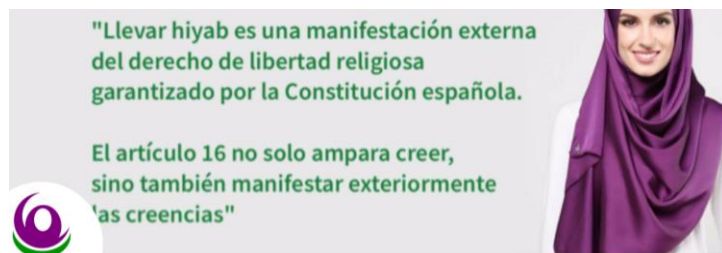
3.1. CONTEXTO

3.1.1. Datos demográficos y asociacionismo de la colectividad musulmana en Euskadi

A continuación, presento algunos datos demográficos para contextualizar la colectividad musulmana en el Estado y en Euskadi. En el Estado, las comunidades autónomas de mayor población musulmana son por este orden, Andalucía, Catalunya, Madrid y la Valenciana (si bien en porcentajes, la presencia más alta se da en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Según los datos de UCIDE, Unión de Comunidades Islámicas de España (2018), los ciudadanos musulmanes españoles y extranjeros representan en España aproximadamente el 4% de la población total; siendo el 43% de ellos españoles, y el 57% inmigrantes (38% marroquíes y 19% de otra nacionalidad). Según el mismo informe, del total de los casi 2 millones de musulmanes que viven en España, 56.117 lo hacen en Euskadi (un 1,09% del total del Estado): 21.572 en Bizkaia, 17.982 en Gipuzkoa, y 16.563 en Araba. Lamentablemente, los datos no reflejan porcentajes o características de la población femenina, ni a nivel estatal, ni a nivel de Euskadi. Se echa en falta disponer de más datos en relación a sus situaciones socioeconómicas; su tasa de empleo; sectores de actividad prioritarios; nivel de asociacionismo, o nivel de estudios.

La colectividad musulmana se organiza tradicionalmente alrededor de mezquitas y de asociaciones propias que facilitan el ejercicio de su religión y su participación ciudadana. Concretamente en Bizkaia, encontramos diversas asociaciones dinamizadas por mujeres musulmanas como *Bidaya*; *Al Nour* o *Ahizpatasuna*. Las tres organizaciones combinan intereses culturales con reivindicaciones sociales. Entre sus objetivos se encuentran mejorar la convivencia, luchar por sus derechos, y sensibilizar a la ciudadanía contra los estereotipos erróneos sobre ellas y su entorno.

Ilustración 3. Portada cuenta de Twitter Musulmanas Bidaya



Fuente: Musulmanas Bidaya @MusulmanaBidaya (2015)

Como asociación mixta formada por hombres y mujeres, destaca también *Euskal Bilgune Islamiarra* que nació con el objetivo de “agrupar y representar a la comunidad Islámica de Euskadi ante las instituciones y trabajar por su integración”. Consciente de que estos espacios no representan a toda la población musulmana en Euskadi, creo que podemos afirmar que, a la luz de su dinamismo organizando actividades y su presencia en los medios de comunicación, la colectividad musulmana no es pasiva, ni indiferente ante los prejuicios y discriminaciones que vienen sufriendo. De forma organizada, y buscando la implicación de las instituciones vascas, trabajan por cambiar la imagen de comunidad cerrada que habitualmente les asignamos. Como ejemplo de ello, en abril de 2018, el Gobierno Vasco creó la Comisión Asesora ADOS, dentro del *Programa de actuación para promover la convivencia junto a la comunidad islámica vasca*, con el objetivo de colaborar con las comunidades islámicas de Euskadi en favor de la convivencia. Dicha comisión nació bajo dos premisas: el “reconocimiento e integración del pluralismo”, y el “respeto y la defensa de los derechos humanos”. En palabras del Lehendakari Urkullu: “Vivir juntos y en paz es posible sobre esta base y este es el proyecto que queremos impulsar juntos desde la Comisión ADOS” (Gobierno Vasco. Irekia, 2018). Como en todas las colectividades, existen discrepancias y algunas mezquitas han puesto en cuestión la representatividad de las personas musulmanas que participan en dicha comisión. El Gobierno Vasco ha matizado que está abierto al diálogo con todas las partes que las personas inicialmente contactadas no tienen carácter “representativo” (Olabarri, 2018).

3.1.2. Legislación a nivel estatal

Nuestro Estado se compromete expresamente a que las creencias religiosas no sean fuente de discriminación o desigualdad, y a adoptar medidas para lograr dicho compromiso en diferentes

ámbitos, entre ellos el de la salud. Así, la *Constitución Española de 1978* (en su Artículo 16), y la posterior *Ley orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa*, garantizan la libertad ideológica, religiosa y de culto en nuestro país, y el derecho de exteriorizarla en público de forma individual, como es el caso del velo, o de forma comunitaria, como en el caso de las mezquitas. Además, la colectividad musulmana tiene específicamente desde 1992, un acuerdo con el Estado por el que se regulan entre otros, las características de los cementerios islámicos; el reconocimiento del matrimonio por la Ley islámica; el derecho a la asistencia religiosa en instituciones como centros penitenciarios y hospitales (aspecto relacionado con el tema de mi trabajo); el derecho a la enseñanza religiosa islámica en centros docentes públicos; derechos laborales que faciliten el rezo colectivo y la celebración de festividades propias, y el reconocimiento de la denominación *halal* para los alimentos elaborados de acuerdo a la Ley islámica (BOE, 1992). Este desarrollo normativo por sí solo no garantiza que se cumplan los derechos aquí recogidos, pero tiene valor por el compromiso público que las instituciones asumen ante toda la ciudadanía, y por asentar unas bases a partir de las cuales ir avanzando en la convivencia.

En relación a las estrategias de promoción de la autonomía y dignidad del paciente en el ámbito sanitario, destaca a nivel estatal, la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Autonomía del Paciente* (BOE, 2002) que promueve la dignidad de la persona humana; su derecho a ser informada; así como el respeto hacia su intimidad y libertad de decisión (reconociéndosele su derecho a negarse a tratamiento, aunque ello vaya en perjuicio de su salud).

3.1.3. Directrices del Gobierno de Euskadi

El fenómeno de la diversidad religiosa y cultural es ya un hecho en Euskadi. El Gobierno Vasco, junto a diputaciones y municipios, viene abordando desde 2003 la cuestión de la convivencia intercultural a través de diversos planes y políticas. A continuación, paso a revisar brevemente dos documentos que se han dado conocer en el presente año, uno más general, y otro, específico en relación a la colectividad musulmana. En febrero de 2018, se presentó el *IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021* (Gobierno Vasco & Departamento de Empleo y de Políticas Sociales, 2018), que desarrollará sus actividades alrededor de tres ejes fundamentalmente: Eje 1. *Empleo y garantía de ingresos*; Eje 2. *Servicios Sociales, Salud, Vivienda y Educación*, y Eje 3. *Articulación y coordinación entre instituciones*. Para el trabajo que yo abordo, dentro del bloque Salud, destaco

dos acciones del plan que promueven buenas prácticas al estilo de la bibliografía previamente revisada:

62. Establecer intervenciones específicas que favorezcan el acceso al sistema sanitario de los colectivos en mayor vulnerabilidad social, fomentando el papel de las entidades del Tercer Sector como agentes intermedios para acceder a determinados colectivos. 63. Desarrollar las herramientas o los dispositivos (equipos especializados, formación de profesionales en los equipos ya existentes, elaboración de manuales, etc.) que faciliten una labor de acompañamiento a las personas en situación de exclusión social que acceden a los servicios de salud. (Gobierno Vasco & Departamento de Empleo y de Políticas Sociales, 2018:68).

Coincidiendo con el lanzamiento de este IV Plan, en abril de 2018, se presentó el *Programa de Actuación para promover la convivencia junto a la comunidad islámica vasca* (Gobierno Vasco. Grupo de Trabajo Interdepartamental. Secretaría General de Derechos Humanos, Convivencia y Cooperación, 2018), que, si bien está aún por desplegarse, podríamos decir que junto a la Comisión ADOS, ha representado un hito por su enfoque y la amplitud del ámbito abarcado. La validación del plan se ha llevado a cabo durante varios meses con diversas comunidades islámicas de Euskadi. Es en mi opinión un texto que asume riesgos ya que junto a prácticas de inclusión hace referencia directa al riesgo de atentados yihadistas, y a la potencial radicalización de los sectores más jóvenes. Sus actuaciones se desplegarán a través de cuatro ejes: “*primero, Cohesión social e integración intercultural e interreligiosa en Euskadi; segundo, Seguridad y actuación policial preventiva y de respuesta; tercero, Prevención socioeducativa de la radicalización violenta; y cuarto, Posicionamiento político interno e internacional*” (Ibid.:5). Tengo dudas sobre lo adecuado de unir en un mismo texto, terrorismo, medidas policiales e integración intercultural e interreligiosa porque puede reforzar la representación de lo musulmán como peligroso. Atendiendo a los datos del último informe de la Plataforma contra la Islamofobia (ver Tabla 1), en la cotidianidad de nuestras calles, son las personas musulmanas, y especialmente las mujeres que visten velo las que se sufren agresiones verbales y físicas. Y aunque en su plan, el Gobierno Vasco sí hace mención a la islamofobia al hablar de violencia o fanatismo, parece enfocarse principalmente al terrorismo religioso, y pasar de soslayo sobre las otras agresiones cotidianas que también se vienen dando en nuestra sociedad contra el colectivo musulmán. En cuanto a la participación de la colectividad musulmana vasca, encuentro muy positiva su presencia en el desarrollo del documento, y la inclusión de sus voces en el mismo. Como ejemplo, un extracto del texto donde de una forma pedagógica aclaran lo que el Islam es y lo que no es:

Los principios y valores de la paz y la convivencia están ratificados por los fundamentos y enseñanzas de la religión del Islam a través de sus diferentes disposiciones éticas, morales y espirituales. Defenderlos, significa trabajar por la justicia, la convivencia, la hermandad, la igualdad y el respeto a todo ser humano. Y quien no los defienda, es que, realmente, no comparte la ética islámica o aún no la ha entendido (un miembro de una comunidad islámica vasca). (Ibid.:11).

Aún es pronto para valorar el desarrollo del programa, y los avances en la Comisión ADOS, pero tienen una compleja tarea por delante ya que en el día a día surgen algunas situaciones que parecen nadar a contra corriente de las políticas de inclusión. Tal fue lo sucedido en un colegio público de Vitoria-Gasteiz, en 2016, cuando el centro prohibió a una niña musulmana entrar en el aula con la cabeza cubierta porque contravenía el código de vestimenta del colegio (ámbito en el que el cada centro tiene autonomía). El Departamento de Educación tras analizar el caso, dictó la circular *Recomendaciones del Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura en relación con la utilización de pañuelo en la cabeza* (2016), donde se destacaba el valor de la interculturalidad en la escuela, y el carácter inclusivo de la misma:

No impedir la escolarización a las alumnas que porten pañuelo en la cabeza, y que aquellos centros escolares vascos cuyos proyectos educativos o reglamentos de organización y funcionamiento no lo permitan, procedan a su revisión, desde el planteamiento de la educación inclusiva y la atención a la diversidad establecido en el Decreto 236/2015, por el que se establece el currículo de Educación Básica y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco. (Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Política lingüística y Cultura, 2016:3).

La medida del Gobierno Vasco en sintonía con las autoras revisadas en la bibliografía, fue aplaudida por la Plataforma Ciudadana Contra la Islamofobia (PCCI), quien recordaba que con el tipo de decisión tomada por este centro gasteiztarra:

en muchos casos, incluso sin mala intención, se excluía a las alumnas musulmanas que visten hiyab tanto de su derecho a la educación como de su derecho a la expresión pública de su identidad religiosa, ambos garantizados en la Constitución Española. (Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia, 2018:8).

La postura tomada por el Departamento de Educación, no punitiva hacia la adolescente envía un mensaje de normalidad a toda la sociedad sobre la religión musulmana, sin alarmismos,

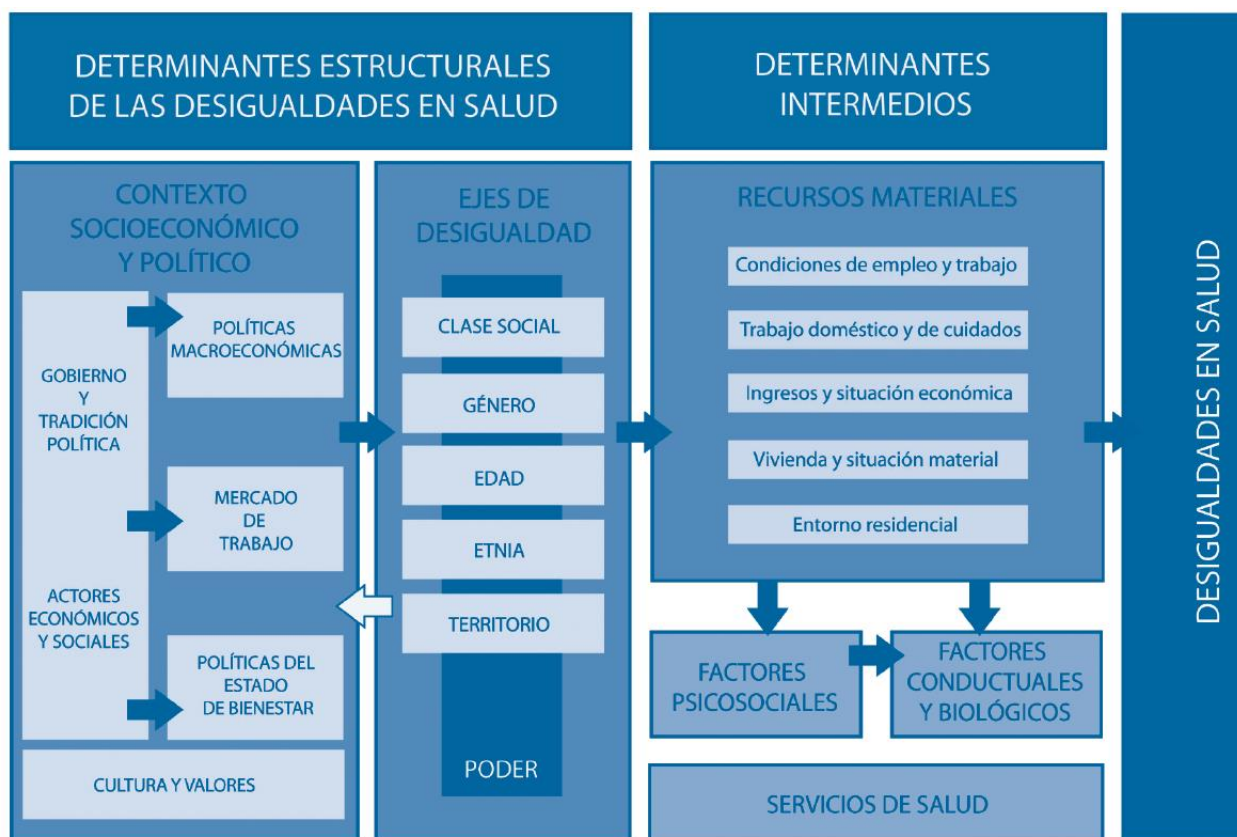
protegiendo sus derechos como una ciudadana más. Recordando el estudio llevado a cabo en Euskadi (Etxeberria et al., 2007) sobre la identidad islámica, en él se instaba a las instituciones a no abordar la diversidad como un problema nos que llega “desde fuera”, sino como algo que ya forma parte intrínsecamente de la nueva identidad vasca. Lo que debiera constituir la base de esta nueva identidad es un “pluralismo cultural” moderado y solidario, en el que las personas seamos capaces de reconocernos mutuamente en nuestras diferencias, como libres y autónomas (García Guerra & Centro de Investigación, Documentación y Evaluación, 2007).

3.1.4. Sistema Nacional de Salud

A continuación, recojo algunas directrices del Sistema Nacional de Salud en relación a los diferentes ejes de discriminación que pueden afectar a la salud, entre ellos el género, la clase social y la etnia, así como los enfoques teóricos en los que estas directrices se sustentan.

La Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, a la luz del “*Marco Conceptual de los Determinantes de las desigualdades sociales en salud*” (Navarro, 2004; Solar y Irwin, 2007 citados en Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2015:19), sostiene que las personas con más oportunidades de tener una buena salud son aquellas “*de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas*” (Ibid.:18). La Comisión denuncia la injusticia que suponen las desigualdades en salud pero defiende que “*La evidencia científica también señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas*” (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2015:17). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, la evidencia parece mostrar que los colectivos sociales menos favorecidos están también relacionados con un menor acceso a los servicios sanitarios y con una peor calidad de los mismos, hechos que lamentablemente han tenido escasa repercusión y prioridad política. Así, siguiendo las orientaciones de la OMS, la Comisión ha identificado diversos principios que debieran guiar las políticas de equidad en salud para evitarlos, como es el diseño de servicios sanitarios donde coexistan los distintos ejes de desigualdad (género, clase social, y etnia), y la promoción de la participación de dichos colectivos en el sistema sanitario.

Figura 1. Marco Conceptual de los Determinantes de las desigualdades en salud



Fuente: Navarro, 2004; Solar y Irwin, 2007 citados en Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2015:19

Respecto a las desigualdades que pueden darse alrededor de la cuestión religiosa, el Ministerio de Sanidad elaboró en 2011, la *Guía de Gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios* conjuntamente junto con la Fundación Pluralismo y Convivencia. En la guía se profundiza en un conjunto de actuaciones hospitalarias que buscan garantizar el ejercicio de derechos ya reconocidos por las leyes, pero en muchas ocasiones, obviados por los centros hospitalarios. La guía subraya el hecho de que “*las creencias y valores culturales presentan interacciones con las actividades preventivas y de promoción de la salud*” (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011:7), por lo que estos deben ser tenidos en cuenta por el personal sanitario a la hora de interactuar sus pacientes. Los autores de la guía no son ajenos al hecho de que los servicios públicos siguen pensados aún para una sociedad exclusivamente católica:

los servicios públicos continúan empleando patrones de gestión pensados para una sociedad exclusivamente católica. Esta perspectiva no garantiza a los usuarios con otras creencias la atención de sus singularidades religiosas y las necesidades derivadas de ello. En el Sistema Sanitario la necesidad de atender a la diversidad religiosa adquiere incluso mayor notoriedad que en el caso de otros servicios públicos (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011:12)

Dicha notoriedad hace referencia al impacto que la dimensión espiritual tiene en el proceso salud-enfermedad. La guía está dirigida a los profesionales sanitarios, y tiene el objetivo de aportar orientaciones prácticas en diferentes situaciones que pueden darse en su día a día en los centros. Así, sobre el uso de símbolos religiosos personales por parte de pacientes, se da la indicación de que deben aceptarse siempre, excepto en los casos en se requiera su retirada para practicar exploraciones. La guía indica que en caso de que la paciente se negara a retirarlos (como pudiera ser el caso del velo), esta renunciaría a su derecho a ser atendida. Sin embargo, inspirándome en la revisión bibliográfica, existen fórmulas intermedias y creativas para evitar la desnudez al completo, y que hagan sentirse mejor y más cómoda a la paciente. Como buena práctica, la guía del Ministerio recomienda que en los protocolos de recepción de pacientes de los centros se incluya información sobre los servicios de asistencia religiosa de las diferentes confesiones, y se facilite un directorio de los correspondientes ministros. Proponen que los centros hospitalarios pongan a disposición de pacientes y familiares espacios polivalentes válidos para los diferentes cultos, dotados de mobiliario específico, con almacén para guardar los elementos religiosos, abastecidos de agua corriente, orientados al Este si es posible, y bajo estándares de limpieza. Mención especial merecen por su impacto en los pacientes hospitalizados, las orientaciones relativas al menú *halal* acorde a la Ley islámica, que debiera ser incorporado en los pliegos de los concursos públicos de los hospitales, o en su defecto, en centros de pequeño tamaño, ser sustituido por menús vegetarianos. A futuro, la guía propone crear una acreditación específica para los ministros que presten servicio en los centros hospitalarios, así como crear una estructura o unidad referente en cada centro encargada de coordinar dicho personal acreditado, y gestionar las necesidades religiosas de sus pacientes durante el ingreso. Por mi parte valoro positivamente la aportación que esta guía hace al reconocer y visibilizar una realidad como la religiosa, de una forma inclusiva y normalizadora. Supone trascender el modelo biomédico, por un lado, y por otro, incorporar las creencias religiosas como un activo en la salud de los pacientes, y no una barrera.

En 2015, se ha publicado un estudio realizado durante cuatro años en centros hospitalarios públicos españoles sobre la gestión religiosa, específicamente en las Comunidades Autónomas de

Andalucía y Catalunya (Griera, García-Romeral, Martínez-Ariño, & Clot-Garrell, 2015). A pesar de la creciente secularización de la población, la evidencia muestra que las minorías religiosas reclaman hoy su lugar, y su derecho a ejercer su fe en los espacios públicos.

Las minorías religiosas ganan presencia pública y visibilidad (Martínez-Ariño et al., 2011). Prueba de ello son los datos referentes al número de lugares de culto de las minorías religiosas incluidos en el Directorio de lugares de culto del Observatorio del Pluralismo Religioso en España. En junio de 2014 se contaban un total de 6.187, de los cuales 3.549 (57,4%) pertenecían a las iglesias evangélicas, 1.312 (21,2%) a las comunidades islámicas, 702 (11,3%) a los Testigos de Jehová, 177 (2,9%) a las iglesias ortodoxas y 136 (2,2%) al budismo. (Griera et al., 2015:22).

La gestión religiosa ha sido analizada en dicho estudio en tres niveles, la asistencia religiosa por parte de los ministros; los espacios de culto, y, las prácticas religiosas de los pacientes y su encaje en el funcionamiento del hospital. La asistencia religiosa representa un derecho garantizado legalmente, y a excepción de la religión católica (para la que los centros cuentan con un capellán de manera estable), es gestionada habitualmente por el propio paciente y su familia, contactando directamente con el ministro de culto correspondiente. El fenómeno de la asistencia religiosa parece ser interpretado como un asunto secundario y poco visible a ojos de los profesionales entrevistados. En el segundo nivel, el de la disponibilidad de espacios de culto para las distintas prácticas religiosas, se perciben diferentes formas de proceder según los centros. En la mayoría de los hospitales se ha procedido a mantener intactas las tradicionales capillas católicas; en otros, se ha mantenido el espacio pero sustituido el nombre de “capilla” por otro más neutral como “oratorio”; en casos excepcionales se han llevado a cabo algunas modificaciones del espacio (incorporando un armario donde guardar material de cada culto) y pasándose a llamar “espacio multiconfesional”; y finalmente, en aquellos centros hospitalarios de nueva creación, se vienen a destinar espacios de recogimiento que cubren a la vez la dimensión religiosa y la espiritual. Las conclusiones del estudio sobre los espacios de culto resaltan la influencia que aún hoy tiene el capellán católico, frente a otras confesiones como la evangélica o la musulmana, en la toma de decisión sobre dichos espacios. En el tercer nivel estudiado, el encaje de la práctica religiosa de las y los pacientes, y sus familiares en el funcionamiento del centro, se abordan temas como la dieta *halal*, el negarse a ser operada durante el Ramadán, o el uso de símbolos e indumentaria religiosos como el velo. Se concluye que dichas prácticas no representan excesiva conflictividad para los profesionales si no interfieren en la práctica sanitaria: “*prácticas religiosas, como la*

celebración de ritos de paso, actividades de culto, prescripciones alimentarias o tenencia de símbolos religiosos, son permitidos siempre y cuando no sean obstáculo para el desarrollo del tratamiento o la actividad de los profesionales” (Griera, García-Romeral, Martínez-Ariño, & Clot-Garrell, 2015:79). Sin embargo, a pesar de este “dejar hacer” institucional, las autoras alertan de que nos encontramos ante un “sistema de pluralismo asimétrico” que, a pesar de lo marcado en el plano legal, genera inequidad a la hora de dar reconocimiento a las distintas religiones. Haciendo una adaptación del concepto de “nacionalismo banal” de Michael Billig (1995), elaboran el concepto de “catolicismo banal”, ese que *“impregna la cotidianidad de las instituciones a través de las rutinas, las costumbres y las dinámicas informales”*(Ibid:11), y sobre el que afirman que *“naturaliza, desproblematiza y convierte en invisible la hegemonía católica a la vez que contribuye a reforzar la desigualdad estructural entre minorías religiosas y la Iglesia católica”*(Ibid:11).

Tabla 4. Niveles e instrumentos legales de reconocimiento de las confesiones religiosas

NIVELES DE RECONOCIMIENTO	CONFESIONES RELIGIOSAS	INSTRUMENTO LEGAL
Primer nivel de reconocimiento	Iglesia Católica	Acuerdos concordatarios con rango de Tratado Internacional (1979)
Segundo nivel de reconocimiento	Protestantismo, Judaísmo e Islam	Acuerdos de Cooperación con rango de Ley Orgánica (1992)
Tercer nivel de reconocimiento	Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (2004), Testigos de Jehová (2006), Budismo (2007), Iglesia Ortodoxa (2010)	Reconocimiento jurídico de notorio arraigo
Cuarto nivel de reconocimiento	Las otras confesiones religiosas (Hinduismo, Taoísmo, Cienciología, etc.)	Registro de Entidades Religiosas

Fuente: Griera, García-Romeral, Martínez-Ariño, & Clot-Garrell, 2015:86

3.1.5. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

En relación al tema religioso, Osakidetza – Servicio Vasco de Salud, y la Iglesia católica formalizaron en 1987, la prestación de servicios de asistencia religiosa católica en los hospitales de la red pública vasca, así como la disponibilidad de capillas y despachos para recibir visitas por parte de los ministros o capellanes (BOPV, 1987). Tal como se reflejaba en el estudio a nivel de dos comunidades autónomas, no parece que se hayan desarrollado convenios específicos con otras confesiones religiosas como la musulmana, por lo que entendemos que la diversidad religiosa se gestiona a nivel de cada centro con unos criterios y recursos propios, y principalmente por iniciativa de pacientes y familiares.

A continuación, hago una breve presentación del ente Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para contextualizar los diferentes entornos donde las mujeres entrevistadas pueden ser atendidas.

Osakidetza es la red de centros sanitarios que cubre la asistencia pública en la Comunidad Autónoma del País Vasco o Euskadi. Osakidetza como ente público, depende del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, y se rige por los principios de Universalidad; Solidaridad; Equidad; Calidad de los servicios de salud; Participación ciudadana, y Sostenibilidad (Gobierno Vasco & Departamento de Salud, 2014). La red cuenta con centros repartidos por toda la geografía vasca, y dependiendo del lugar de residencia, se asigna a la ciudadanía, de forma estable, un centro de atención primaria, un hospital de referencia donde acudir a Urgencias, y unos servicios de salud mental.

Mis entrevistas se han llevado a cabo en las provincias de Bizkaia y de Araba, donde convergen múltiples centros de atención primaria, centros extrahospitalarios de salud mental, y diversos hospitales generales y psiquiátricos.

Cuando una paciente accede por primera vez a su centro de atención primaria, se le asignan tres referentes, uno médico y dos de enfermería, una enfermera y una matrona. En el momento de dicha asignación, es posible solicitar expresamente que dichos referentes sean mujeres, y dada la alta feminización de la plantilla de Osakidetza, es probable que lo sean por defecto (en el caso del personal de consultas especializadas, como Ginecología, Dermatología, ... esta solicitud puede ser más compleja de lograr). Los centros de salud, también llamados de Atención Primaria, tienen un rol fundamental en la gestión de las y los pacientes por el profundo conocimiento que tanto la enfermera como la médica de referencia tienen de ellos, y de sus situaciones sociofamiliares. Es la médica de Atención Primaria quien realiza las derivaciones a los diferentes especialistas, y quien

vulnerables, como personas en riesgo de exclusión social o personas inmigrantes, con el objetivo de que estas accedan en condiciones de igualdad al sistema sanitario.

Valoro positivamente la sensibilidad de este tipo de protocolos que vendrían a cubrir la desventaja que muchos colectivos tienen en el acceso a los servicios de salud, servicios que tienden a estar diseñados para un paciente “tipo” lejano a ellos.

Para finalizar este apartado sobre Osakidetza, quisiera destacar uno de los retos marcados por Osakidetza para el presente periodo 2017- 2020: el reto *Humanización de la Atención* (Gobierno Vasco, Departamento de Salud, & Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2017), por su impacto en el trato paciente-profesional. Esta humanización consiste en ofrecer una atención personalizada a cada paciente, y en mejorar la comunicación y el trato prestados. En este reto, también intervienen de forma importante las áreas de atención al usuario de los centros sanitarios, cuyas funciones son entre otras, informar, dar apoyo al paciente, y velar por el cumplimiento de sus derechos y deberes.

Figura 3. Derechos de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi

DERECHOS

Derechos en relación con la organización y gestión

- A los principios de **universalidad, solidaridad, equidad, transparencia, calidad** de los servicios y **participación ciudadana**.
- A un **Sistema Sanitario eficiente y adecuado** a las necesidades de salud de las personas.
- A **formular quejas, reclamaciones o sugerencias**.
- A garantizar los **derechos lingüísticos** de las personas.

Derechos en relación con las políticas sanitarias específicas

- A la **promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**.
- A la **asistencia sanitaria adecuada a las distintas fases de la vida**:
 - **Sexualidad y reproducción**.
 - A una atención específica de **los niños y niñas y adolescentes**.
 - A la asistencia de **las personas mayores** en los entornos domiciliario y comunitario.
 - A la atención integral en el **final de la vida**, con respeto a la autonomía y voluntades del paciente.
- A una **protección especial de las personas vulnerables**: personas afectadas de trastorno mental, víctimas de violencia de género, maltrato, abusos sexuales, desamparo, personas con discapacidad, inmigrantes en situación irregular, personas excluidas o en riesgo de exclusión social y personas transexuales.
- A una asistencia específica a **las personas con enfermedades raras**.

Derechos a una participación responsable en la gestión de la propia salud

- A la **información** y a la **obtención de copia de los datos de salud**.
- A obtener la **Tarjeta Individual Sanitaria** cuando se cumplan los requisitos legales. Esta tarjeta permite:
 - Obtención de una **segunda opinión**.
 - **Elección de médico** de cabecera y pediatra.
 - Obtención de **asistencia sanitaria en los plazos máximos** de respuesta establecidos.

Derechos en las relaciones asistenciales

- A ser tratado con **respeto**, en un clima de **seguridad y confianza**.
- A **recibir información veraz**, así como a otorgar el **consentimiento libre y voluntario** para cualquier intervención.
- A la toma de decisiones sobre la propia salud bien de forma directa o por **voluntades anticipadas**.
- A **negarse al tratamiento**.
- A la **seguridad clínica**.
- Al respeto a la **intimidad**, a la **confidencialidad** y a la **protección de los datos** personales.

Derechos en materia de salud pública

- A ser **informadas sobre los problemas sanitarios de la colectividad** cuando impliquen riesgo para la salud pública o individual.
- A la **participación efectiva en las actuaciones de salud pública**.

Fuente: Gobierno Vasco, Departamento de Salud, & Osakidetza, 2015

3.2. TESTIMONIOS

El objetivo general del trabajo: *recoger y estudiar experiencias de mujeres que visten velo en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, profundizando en el análisis del trato recibido por parte de las y los profesionales de dicho Servicio*, ha sido cubierto a través de los testimonios de tres mujeres que visten velo, y que tienen como referente sanitario a Osakidetza. A través de los distintos ejes diseñados para la fase de entrevistas, me ha sido posible abordar también los objetivos específicos propuestos y las hipótesis asociadas.

Para contextualizar los resultados, quisiera exponer cómo se ha desarrollado el proceso de recogida de datos. En mi caso, el uso de la grabadora ha sido controvertido, por la frialdad que podía establecer con las mujeres entrevistadas en un primer y único encuentro, y por el lugar donde se han desarrollado las entrevistas, cafeterías en la vía pública (a excepción de una de ellas que realizamos de forma telefónica). Por ello, he decidido no utilizar la grabadora, e inmediatamente, tras finalizar cada entrevista, he procedido a “pasar a limpio” los testimonios en mi cuaderno de notas. Posteriormente, con las notas y mis sensaciones de las entrevistas, he realizado la transcripción de cada una de ellas, clasificando los testimonios según los ejes del guion, y añadiendo temas novedosos que yo no había contemplado previamente. Con mi guion de temas presente en mi cabeza, he abierto generalmente las conversaciones preguntando por la asociación de la que forman parte, y la conversación ha ido fluyendo, hasta entrar en el tema objeto del estudio; el trato sanitario (conocido por ellas desde un inicio, en el momento de la contactación).

Tras la redacción completa de este informe, vía telefónica, he contactado con cada una de ellas (excepto en un caso, en que finalmente no ha sido posible) para confirmar si la forma en que sus aportaciones aparecen en este texto les parece correcta, informarles que he utilizado nombres ficticios, y darles feedback sobre los resultados generales del estudio. En el caso de la mujer entrevistada con buen castellano pero que aún lo está perfeccionándolo, esta llamada telefónica me ha resultado de especial importancia, ya que me ha dado la oportunidad de confirmar que he recogido de forma coherente sus percepciones.

He sentido que el participar en este estudio ha sido visto por las entrevistadas como una forma más de reivindicar sus derechos dentro de su trayectoria de lucha, pero al mismo tiempo, que también ha supuesto para ellas cierto dolor al relatar situaciones duras, de desprecio, e incluso de violencia que viven en su cotidianidad. Por ello, mi agradecimiento a cada una de ellas por haber hecho posible este trabajo.

Como he informado a las interesadas, dado que varias de ellas son referentes en el mundo asociativo de nuestro pequeño entorno, presento sus relatos con nombres ficticios para preservar su identidad.

A continuación, paso a resaltar los resultados recogidos en las cinco entrevistas, agrupados en tres grandes ejes temáticos: el ámbito personal; el ámbito socio-laboral, y el ámbito central del estudio, el sanitario. A la vez que plasmo sus testimonios, rescato aquellas visiones teóricas y aquellos estudios revisados en el apartado bibliográfico que me resuenan por su similitud, o por sus diferencias.

3.2.1. Ámbito personal: Agencia y resistencia

Al definir la muestra, indicaba que esta se situaría principalmente en el entorno de asociaciones de mujeres musulmanas, de forma que la voz que recogería sería la de mujeres que coordinan acciones en sus propias organizaciones, y que son, de alguna manera, “activistas” en defensa de sus derechos. Las entrevistas han refrendado su perfil de lucha sin reservas, ya que su alto nivel de compromiso y su sororidad con otras mujeres han sido una constante en la mayoría de las entrevistas:

Me llena mucho ayudar a otras mujeres, les digo “tú vales mucho, eres guapa, y puedes solucionar tus problemas”. He recibido cursos de empoderamiento, y luego a través de talleres que no tienen que ver directamente con la violencia, puede ser de cocina, cuando el ambiente es el adecuado, les digo lo que hago como agente de apoyo social para que cuando me necesiten me llamen. También acompaño a mujeres árabes al médico para ayudarles con la traducción, y alguna vez mi médico me ha llamado cuando ha tenido problemas para entenderse con una paciente. También hacemos actividades con otras asociaciones como Al Nour en Durango, Mujeres en la diversidad en Basauri, o Mujeres del mundo Babel en Bilbao, nos apoyamos para organizar cosas, es importante el apoyo psicológico y emocional entre mujeres de diferentes culturas. (Amina).

Este año pasado hemos hecho un rap y un documental reivindicativo gracias a gente que se ha volcado de forma altruista, hasta nos han dado un premio, cuando lo recogimos aprovechamos para quejarnos de cómo está el centro, con goteras, una vergüenza...el alcalde está “contento” con nosotras. Hubo un graffitero que se prestó a pintarnos gratis la escuela, pero no han dicho que no, es una fachada toda gris...También hemos conseguido por fin que el Modelo A se quite en Infantil, se estaba convirtiendo en un guetto, todas las niñas y niños que no sabían euskera y que llegaban a mitad de curso venían aquí, ¡y lo hemos logrado! También

hemos conseguido unas horas de clase de árabe a la semana, es un logro, y van también niños no árabes para aprenderlo, es como un idioma más. (Badra).

Tener sus propias organizaciones las hace visibles y activas, evitando así que otros hablen por ellas, o utilicen su imagen para fines diferentes a los suyos:

Para mí tiene sentido ser solidaria por otras, necesitamos salir de la “victimización”, otras organizaciones con buena intención nos victimizan, nos presentan como si somos “tontas” o como si no sabemos hacer nada, en plan testimonial nos llaman para la foto, “pobrecita vulnerable” ... pero nosotras queremos aparecer tomando la iniciativa, que sabemos hacer cosas...cuando salimos a quejarnos por los alquileres demostramos que somos fuertes! Sacamos un comunicado diciendo que no somos “personas de segunda”. El 8 de marzo, día de la mujer, hicimos una performance en las escaleras del ayuntamiento, antes de la lectura del comunicado, queremos reivindicar a través del arte, dar la imagen de que no somos “vulnerables”, esa imagen nos daña...es importante que se vean fotos de mujeres con velo trabajadoras, esas entrevistas o noticias son positivas, su mensaje ...no como se suelen dar, la foto de la víctima por el velo...eso nos daña más. No queremos cheques, dinero, ayudas...yo quiero que digan lo que hacemos o podemos hacer, lo útil, como dar una charla, hacer una ceremonia del té, ... (Dúnya).

Quisiera rescatar en este punto, la afirmación realizada por Mohanty (2008), y recogida en el marco teórico, sobre la capacidad de las mujeres musulmanas para autorrepresentarse y ser dueñas de sus vidas, frente a esa otra imagen esencialista que lamentablemente se les asigna, como “mujeres del tercer mundo”. También, destaco la denuncia realizada por Carby (1982) ante el doble robo que sufren en su caso las mujeres negras, cuando se suprimen sus voces y se sustituyen por otras ajenas a ellas, y su visión, a pesar de todo optimista, sobre la capacidad de dichas mujeres para resistir a los acontecimientos. El testimonio de Dúnya resuena también a la crítica lanzada por Mijares Molina & Lems (2018) directamente a las instituciones de nuestro país por querer enfocar el asociacionismo de la colectividad musulmana exclusivamente hacia la defensa de su identidad y religiosidad, obviando interesadamente sus reivindicaciones sociolaborales. No obstante, como también Téllez (2014) indica, a pesar de las dificultades, esta participación activa, avalada legalmente por el Estado, es una de las vías más efectivas para lograr sus reivindicaciones, y para visibilizar y normalizar ante la sociedad su “musulmanidad”. En Euskadi, la comunidad y las asociaciones de mujeres musulmanas están también en contacto con las administraciones. Así, varias de las entrevistadas han recibido la propuesta de formarse como agentes de apoyo social dentro de un programa piloto de la Diputación de Bizkaia, por su asociacionismo y cercanía hacia

otras mujeres musulmanas. Esta labor como agentes, por la que reciben formación, pero no remuneración, es valorada por ellas muy positivamente:

En el programa de la Diputación estoy en contacto con las técnicas y ellas me van guiando cuando recibo casos de mujeres, me orientan. En este programa recibo formación, es un programa de cuatro años, espero que dure, en Gipuzkoa y en Alava no lo tienen. (Amina).

Además, a nivel de Euskadi contamos también con un hito reciente de colaboración entre colectividades musulmanas y el Gobierno Vasco, como ha sido la creación en 2018, de la Comisión ADOS, dentro del *Programa de Actuación para promover la convivencia junto a la comunidad islámica vasca*. A la luz de sus ejes de trabajo, dicho programa parece estar principalmente orientado a la convivencia y a la prevención de atentados yihadistas, echándose en falta estrategias contra discriminaciones que en los ámbitos laboral y de vivienda sufre el colectivo, y que dificultan su efectiva integración:

Hemos hecho algunas quejas en la calle para denunciar los problemas para alquilar una vivienda, pero para nada, no hemos conseguido nada... algunas personas, pocas nos han alquilado sus pisos, el Gobierno Vasco nada... algunas mujeres ya no quieren volver a salir, una segunda vez no, somos pocas, la nuestra no es una cultura asociativa, hay miedo a tener más problemas... (Dúnya).

Aunque útil, el proceso participativo es costoso y largo, y cada mujer debe decidir cómo y cuándo participar, tal y como relata una de las entrevistadas:

En mi país no se trabaja la iniciativa y la creatividad, esperamos a que otros nos digan, yo soy hija de “Mujeres del Mundo”, ahí aprendí, y ahora estoy haciendo lo mismo con otras, pero no ven el interés del trabajo asociativo, no hay euros en esto...pero empoderarnos es positivo y ellas también tienen que entrar, sino serán vulnerables toda la vida.../ Por eso hay que respetar el proceso de cada una, es lento, reivindicar sus derechos también les crea problema con sus maridos, les presionan, por nuestra cultura es más duro. (Dúnya).

A la luz de este relato, quiero destacar que el esfuerzo que estos grupos de mujeres deben realizar para establecerse como asociación es mayor que el de la población local, por las dificultades encontradas al no conocer el entorno de la administración, o ante impresos y textos legales complejos. Tal como indican diversos estudios (Johnson et al., 2004; Crenshaw, 1991), al poner en ellas toda la responsabilidad de ejercer su derecho, en este caso el derecho a la participación y

a la asociación, se corre el riesgo de que el sistema obvie la responsabilidad que tiene de facilitarles el proceso de tramitación para que estas ejerzan su derecho en condiciones plenas.

En su asociacionismo no son tampoco ajenas a las reivindicaciones del movimiento de mujeres, movimiento en el que buscan tener voz propia sin ser invisibilizadas, y lograr un reconocimiento a su trabajo como empleadas del hogar y de cuidados que aún no llega:

En unas jornadas de igualdad del Ayuntamiento, había una charla sobre las mujeres profesionales, yo me dije, tengo que decirlo para que se sepa porque no han invitado a hablar a nadie de servicios (domésticos), levanté la mano y le dije a la mujer que hablaba, que para que ella estuviera allí y trabajara, otras mujeres como yo tenemos que hacernos cargo de los cuidados de los suyos / Ella me contestó que tenía razón. Es importante que las mujeres crezcan, pero para que una crezca, la misma importancia tienen las demás que hacen sus tareas en casa. (Amina).

Este reclamo choca de lleno en la línea de flotación del feminismo blanco, ese que a la vez que critica el velo por ser denigrante para las mujeres, se desarrolla profesionalmente delegando en ellas tareas de cuidados insuficientemente reconocidas a nivel social y salarial. Tal como reflexionaba Crenshaw (1991), la clase no sería una dimensión diferente a la de raza o género, dándose una fuerte correlación, en el estudio que nos ocupa, entre ser mujer musulmana racializada y ser pobre. Así, el desempleo o el empleo precario tienen más impacto en las mujeres musulmanas que en los hombres musulmanes, siendo estos últimos, por lo tanto, quienes ocupan en mayor medida el espacio público en la familia. El feminismo blanco tiene ante sí un gran reto, tal como de nuevo Carby (1982) apunta: interpelarse profundamente sobre el significado del “nosotras”, y deconstruirse ante de dirigirse a los colectivos de mujeres no hegemónicos.

3.2.2. Ámbito socio-laboral

Los testimonios relativos al empleo y a las relaciones sociales con la población local, aunque esperados y coherentes con varias de las investigaciones revisadas (García et al., 2011; Samper, 2004), han resultado ser muy relevantes por la fuerza y la urgencia con las que han aparecido en las cinco entrevistas.

Empleo

El gran caballo de batalla en su día a día es el empleo. Todas muestran su preocupación por este tema, y algunas lo enlazan con el estigma que se les asigna en nuestra sociedad como “abusadoras” de ayudas públicas: “*A mi hija le digo “estudia y así no tendrás que limpiar, ni pedir ayudas sociales”, claro nos dicen que cobramos ayudas, pero luego no nos dan trabajo y nosotras queremos trabajar*” (Badra). En esta misma línea, otra comenta: “*Nos dicen que nos empoderemos, ese es vuestro reclamo, que seamos autónomas, pero no me dejáis ejercer mi vida laboral o no me alquiláis una vivienda, y al final siempre dependientes...* (Amina). Otro testimonio recoge una experiencia en la que la mujer rechazó un trabajo porque le exigía quitarse su hiyab:

Otra chica me preguntó si podía cuidar de su madre, yo no tenía problema, pero me dijo que si me podía quitar el velo porque si su madre me veía, podía darle un ataque al corazón, con eso que me dijo ya me demostró qué tipo de persona era su madre, le dije que no... (Fátima).

Una de las entrevistadas que ayuda a mujeres a encontrar trabajo, relata otra situación similar:

A veces ayudo a gente a encontrar trabajo, pero para el cuidado de personas mayores es difícil, una vez para un puesto de interna en una casa me dijeron que una chica con velo no, que eran personas mayores y que lo verían raro... / Es una realidad que muchas mujeres se quitan el velo para trabajar, y supone un coste alto para ellas y un compromiso emocional. (Amina).

Sus relatos trasladan dolor y humillación cuando para lograr un trabajo que les facilita su desarrollo personal, deben resignarse y aceptar quitarse el hiyab. Este problema se agudiza en el caso de las mujeres musulmanas sin nacionalidad española. Así, en el estudio llevado a cabo en Catalunya por Samper (2004), mujeres solteras referían tener dificultades para regularizar su situación legal, y estar atadas a trabajos precarios en el ámbito doméstico, mientras que mujeres “reagrupadas” como hijas o esposas, relataban que no podían trabajar por el tipo de permiso asignado. Es por ello, que el acceso a un empleo se presenta para ellas como crucial en su lucha hacia una independencia económica y social. Sin embargo, siguiendo con Samper, las discriminaciones legales y sociales a las que les sometemos, truncan en muchos casos los deseos de emancipación con los que vinieron a nuestro país. En esta misma línea se muestra Moualhi (2000), quien denuncia la situación de mujeres que han emigrado de sus países donde se las considera a nivel legal con un “estatus de

eterna menor”, para encontrarse con un Estado español “moderno” que no les ofrece alternativas diferentes, y que las sigue relegando a un estatus inferior. Añadido a esto, en la mayoría de los casos, los estudios realizados en sus países no son reconocidos en nuestro Estado, por lo que son escasas las oportunidades de las que disponen para poder ejercer aquí sus profesiones, viéndose obligas a realizar trabajos de menor cualificación:

Yo en sido enfermera en mi país, he trabajado en cinco hospitales allí, pero aquí no soy enfermera, cuando llegué no hablaba castellano, y ahora se me ha olvidado mucho...me dijeron que tenía que homologar el título y eran dos años más de estudios... (Dúnya).

En otras ocasiones, incluso en el caso de haber realizado sus estudios aquí, por temas administrativos relativos a la nacionalidad, tienen que esperar para poder trabajar en lo que han estudiado:

He estudiado un módulo de Formación Profesional / y he hecho las prácticas en Osakidetza. Ahora he hecho la oposición y he sacado buena nota, pero no puedo trabajar por el tema de los papeles, hasta que no se arregle voy a esperar. Mi ilusión es trabajar en Osakidetza, en la privada tienes menos seguridad. Durante cuatro meses he cuidado a una mujer, tres horas por la mañana y tres horas por la tarde, tenía Parkinson y demencia, ha sido duro / yo estaba contenta, sus cuatro hijos me han tratado como de la familia. (Fátima).

Todas las mujeres entrevistadas dominan el castellano y árabe, y algunas también tienen conocimientos de francés o inglés según su país de origen. Casi todas realizan labores de traducción altruistamente, pero al intentar conseguir un trabajo asalariado por sus idiomas, la situación se les complica si visten velo:

Necesito, quiero trabajar, he intentado encontrar trabajo de profesora de inglés / hablo muy bien inglés, incluso mucho mejor que mucha gente de aquí / pero cuando me ven me dicen que no, no me dicen directamente que es por el hiyab, pero yo sé que es por el velo...ahora estoy en un juicio por mis papeles que dura más de un año, como decís, “las cosas de palacio ...”. (Ghaada).

Esta situación es una preocupación por ellas mismas y por sus hijas, que también la sufren:

Las oportunidades de trabajo que tenemos es siempre en el sector servicios (domésticos), es muy complicado, por eso una hija mía y una sobrina han ido a Inglaterra a vivir, mi hija ha hecho estudios árabes y allí ha

encontrado trabajo y está muy contenta. Allí es todo distinto, allí todo es más fácil, ves gente con velo trabajando en todas partes, incluso hombres sijs con sus turbantes... (Amina).

Sus testimonios coinciden con los recogidos en el estudio de García et al. (2011) donde diez mujeres marroquíes inmigrantes entrevistadas, confirmaban sufrir estereotipos por parte de las mujeres autóctonas no musulmanas, así como discriminaciones a nivel laboral y de vivienda. La lucha por su situación laboral y la de sus hijas, estas últimas ya con estudios cualificados, es la que protagoniza en un programa de televisión una ama de casa marroquí ante un conocido político catalán, autorreconocido como católico practicante (RTVE, 2007). La actitud y los prejuicios de la clase política marcan y marcarán la normalización de la presencia en el mercado laboral de mujeres veladas. A diferencia de Reino Unido, España, por su tradición católica y sus nueve siglos de dominación árabe, percibe la presencia musulmana en su Estado de una forma muy particular. Para Téllez (2014), la recuperación del patriotismo español de nostalgia nacional-católica llevada a cabo hoy por ciertos medios de comunicación, hace que el “moro” y la “mora” representen lo antiespañol por antonomasia. Así, como le indicaba el político a la mujer marroquí en el programa de televisión, se hace necesario que sus hijas renieguen de sus costumbres de “allí”, para poder integrarse de forma efectiva la sociedad de “aquí”.

En el ámbito laboral, y en el de las relaciones sociales como a continuación veremos, las mujeres musulmanas comparten muchas de sus sensaciones y problemas con otras mujeres, principalmente latinoamericanas, que han migrado a España, y que son también trabajadoras del hogar:

Trabajo en servicios, cuidando a una pareja, ella tiene Alzheimer y él ha sufrido un ictus, pero tiene bien la cabeza. Yo les doy alegría / Me quieren mucho y yo a ellos. Creo que no se valora el trabajo que hacemos, he ido a algunas reuniones en Ellacuría con otras mujeres que trabajan en esto, son muchas horas solas, muchas tienen a los hijos en su país con los abuelos, y necesitamos hablar, y compartir. (Amina).

Tal como he abordado también en el ámbito anterior, relativo a la agencia ejercida por las mujeres, éstas reclaman un reconocimiento a su labor de cuidadoras, un trabajo en el que varias refieren volcar su religiosidad. El poner todo su cariño en ello, no es sin embargo obstáculo para reivindicar mejoras, y para reclamar, como en el caso de las citadas jornadas de igualdad, ser miradas y reconocidas por las mujeres que las contratan.

Relaciones sociales

Parte de las mujeres entrevistadas, veladas o no, refieren dificultades para establecer relaciones sociales fuera de sus círculos más próximos:

Hay personas solidarias, pocas, de algunas asociaciones, pero al final no existen las amistades, no te incluyen en fiestas, cumpleaños, ...sí me llaman, pero para hablar de la inmigración. Siempre seremos “extranjeras” no por el velo, sino por la cara, el color, los ojos...a veces pienso si soy una “payasa” por estar intentando a través de la asociación acercarme, fracasas, los africanos, los latinos...todos lo sufrimos, incluso los latinos que hablan castellano y tienen la misma religión. Siento que no hay respuesta, no hay forma de entrar, cuando voy a fiestas de otras organizaciones les pregunto sobre esto y me dicen lo mismo “no tengo amistades...” cuando estamos en el día a día, cada una en sus cosas..., a nivel personal no... (Dúnya).

De nuevo, la imagen de “mujer del tercer mundo” como un grupo coherente (Mohanty, 2008), sin importar raza, ni país de origen, vuelve a hacerse presente, independientemente de los esfuerzos llevados a cabo para acercarse a la población local. Este testimonio, recuerda a algunos de los recogidos por Ryan (2011), en Reino Unido, donde algunas de las mujeres entrevistadas, lejos de permanecer pasivas ante el estigma que sufrían, seguían esforzándose en reclamar su “normalidad” realizando actos en sus rutinas diarias que transformaran en alguna medida las representaciones que las estigmatizaban.

En otras ocasiones, el velo sí puede ser específicamente una barrera para recibir invitaciones para salir y alternar, como el caso de esta entrevistada que, teniendo una buena relación con sus compañeras y compañeros de estudios, percibe lo siguiente:

Sí noto que por ser musulmana o llevar velo no me llaman para salir a cenar, pero yo sí puedo salir a cenar y a bailar, ¡me gusta mucho! No puedo fumar, ni beber, pero sí salir, bueno a una discoteca no entraría... (Fátima).

El siguiente testimonio muestra con mayor crudeza el rechazo y/o el miedo en nuestro entorno al velo islámico:

Voy al gimnasio, hay gente que cuando me ve en el vestuario me habla normal y luego cuando me ve salir con hijab no me habla! (¿y al revés?) Bueno sí, también al revés, que me ven primero con el velo y luego me hablan, y me dicen “jo, si eres maja”... / en la ducha yo no miro a las demás porque por el Islam el cuerpo desnudo no se mira, pero tampoco hago cosas raras, me voy a la ducha con mi toalla y mi pantaloncillo, no quiero tampoco que ellas se sientan mal, no quiero que piensen que me siento superior, o más pura que ellas, también me pongo en su lugar, las entiendo... (Badra).

El vestir velo condiciona también su movilidad según las zonas de la ciudad: *“es salir de Bilbao La Vieja, y ya me miran, hay más presión ... ¿incluso en el Casco? sí, incluso en el Casco (Badra).* En ocasiones, llegan a sufrir agresiones directas en base a su vestimenta, y la racialización a la que son sometidas como colectivo. Así, esta misma mujer, de nacionalidad española que viste velo, relata:

Soy luchadora, tengo carácter, si me insultan respondo, no me callo. Hace poco, pedí a un tío que moviera su coche en doble fila para poder aparcar, y me respondió “cállate puta mora”, “vete a tu país”, y yo le dije “soy de aquí” / hace poco a una amiga que había salido a correr con hijab otro tío le puso la zancadilla y la tiró al suelo, ella no hizo nada... (Badra).

Otra de las mujeres que también viste velo y no es árabe, cuenta otra experiencia donde se la racializa con el calificativo “mora”, en una situación menos tensa que la anterior:

A veces con ciertas miradas siento que me miran y piensan que soy un monstruo o un extraterrestre, la comunicación no verbal te dice muchas cosas, hay también racismo, a veces me llaman “mora”, como una chica en Santo Tomás de este año cuando me vestí de casera con un pañuelo rojo (me enseña foto) y yo le dije: “no soy mora, pero sí soy musulmana”, otra gente te mira pero sé que no lo hace con mala intención, y yo no tengo ningún problema en explicar a alguien que me pregunta con respeto, por qué llevo el velo, otros te dicen cosas bonitas y a mí no me molesta, me gusta ir conjuntada. (Fátima).

El fenómeno de la racialización en nuestro Estado de “lo musulmán” está presente a lo largo de toda la bibliografía revisada (Téllez, 2014; García et al., 2011; Ruiz-Bejarano, 2018; Etxeberria et al., 2007). El colectivo de mujeres veladas sufre en menor o mayor medida lo que unos en la bibliografía vienen a llamar “xenofobia cultural” (García et al., 2011:293), otros, “racismo cultural” (Balibar, 1991 & Grosfoguel, 2003 citados en Adlbi, 2016), y otros, “racialización de la religión” (Joshi, 2006 citado en Penney, 2015). A través de dicho proceso de racialización, la intersección de raza, género y religión da lugar a una “identidad etnoreligiosa” considerada

globalmente como peligrosa. La construcción de dicha racialización resulta de un proceso complejo, en el que como Ramírez (2011) apunta, mucho tiene que ver el eje colonial Islam-Occidente. El fenómeno de la racialización va parejo al de la Islamofobia (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2006), que es una forma específica de racismo hacia el colectivo musulmán en su globalidad. Diversas autoras (Mijares Molina & Ramírez, 2008; Ramírez, 2011; Adlbi, 2016), coinciden en señalar que dicha Islamofobia se encuentra “generizada”, al igual que defendía Spivak (1988) en el caso de la “subalternidad”, por lo que el constructo “Islamofobia de género” bien podría ser redundante (Adlbi, 2016). El argumento base de dicha Islamofobia es que el velo islámico representa la antítesis de la igualdad entre hombres y mujeres, y que éste es incompatible con los valores occidentales (Ryan, 2011). Lamentablemente, este discurso es sostenido hoy no solo por grupos tradicionalmente racistas, sino también por el feminismo de la igualdad, y gran parte de la opinión pública española. En los testimonios y experiencias narradas por las mujeres entrevistadas en mi estudio, he recogido una total conciencia sobre la Islamofobia (si bien ellas no la han denominado como tal), y una preocupación también por sus propios maridos vistos indiscriminadamente por nuestra sociedad como controladores. En el caso de aquellos cuyas mujeres visten velo, estos son vistos como especialmente “opresores” y causantes directos de que ellas lo lleven. Las mujeres expresan el sentimiento de que cuando dicen que han elegido llevar velo, su discurso es generalmente rechazado y no escuchado, tal y como exponen dos de ellas:

El velo lo uso porque lo he decidido yo, mi marido me pedía que no me lo pusiera, “aquí mejor no te lo pongas”, pero yo quería, es mi decisión y me puse el otro velo que cubre también el pecho. Ahora él está más contento con el hiyab, él está también más tranquilo porque también sufre con las malas miradas... / He explicado tantas veces por qué llevo el velo, pero sabes, diga lo diga no me van a creer que lo hago porque yo lo he decidido, porque yo lo quiero, diga lo que diga no me creen... (Badra).

A mí en Francia, en una ocasión cuando acudí a urgencias porque me encontraba mal, como mareada por una bajada de tensión, noté que los médicos me miraban el cuerpo, no me preguntaban directamente, como buscando golpes. Eso también es muy duro para nuestros maridos, ese prejuicio siempre de maltrato... (Amina).

En Euskadi, tal como constataban en su investigación Etxeberria et al. (2007), la colectividad musulmana vasca también siente prejuicios tanto por “lo musulmán”, como por “lo etno-racial”. Sin embargo, quisiera destacar un tema que espontáneamente ha surgido en dos de las entrevistas.

Si Inglaterra ha sido mencionada como un lugar más abierto y con mejores perspectivas de empleo para las chicas veladas, la Comunidad Autónoma del País Vasco, Euskadi, resulta ser mejor lugar para vivir respecto a otras zonas del Estado: *“Comparando con Valencia, en Euskadi se está mejor, nos respetan más, vivo contenta aquí”* (Amina). En el mismo sentido, otra de las entrevistadas comenta: *“El tema de la vivienda es peor en Barcelona, aquí si tienes papeles y pagas cuando toca no hay tanto problema. Allí estuve un año, pero no vuelvo, es mucho peor allí”* (Ghaada).

Antes de pasar al trato en el ámbito sanitario, a la luz de los resultados y las reflexiones en los dos primeros ámbitos, el personal, y el socio-laboral, una obra me resuena con fuerza: *“Can the subaltern speak?”* – *“¿Puede hablar el subalterno?”* de la ya mencionada Spivak (1988). Obviamente pueden y lo hacen como su capacidad de agencia y asociación demuestra, pero ¿en qué medida son escuchados? Las mujeres entrevistadas en este estudio hablan desde un lugar propio como son sus asociaciones donde ellas marcan la agenda, y hablan también desde su rol de intermediarias reconocidas por la administración pública para trabajar con otras mujeres cercanas a ellas por su cultura y por su fe. Hablan desde la legitimidad que les aporta su experiencia y la formación adquirida. La pregunta que me planteo tras escuchar su dolor al narrar las barreras para “entrar” es *¿Estamos dispuestas a escucharlas?* Para responder a la pregunta retomo otra de las autoras revisadas, Mohanty (2008), y su idea de que nuestra mirada occidental tiene barreras infranqueables que nos hacen asignar un estatus menor a aquellas mujeres a las que englobamos en la categoría llamada “mujeres del tercer mundo”, barreras que nos impiden mirarla como una igual. Así, la queja de una de las entrevistadas toma todo el sentido, porque no les permitimos entrar, sí hablar, pero cuando piden “entrar”, surge un muro infranqueable. Mujeres musulmanas, africanas, latinas, ... más allá de la religión, de la etnia... todas “extranjeras”, no importa los años que lleven en Euskadi, no importa lo bien que hablen el castellano, siempre “extranjeras” El feminismo negro con su concepto de “interseccionalidad” (Crenshaw, 1991) aporta una herramienta esencial para comprender el lugar de frontera donde muchas de estas mujeres se encuentran. No son hombres, y tampoco son “mujeres” porque no son blancas, y la discriminación que sufren las recluye a su hogar, o en el mejor de los casos, a trabajos precarios en casas de mujeres blancas, situaciones todas que vienen a reforzar su pobreza y su dependencia de otros. Su palabra no se escucha, no se cree. Acusadas de querer aquello que otros les imponen, son vistas desde un modelo de “familia blanca nuclear” (Carby, 1982) que patologiza todo lo que no se ajusta a ella por ser siempre menos “progresista”. ¿Dónde refugiarse entonces ante los muros con los que

se encuentran? La defensa de su identidad, o la pertenencia a un grupo son algunas de las posibles formas de resiliencia. Siguiendo la reflexión de la musulmana Moualhi, vestir hoy el hiyab bien podría suponer una reivindicación política de una identidad social diferenciada, ante un contexto de abierto rechazo a todo “lo musulmán”. Tampoco quisiera evitar la pregunta incómoda que propone la chicana Anzaldúa (2004), cuando habla de “las culturas que traicionan”, incluyendo en ellas la suya propia: ¿Por qué debemos ser las mujeres (con algunas excepciones como los sijs etc.) quienes siempre nos tapemos, quienes siempre estemos controladas por la concepción sexual que de la mujer tienen la mayoría de las religiones (incluida la cristiana)? ¿Por qué debemos seguir atadas a roles definidos, y ser siempre en relación a otros? Esta cuestión no ha sido objeto de este trabajo, pero como Anzaldúa apunta “*Aunque siempre defenderé mi raza y cultura cuando sean atacadas por los no-mexicanos, conozco el malestar de mi cultura*” (Ibid.:79). Solo las propias mujeres, en este caso musulmanas, desde su propio contexto, y desde sus asociaciones, pueden contestarla. De lo contrario, si fueran otras las protagonistas, supondría un hablar desde el púlpito, ondeando la bandera de mujer blanca feminista que sabe lo que la otra necesita, que invade terrenos que pertenecen a otras (Caufield, 1974), y que no ve sus carencias en términos de desigualdad respecto a sus propios hombres (Adlbi, 2016).

3.2.3. **Ámbito sanitario**

A continuación, paso a reflejar los testimonios recogidos en relación al trato recibido en el entorno de Osakidetza, y a compararlos con los resultados de la bibliografía sanitaria revisada.

En general, los testimonios de las cinco mujeres entrevistadas respecto al trato sanitario han sido positivos, tal como también se recogía en un estudio sobre la percepción del sistema sanitario catalán por parte de población marroquí, en el que participaron 75 mujeres (Almagro Lorca et al., 2010). Al mismo tiempo cabe señalar que los resultados recogidos son mejores de lo esperado a la luz de artículos internacionales, en los que mujeres musulmanas referían sentir que sus referentes sanitarios no entendían sus necesidades religiosas y culturales (Hasnain et al., 2011; Tackett et al., 2018):

Mi médico es mujer, es un encanto, cuando he tenido problemas personales me ha sabido escuchar, la conozco desde hace mucho, es muy respetuosa con mi religión, cuando celebro el Ramadán me ajusta el

antibiótico a las comidas, además tiene interés en aprender sobre el Islam. A veces si tiene pacientes que no hablan bien castellano, me llama para hacer la traducción. (Amina, no viste velo).

Dos de las entrevistadas que sí visten *hiyab* expresan no haber pasado por situaciones incómodas en consulta. Tanto la una, “*en mi centro de salud llevo tiempo y estoy contenta, no he tenido problemas ni con mi médico, ni con mi enfermera*” (Badra), como la otra, “*no, en la consulta con el médico el trato con *hiyab* no es problema*” (Ghaada), están satisfechas con el trato:

En general estoy contenta, me tratan bien, una mañana me desperté con el brazo arriba como dado la vuelta, y fui al médico al centro de salud, me dolía mucho, era fuera de horario, por la tarde y me dijeron que mejor hubiera ido por la mañana cuando estaba mi médico, pero me atendieron y me trataron bien (Ghaada).

La tercera de las mujeres que viste velo, refiere la diferencia que siente en el entorno de su centro de salud, y en un hospital general:

Tengo una médica desde hace muchos años, me trata muy bien, hablo con ella con confianza, cuando entro en el centro todos ya me conocen, no es como si vas al hospital, allí nadie te conoce, allí tienes que empezar de cero...en el centro de salud puedes solicitar cambio de médico sin problema, pero en el caso de los especialistas es diferente, el proceso ya te lo lleva esa persona y es más complicado... (Fátima).

En el caso de una las mujeres que no viste velo, y que no expresa su religión en la consulta, siente que hay variables diferentes al velo o a la religión que influyen más a su parecer en el trato, como son el racismo o la xenofobia:

Yo no veo problema por la religión, aquí en Bilbao no, en la salud no, la única diferencia es por el Ramadán. Si estás enferma, no haces Ramadán, el Corán no exige. Por religión no hay mal trato, no por ser musulmana, sino por la raza, por la xenofobia. Además, yo no hablo de mi religión y no voy tapada. Pero las chicas que van con velo nunca me han contado que hayan tenido problema por el velo. Con mi hija en Osakidetza no he tenido problemas, con su pediatra aquí super bien, tiene fotos con ella, ahora ya no es su pediatra porque nos hemos cambiado de casa / No, a mi médica no le he hablado de mi asociación, igual lo haré... (Dúnya).

La competencia lingüística en castellano tiene impacto en la relación y en la comunicación que se establecen en consulta, y es una inquietud para las mujeres musulmanas venidas de otros países que en el sistema sanitario debiera ser tenida en cuenta. Así, dos mujeres que han acompañado a

otras en consulta, resaltan la importancia de tener una base de castellano para poder comunicarse con los referentes sanitarios, y defenderse mejor en las relaciones sociales en general:

Creo que el tema del idioma es muy importante, he acompañado a dos mujeres en casos especiales, soy agente de apoyo social, las acompaño, es importante, hay historias largas, hay mucha diferencia entre ir sola o acompañada, muchas veces las mujeres entienden “todo al revés”, el apoyo con la traducción es muy necesario, te lleva tres años aprender un idioma, y nos enfermamos durante estos tres años...a mí me pasaba al llegar, me enfadaba porque entendía todo al revés, la explicación sobre las pastillas... (Dúnya).

Yo les digo a las mujeres que llegan de fuera que tienen que aprender castellano, que es muy importante para relacionarse con la gente, ser más independiente y si es posible, antes de que tener niños, para luego poder comunicarse con los médicos durante el embarazo, y poderles ayudar también con las cosas de la escuela. (Amina).

En otras ocasiones, sin embargo, el idioma no es la barrera que impide la comunicación, sino la terminología utilizada, o en el caso de este testimonio, la manera en la que el sistema sanitario se dirige a ella: “Una vez me llamaron por teléfono para hacerme una encuesta de Osakidetza, pero tenía que puntuar de cero a diez, y no me podía explicar bien, ni expresar lo que pensaba...no me gustó nada “(Badra).

Junto a los testimonios generalmente favorables al trato recibido en Osakidetza, se han recogido también situaciones en las que las mujeres entrevistadas han sentido que el trato dispensado no era el adecuado, situaciones ante las que han tomado diversas iniciativas:

Sí creo que el velo influye en el trato, yo sigo en mi centro de salud, pero a mis hijos los he tenido que cambiar de pediatra. Esta mujer se metía en temas que no debía, con las gitanas también tiene problemas / incluso a mi sobrina le dijo que no se pusiera “eso como tu tía”, tuve una discusión fuerte con ella así que hablé directamente con otro pediatra que conocía por otras madres, que era muy majo y el me hizo el cambio, es un hombre al que le gusta viajar, se le nota, de mente más abierta. (Badra).

Otra segunda entrevistada también refiere una atención y trato inadecuados, en esta ocasión, en el entorno de Urgencias hospitalarias:

Sobre el trato sí me ha pasado un tema grave este año, tuve una hemorragia fuerte, me había pasado antes pero no tan fuerte, y fui a Urgencias. Una médico de mi edad, me hizo señas como si yo no entendiera

castellano para que entrara en una zona con camilla y me desnudara, estuve esperando diez minutos y ella hablando con otra sobre si no sé quién era guapo, si se había enrollado con alguienal final me enfadé y le dije que ya valía de hablar y que me atendiera, que iba a poner una queja, y me dijo “ah, ¿hablas castellano”? (Fatima).

Esta misma entrevistada, al solicitar información a la misma profesional sobre su proceso, relata una relación y una comunicación distantes:

Me miró (el cuerpo), sin hablarme y luego fue a su ordenador a escribir el informe, y yo le pregunté “¿qué has visto?” y ella me dijo que tenía que escribir, me recetó una medicación y me dio el papel con el informe, pero no me explicó nada, y me dijo que me tenía que ver mi ginecólogo, es un hombre mayor que me ha llevado siempre. Miré el informe y decía sospecha de una palabra que viene a ser cáncer de ovarios, me dieron cita una semana después con mi ginecólogo y me dijo, “vamos a mirar esto bien”, luego que dijo que era un simple quiste, me dijo que si yo quería podía poner una queja, pero yo estaba tan contenta de que no tenía nada grave que no quería meterme en un tema y agotarme... (Fátima).

Estos testimonios resultan coherentes con el estudio de Debra Susan Penney (2015), cuando reflexionaba sobre el fenómeno de la “racialización de la religión”, aquella discriminación que resulta de la intersección de raza, género y religión. Las consecuencias de dicha racialización, como Penney apunta, son desastrosas, al ser las mujeres musulmanas vistas de forma global como ignorantes, y sometidas a un marido violento. Tal parece ser la situación relatada en el centro de salud donde la pediatra menospreció directamente el hiyab, y al mismo tiempo a la propia paciente. En el caso sucedido en Urgencias, la entrevistada tuvo la sensación de recibir una atención irrespetuosa en un inicio, y distante y poco participativa al final. La atención directiva que no busca la implicación de la paciente es el tipo de experiencia que autores revisados relacionan con pacientes cuya clase social es percibida como inferior a la del profesional (Verlinde et al., 2012); a partir del velo y del resto de variables, la profesional se forma una imagen de inferior estatus de la paciente que repercute en la atención ofrecida.

En otras ocasiones, las situaciones incómodas se dan de forma menos evidente como en el siguiente relato, que, ante la incomodidad que sintió la mujer en la relación con su médico de familia, decidió solicitar el cambio de médico: *“Yo pedí cambio de médico, no me encontraba a gusto con él, era algo raro... mi médico ahora es una mujer, me trata bien, me da tiempo para hablar”* (Dúnya). Una de las mujeres que acompaña a otras en consulta expresa sus sensaciones

sobre los estereotipos bajo los que éstas son vistas en ocasiones: “*De mi experiencia acompañando mujeres, veo que te hacen sentir que no tienes derecho a pedir, que como no somos de aquí, no podemos exigir*” (Amina).

Salud sexual y reproductiva

En relación a los procesos de salud sexual y reproductiva, críticos según la literatura revisada, ninguna de las entrevistadas rehúsa a ser atendida por un ginecólogo varón, relatando algunas de ellas que esto es también habitual en sus países de origen. Sin embargo, en caso de poder elegir, alguna refiere preferir una profesional que sea mujer. Una de las mujeres que acompaña en consulta a otras que dominan aún poco el castellano, relata que algunas de ellas sí han encontrado problemas a la hora de solicitar en Osakidetza cambio de ginecólogo por razón de su sexo:

En mi centro de salud sólo hay un matrón que me ha atendido muchas veces, yo no tengo problema, me ha atendido siempre bien. / No, no me han dicho si podría ir a otro centro donde haya una mujer. Sí es un tema sensible para nosotras, a veces vamos acompañadas por el marido o una traductora. A algunas compañeras que han pedido ginecólogo mujer no se lo han dado, les han dicho que si no están a gusto pueden ir “a la privada”. Te hacen sentir que cómo vienes exigiendo ... (Amina).

Otra de las entrevistadas relata una experiencia concreta, importante para ella, pero no relacionada directamente con el trato, sino con la respuesta recibida por sus referentes sanitarios ante una petición concreta:

Sí, me pasa una cosa, he pedido a mi médico que me congelen los óvulos, pero me dijo que “no”, que yo era muy mayor, otro día se lo volví a pedir, pero me volvió a decir que “no”. Después me llamaron para hacerme una encuesta y me preguntaron por mi médico, yo les dije que estaba contenta, pero les expliqué que me decía que no a congelar mis óvulos. Entonces se lo volví a decir a mi médico, que me habían llamado para la encuesta y ella me dio cita para la ginecóloga. Cuando fui a la ginecóloga, me dijo lo mismo, que “no”, que yo era mayor / yo entonces tenía 39 años, y la edad máxima eran 40, y ahora ya tengo 40... (Ghaada).

Me sorprendió que hubiese solicitado esta técnica porque desde mi desconocimiento, yo creía que en el Islam las técnicas de reproducción asistida no eran aceptadas, a lo que ella me contestó que pertenece a una rama del Islam que permite aprovechar los avances científicos, en sus palabras, aprovechar “*lo que los tiempos traen*”. Otra de las mujeres entrevistadas que visten velo acude con

asiduidad al ginecólogo en Osakidetza, y expresa una gran confianza en dicho profesional: *“Mi ginecólogo es un señor mayor, estoy muy a gusto con él, ahora tomo la pastilla para regular los quistes, tengo problemas desde hace muchos años, y con él muy bien”* (Fátima). En el caso de otra mujer, sin embargo, no es Osakidetza la institución a la que acude para su seguimiento ginecológico, sino otro servicio también gratuito: *“Yo no he tenido problemas con el tocólogo de Osakidetza, que era hombre, cuando estaba embarazada. Para temas de ginecología ahora voy a Auzolan¹, del ayuntamiento, allí te atienden, hay médicos”* (Badra).

A la luz de estos testimonios, se observan diferencias respecto a los artículos revisados por Tackett et al. (2018), dado que frente a lo que ellos reflejaban, las cinco mujeres entrevistadas en mi estudio no reducen sus consultas de atención reproductiva y ginecológica en base a creencias religiosas, y aceptan que el profesional que les atienda sea un varón. Por otra parte, en relación a los servicios de Maternidad, dos de las entrevistadas que han vivido dicha experiencia en nuestro sistema sanitario, no han referido ninguna incomodidad durante el proceso, al contrario de lo que parecía avanzar otro artículo sobre mujeres musulmanas emigradas a Canadá con sentimientos de incompreensión por parte de un servicio de Maternidad diseñado para la canadiense “media”, que no se adaptaba a sus necesidades (Reitmanova & Gustafson, 2008).

Apoyo de traductoras en consulta

Como ya se ha apuntado a lo largo de este apartado, la comunicación paciente-profesional no siempre es sencilla por varias razones, encontrándose entre ellas claramente, las barreras idiomáticas. Así, varias de las entrevistadas, en coordinación con profesionales sanitarios de Osakidetza, han acompañado de forma altruista en consulta a mujeres que hablan árabe y que aún no dominan el castellano. Siguiendo con el antes mencionado estudio de Penney (2015), la autora alerta de que el uso de traductoras en consulta hace necesario disponer de tiempos de consulta más

¹ El Módulo Auzolan es una asociación que colabora con diversos organismos públicos como el Departamento de Salud, el Ayuntamiento de Bilbao (quien les cede los locales), los Departamentos de Asuntos Sociales, de Justicia y de Emakunde del Gobierno Vasco, y la Diputación de Bizkaia. Auzolan ofrece entre otros, gratuitamente, un Servicio de Salud Reproductiva y Sexual, servicio al que la entrevistada hace referencia.

largos, para asegurar que la información se ha entendido correctamente, algo que lamentablemente no siempre es posible. Esta limitada duración de las consultas, tema también presente en la bibliografía, ha surgido espontáneamente en tres de las entrevistas de mi trabajo, en especial cuando se hace necesario abordar estados de ansiedad, o de depresión por el duelo migratorio. Es interesante también hacer una llamada de atención al hecho de que sean traductoras informales quienes están realizando labores de traducción en nuestro servicio de salud, algo por otra parte habitual en los servicios de salud occidentales (Johnson et al., 2004).

Salud Mental

Los comentarios sobre el duelo migratorio han surgido espontáneamente en algunas conversaciones. Por sus propias experiencias al dejar su país de origen, y/o por las experiencias de otras y otros a los que acompañan en consulta, este parece ser un tema importante para el colectivo de mujeres musulmanas. Así, una de las mujeres que traduce y acompaña en consultas médicas relata:

A los profesionales les diría que hay un tema importante que es el duelo migratorio que produce tristeza y ansiedad, que no se cura con una pastilla, que las mujeres necesitan hablarlo. Ellas no lo saben explicar, se encuentran mal, igual van al médico por un catarro, que los médicos indaguen con unas preguntas simplemente de empatía, como ¿hace cuánto tiempo que llegaste aquí? Hay que preguntar, pero en las consultas hay poco tiempo para escuchar... (Amina).

Una segunda entrevistada también apunta la importancia de este tema, y el apoyo emocional que supone para la persona acompañada tener a su lado alguien que habla su idioma, y con quien comparte cultura y religión:

.../ acompañando a personas musulmanas al médico, ayer acompañé a un chico de Argelia que apenas habla castellano al centro de salud mental. La psicóloga me dice que cuando voy con él, él está más tranquilo, yo le voy traduciendo y también le acompaño. Para mí ayudar a esta persona forma parte de mi religión, creo en el karma, todo lo bueno que haces por otra persona luego te vuelve... (Fátima).

Así, el abordaje del duelo migratorio en personas que además necesitan apoyo de traducción, requiere una especial dedicación de tiempo por parte de los profesionales, tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en las áreas específicas de Salud Mental. Esta necesidad, traducida en

minutos, se presenta como un reto de gran complejidad, en un contexto de agendas llenas y de alta presión asistencial.

Gestión de la diversidad religiosa en los centros sanitarios

En los testimonios recogidos han sido escasos los comentarios referidos a espacios de culto en los hospitales, o al acceso a imanes durante periodos largos de hospitalización, cuestiones abordadas con detalle por la bibliografía relativa a la gestión de la diversidad religiosa en el ámbito hospitalario (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011). El hecho de que las cinco entrevistadas gocen en general de buena salud, y que ni ellas, ni sus allegados hayan pasado largos periodos hospitalizados, me ha impedido indagar en ese catolicismo silencioso que aún parece impregnar las estructuras hospitalarias españolas (Griera et al., 2015; Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011). Hay un punto en el que coinciden varias de las entrevistadas cuando indican la ausencia del menú *halal* en los hospitales generales del ente, situación que parecen sortear de forma sencilla, bien a través de los menús vegetarianos que se les ofrecen, o bien llevando al centro su propia comida *halal*:

En el hospital no hay menú halal, sí nos dan la opción de vegetariano, o de pescado. Entre nosotras es costumbre llevar comida y dulces al hospital a las recién paridas, a los enfermos y también a sus cuidadores, porque es halal y para que no tengan que gastar tanto comprando en bares. (Amina).

Para completar este apartado de la gestión religiosa de los centros sanitarios, quisiera recoger una situación inesperada referida por una de las entrevistadas, en relación al uso del velo en el entorno de Osakidetza. Inicialmente, yo había contactado a las entrevistadas en calidad de usuarias del servicio de salud, y no contemplaba la posibilidad de que pudieran ser trabajadoras del ente. Sin embargo, la casualidad ha hecho que una de las mujeres que viste hiyab haya llevado a cabo recientemente en un hospital de la red, las prácticas requeridas para finalizar sus estudios:

Hice prácticas con mis compañeros y llevaba mi velo sin problema, ellos me tratan como una más, pero cuando tuve que hacer las prácticas finales del módulo, la encargada me dijo que me lo tenía que quitar, que eran las normas de vestimenta del hospital, yo llevaba mi bata lila como todos y luego un velo claro que me cubría el pelo (me enseña foto), mi profesora me apoyó y otros médicos también, escribí a la dirección del hospital pero al final nada, me lo tuve que quitar (me enseña foto), la encargada me decía que podía ponerme un gorro de quirófano, pero eso es peor, es no entender nada, le dije “¿crees que es lo mismo”?

preferí quitármelo que ponerme ese gorro, fue duro, es como si yo te dijera que te quites la camiseta y vayas enseñando los pechos... Sé que hay médicos chicas musulmanas trabajando en el mismo hospital, y que visten velo, a ellas sí les dejan, no lo entiendo, y alguno de mis compañeros llevan rastas y tampoco les obligaron a quitárselo... Además, como me dijo un médico, hay monjas en el hospital que también llevan algo parecido que les cubre el pelo, no es justo que yo no pueda llevarlo... (Fátima).

Su testimonio muestra que se hace necesario el abordaje de estas situaciones desde una perspectiva global para toda la red de centros, estableciendo criterios consensuados, accesibles y públicos. En el caso de Fátima, se hace presente de alguna forma la antes mencionada “invisible hegemonía católica” (Griera et al., 2005), que aún impregna nuestras instituciones sanitarias, y que provoca casos de desigualdad hacia el resto de minorías religiosas como en este caso. Ella por su parte, está en un momento de espera, ha aprobado la prueba de examen de su oposición y tiene ilusiones a futuro. Tiene esperanza en que la situación cambie pronto, entre otras cosas, por el fuerte apoyo que recibió del resto de profesionales:

Espero que cuando consiga el permiso pueda volver, y pueda llevarlo. El valor de la persona no es por la vestimenta, es por el esfuerzo, el trabajo, la gente del hospital estaba muy contenta conmigo, me apoyaron muchos, les parecía mal que no me dejaran llevarlo, lo intenté, pero al final tuve que quitármelo... (Fátima).

4. CONCLUSIONES

Para llevar a cabo el presente estudio he abordado una parte teórica y una parte empírica. En su parte teórica, he realizado tres tipos de búsquedas bibliográficas, recorriendo las principales autoras que han trabajado la subalternidad y la otredad; analizando informes y legislación sobre el velo y la gestión religiosa en el entorno sanitario, y, en tercer lugar, revisando artículos a nivel internacional sobre el trato sanitario recibido por el colectivo de mujeres musulmanas en entornos occidentales. A continuación, he realizado el trabajo de campo, cualitativo, a través de entrevistas individuales abiertas de carácter no directivo, para confirmar o refutar las hipótesis planteadas.

Revisión de las hipótesis de partida

A continuación, y siempre consciente de la influencia que la tipología y el tamaño de muestra tienen en este proceso, paso a valorar las hipótesis planteadas al inicio de mi trabajo.

La primera hipótesis refleja que el hecho de utilizar velo en consulta tiene un impacto en la relación que se establece con el personal sanitario, en especial en los primeros encuentros. De los testimonios recogidos, podemos extraer que vestir velo sí influye en el trato recibido, y que el velo puede ser interpretado por los profesionales sanitarios, en un primer encuentro, como tener un bajo nivel de castellano. Además, en una pequeña muestra de tres personas, es posible encontrar en el sistema sanitario profesionales con actitudes irrespetuosas, o que expresamente rechacen el *hiyab*.

La segunda hipótesis, relativa a las dificultades para encontrar en los centros sanitarios entornos de confianza donde exponer las mujeres sus dudas sobre salud a nivel integral, y específicamente sobre salud reproductiva y sexual, no puedo, a la luz de los testimonios recogidos, corroborarla ya que las mujeres entrevistadas refieren tener establecer relaciones de confianza y de respeto hacia sus creencias religiosas, principalmente con aquel personal sanitario con el que el trato es más habitual. Sin embargo, en ocasiones, algunas de ellas también han vivido experiencias de trato irrespetuoso independientemente del ámbito, o de trato distante en el caso de las consultas hospitalarias. En la dinámica de la relación paciente-profesional, destaca la aparición de una variable añadida al género, la religión y al velo, con importante impacto también en el trato, como es la raza, o la “racialización” de la que las mujeres musulmanas son objeto (referida por una mujer no velada). En relación a la especial complejidad apuntada por la bibliografía de los procesos de salud reproductiva y sexual para las mujeres musulmanas, y en especial para las que visten velo,

tampoco parece confirmarse la hipótesis en la muestra abordada, ya que las cinco entrevistadas coinciden en aceptar que un profesional varón las atiende (aunque en caso de tener opción, alguna prefiere una sanitaria ginecóloga), y en acudir con asiduidad a este tipo de consultas. Sin embargo, no quisiera obviar que fuera de muestra a la que me ha sido posible acceder, es posible, tal como una de las mujeres relata, que otras mujeres musulmanas con una vivencia diferente de su religiosidad, sí encuentren problemas al solicitar que les asigne una ginecóloga mujer. Además, en uno de los testimonios han aparecido servicios ginecológicos alternativos a los ofertados por Osakidetza, como el módulo Auzolan en Bilbao, en los que sería interesante profundizar para conocer en qué medida son más atractivos para las mujeres, en lo que respecta a la accesibilidad y calidad del trato. Por todo esto, si tuviera que marcar una valoración para esta hipótesis tomando como referencia un termómetro, me decantaría por el color ámbar.

La tercera y última hipótesis apunta que, dado que la *comunicación paciente-profesional* ha demostrado ser un factor determinante en la adherencia a los tratamientos en pacientes, cuando las mujeres sienten que no son atendidas en su singularidad religiosa, no siguen las indicaciones del personal, frecuentan menos sus consultas, y buscan alternativas por sus propios medios. En este caso, sí puedo concluir que la hipótesis planteada se cumple dado que, ante situaciones problemáticas, las mujeres entrevistadas han dado una solución a sus problemas, buscando principalmente otra u otro referente sanitario con el que poder establecer una buena conexión personal. Valoran el trato cercano, el que sus referentes las escuchen y que muestren empatía hacia ellas, en consonancia con los hallazgos de Penney (2015) sobre prácticas de los profesionales sanitarios valoradas positivamente por sus pacientes. Es destacable que, al mismo tiempo, las mujeres entrevistadas en mi estudio hayan decidido no trasladar, ni poner quejas formales en los servicios que Osakidetza tiene destinados para ello. Muestran tener agencia y recursos personales, y al mismo tiempo, parecen no confiar en exceso en el sistema sanitario por miedo a crearse problemas, o a agotarse durante el proceso (aspectos todos de interés para ser abordados en mayor profundidad). Otro tema importante por sus repercusiones en la salud de las mujeres, y relacionado con la *comunicación paciente-profesional*, que quiero destacar es el riesgo de no seguir, o seguir de forma incorrecta los tratamientos indicados y la medicación prescrita, no de forma intencionada por la paciente, sino por fallos en la comunicación en consulta. El personal sanitario puede prevenir dichas situaciones a través del apoyo de traductoras; utilizando términos sencillos y claros en sus conversaciones con las pacientes, y solicitando confirmación de que la información dada se ha entendido al completo.

Quisiera integrar en estas conclusiones finales, la experiencia agridulce relatada por una de las mujeres entrevistadas que viste hiyab, y que cursó las prácticas finales de su módulo de formación profesional en un hospital de Osakidetza. Agridulce por haber sido obligada a retirarse el velo durante el periodo que duraron dichas prácticas, y al mismo tiempo, por haber sentido el apoyo de muchos de sus compañeros de trabajo en su lucha. Su testimonio anima a seguir trabajando en la red por lograr un espacio laboral inclusivo de forma progresiva en los próximos años. La normalización laboral del velo en Osakidetza supondría un impulso indudable para la normalización del velo también a nivel de la ciudadanía.

Hablar de “las otras” desde una perspectiva de investigación feminista

En el apartado metodológico de este trabajo, reflexionaba sobre mi legitimidad para contar el relato de “otras” sin usurparles su voz, y sin reinterpretarlas. Busqué en mi marco teórico cómo la investigación feminista, crítica con el feminismo hegemónico, abordaba esta cuestión y en qué términos concluía el debate de “*cómo hablar sin que nuestras palabras sirvan para desempoderar a otras, y cuándo callar*” (Wilkinson & Kitzinger, 1996:16). Me acogí a una visión posibilitadora de la presente investigación, aquella que estas autoras defienden como compleja pero posible, basada en un diálogo entre “nosotras” y “las otras”. Un diálogo en el que mutuamente nos influenciamos, sin privilegios de unas poderosas sobre el resto. A la luz de la experiencia vivida, creo poder decir que ha sido así en gran manera.

Sobre las mujeres que han aceptado tomar parte en este estudio, destacaría su gran diversidad, y más teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra. Dicha diversidad ha sido mostrada a lo largo de las diferentes variables abordadas, como su nacionalidad; nivel de estudios; estado civil; la forma de profesar su religión; o sus orígenes étnicos (orígenes que, si bien no han sido objeto de este trabajo, han estado presentes en sus testimonios por la “racialización” de la que a menudo son objeto). Ante toda esta variabilidad, la imagen compacta y única de “mujer musulmana” que nos llega de forma interesada desde los medios de comunicación, y algunos sectores sociales, se deshace de arriba abajo. Sin embargo, a pesar de la variabilidad del grupo, las cinco han coincidido en muchas de sus visiones sobre los tres ámbitos abordados, el personal, el socio-laboral y el sanitario. En el caso del primero, el ámbito personal, destaca su trabajo asociativo; su discurso empoderado; su lucha por sus derechos como mujeres musulmanas, y, junto con otras “mujeres del tercer mundo”, su reivindicación del reconocimiento de su trabajo y de sus

derechos laborales. El gran dolor que se percibe en ellas es en el ámbito socio-laboral donde todas viven experiencias de exclusión. El empleo y las relaciones sociales representan dos caras de una misma moneda en una sociedad como la nuestra, en la que no tener trabajo supone recibir ayudas de las administraciones, y recibir ayudas supone ser rechazada y estigmatizada como “consumidora profesional” de recursos públicos. Dolor también por el discurso contradictorio que reciben de nosotras, cuando a la vez que les reclamamos que se empoderen, no las contratamos o no les alquilamos una vivienda, lo que refuerza su situación de dependencia. Todo esto no hace sino reforzar el estigma de “la otra”; o de la “mujer del tercer mundo”, quien se encuentra con un muro infranqueable que no le permite establecer relaciones normalizadas con la sociedad local. En el último ámbito, el sanitario, todas refieren haber establecido relaciones de confianza con sus profesionales de referencia habituales, relaciones en las que el velo y su religión no sienten que sean esencialmente relevantes. A pesar de esto, no se puede caer en la complacencia, porque, por un lado, se dan situaciones concretas de trato inadecuado en consulta como las relatadas en sus testimonios, y por otro, porque el fenómeno de la “racialización”, mencionado en todas las entrevistas y analizado en profundidad por diversas autoras (Téllez, 2014; García et al., 2011; Ruiz-Bejarano, 2018; Etxeberria et al., 2007), suele darse de forma no intencionada o inconsciente en los profesionales sanitarios (Johnson et al., 2004)

Recomendaciones

La mayoría de los estudios abordan en su parte final unas recomendaciones que buscan enlazar la teoría con la acción. Entiendo la investigación social como una herramienta de transformación de la realidad, por lo tanto, siendo consciente de que habrá áreas de interés que han podido quedar fuera del estudio, propongo a continuación varias ideas confiando que sean de utilidad para Osakidetza.

En primer lugar, establecer una política global sobre el uso del velo islámico entre las trabajadoras del ente, tal como estableció el Departamento de Educación, en 2016, con su documento de *Recomendaciones en relación con la utilización de pañuelo en la cabeza* (Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Política lingüística y Cultura, 2016:3). Superando el entorno de Osakidetza, a nivel de Gobierno Vasco, diseñar políticas de empleo específicas para la inserción laboral de mujeres que visten velo, promoviendo su contratación y su formación en igualdad de condiciones.

Segundo, realizar campañas desde los Servicios de Atención al Usuario en varios idiomas para darse a conocer en mayor medida, facilitando distintos canales de acceso a pacientes y usuarias sobre sus diferentes servicios.

Tercero, profundizar en las directrices de la *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios*, en lo relativo entre otros, a los espacios de culto, al acceso por parte de los pacientes a pastores de diferentes religiones, y a una mayor variabilidad en la oferta de menús.

Cuarto, analizar desde las organizaciones de la red cómo utilizar el hecho religioso de pacientes y familiares como un “activo para la salud” dentro de sus comunidades.

Quinto, valorar el desarrollo de un sistema operativo de traductoras y/o mediadoras culturales capacitadas también en áreas de interés para el ente, que ofrezcan un servicio confidencial, diseñado en base a las necesidades y a la satisfacción de las personas que requieren el servicio.

Sexto, en coherencia con el *Modelo Determinantes Sociales de la Salud*, continuar con la formación dirigida a los profesionales sobre bioética, diversidad cultural, ... e incorporar en ella el hecho religioso, y otros aspectos sociales como la teoría de la interseccionalidad. Aprovechar la cercanía y disponibilidad de organizaciones de mujeres musulmanas para impartir charlas de sensibilización en los centros. También, en los ámbitos universitario y de formación profesional, reforzar la capacitación del alumnado de estudios sanitarios en ámbitos como “cultura y salud” y “género y salud”.

Séptimo y último, valorar el interés de incorporar expresamente el hecho religioso en el proyecto *Humanización* para darle visibilidad y relevancia entre los profesionales.

Limitaciones del estudio

Como exponía en el apartado de Resultados, realizar el trabajo de campo durante el mes de agosto ha supuesto ciertas dificultades para la contactación de la muestra, y tan solo me ha sido posible entrevistar a tres mujeres que vistieran velo. Por otro lado, al dirigirme a mujeres con alto nivel de castellano e implicadas en asociaciones de mujeres musulmanas, el perfil de las entrevistadas es relativamente homogéneo en varios aspectos. Las cinco han manifestado no tener problema en ser atendidas por profesionales varones, lo que no me ha permitido conocer otros puntos de vista al respecto, tal como se constataba en la bibliografía revisada (donde el requisito de ser atendidas por una profesional de su mismo sexo aparecía de forma reiterada). Además, todas las entrevistadas gozan de buena salud, así como los suyos, lo que les ha supuesto afortunadamente

pocas experiencias de hospitalización, y al mismo tiempo, escaso conocimiento sobre las prácticas de gestión llevadas a cabo en los hospitales de Osakidetza respecto a la diversidad religiosa.

Futuras líneas investigación

Algunas de las limitaciones indicadas ayudan a identificar futuras líneas de investigación. Creo que sería interesante llevar a cabo un estudio en mayor profundidad, ampliando esta vez el perfil de la muestra. Con la ayuda de las mujeres entrevistadas en el presente estudio, en calidad de acompañantes y traductoras de otras, el objetivo sería poder contactar y entrevistar en su propio idioma a otras mujeres musulmanas, no involucradas aún en el activismo, con niveles de religiosidad diferentes, y con procesos de enfermedad que les hayan supuesto estar hospitalizadas durante periodos largos. Podría ser también de interés, estudiar si en el colectivo de mujeres musulmanas que deciden no vestir velo, existe o no la tendencia a invisibilizar su musulmanidad en consulta, y sus sensaciones al respecto. Una mayor variabilidad de la muestra permitiría recoger testimonios más diversos, desde miradas diferentes, y con mayor profundidad en algunos temas.

Una segunda línea de investigación a explorar sería la realización de una comparación entre los servicios de Ginecología de Osakidetza y los de los módulos de atención psicosocial de varios barrios de Bilbao, recogiendo la percepción y la satisfacción de las usuarias, así como buenas prácticas llevadas a cabo por el personal sanitario en ambos entornos.

Una tercera línea de interés consistiría en profundizar en las percepciones de las mujeres musulmanas sobre el sistema sanitario vasco, y sobre los recursos que el sistema habilita para canalizar solicitudes, trámites, dudas, y quejas.

Finalmente, además de la voz de las usuarias, sería interesante, tal como se ha realizado en algunos de los trabajos revisados en la bibliografía, recoger las vivencias de las y los profesionales sanitarios en relación al hecho religioso, y en particular, respecto a las relaciones que establecen con personas pertenecientes a minorías religiosas, como es el caso de la religión islámica.

5. REFERENCIAS

Adlbi Sibai, S. (2016). *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial* (2ª reimp. en España, 2017 ed.). Ciudad de México: Ediciones Akal.

Ahizpatasuna Asociación sociocultural de mujeres vascas y marroquíes (2014). Perfil en Facebook. Retrieved from https://touch.facebook.com/ahizpatasuna/?_tn=C-R

Almagro Lorca, M. J., Rojas Cecilia, M. J., Guix Oliver, J., Garreta Girona, S., Ribot Serra, B., & Arija Val, V. (2010). "Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad". *Atención Primaria*, 42 (42), 266-272. Retrieved from <https://medes.com/publication/58311>

Al Nour Asociación de mujeres (2008). Página Web. Retrieved from <http://www.muieresalnour.org/>

Anzaldúa, G. (2004). "Los movimientos de rebeldía y las culturas que traicionan", en *Otras inapropiables. feminismos desde las fronteras* (pp. 71-80). Madrid: Traficantes de sueños.

Bidaya Asociación de mujeres musulmanas de Euskadi (2007). Página Web. Retrieved from http://www.bidaya.org/quienes_somos/

BOE. Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España (Ley 26/1992, de 10 de noviembre), <http://vlex.com/vid/ley-acuerdo-cooperacion-comision-islamica-81533634> U.S.C. Retrieved from VLEX Retrieved from <http://vlex.com/vid/ley-acuerdo-cooperacion-comision-islamica-81533634>

BOE. Constitución Española de 1978, <http://vlex.com/vid/constitucion-126929> U.S.C. Retrieved from VLEX Retrieved from <http://vlex.com/vid/constitucion-126929>

BOE. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), <http://vlex.com/vid/autonomia-paciente-obligaciones-clinica-56512435> U.S.C. Retrieved from VLEX Retrieved from <http://vlex.com/vid/autonomia-paciente-obligaciones-clinica-56512435>

BOE. Ley Orgánica de Libertad Religiosa (Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio), <http://vlex.com/vid/ley-organica-libertad-religiosa-126589> U.S.C. Retrieved from VLEX Retrieved from <http://vlex.com/vid/ley-organica-libertad-religiosa-126589>

BOPV. RESOLUCION de la Dirección General del «Servicio Vasco de Salud-Osakidetza» de fecha 10 de Febrero de 1987, por la que se ordena la publicación en el Boletín Oficial del País Vasco, del Convenio sobre prestación de servicios de asistencia religiosa católica en los Centros Hospitalarios Públicos pertenecientes a su red. 33, (1987). Retrieved from <http://vlex.com/vid/osakidetza-convenio-religiosa-hospitalarios-15597653>

BOPV. DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi. 146, (2015). Retrieved from <http://vlex.com/vid/decreto-147-2015-21-579652314>

Carby, H. V. (1982). "Mujeres blancas, escuchad! El feminismo negro y los límites de la hermandad femenina", en *Feminismos negros. una antología* (pp. 209-243). Madrid: Traficantes de sueños.

Crenshaw, K. W. (1991). "Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color", en R. Platero (Ed.), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 87-122). Barcelona: Ediciones Bellaterra.

El País. (2010). Prendas tradicionales de la mujer musulmana. Retrieved from https://www.google.es/search?q=Moualhi,+D.+2002&tbn=isch&source=iu&ictx=1&fir=dqn8DSXdGwa1fM%253A%252CyfiaKUNXkK2AWM%252C_&usq=f8hKtXl:IRr25KMInqczQEUEq7w%3D&sa=X&ved=2ahUKEwiFr7qv-6DeAhXFvRQKHQJBbcQ9QEwD3oECAkQFA#imgdii=EtjiIUvdMdgEdM:&imgc=dqn8DSXdGwa1fM:

Esteban Galarza, M. L., & Díaz, B. (1997). *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao)*. Fundación EDE.

Etxeberria, X., Ruiz Vieytez, E., Vicente Torrado, T. L. (2007). *Identidad islámica y espacio público en el País Vasco*. Alberdania.

European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. (2006). *Muslims in the european union. discrimination and islamophobia*. EUMC.

Europa Press. (2017, 20 julio). La audiencia nacional prohíbe el velo islámico en las cárceles si dificulta la identificación de la interna. *Europa Press* Retrieved from <http://www.europapress.es/nacional/noticia-audiencia-nacional-prohibe-velo-islamico-carceles-si-dificulta-identificacion-interna-20170720181639.html>

Euskal Bilgune Islamiarra. Perfil en Facebook. Retrieved from https://es-es.facebook.com/pg/Euskal-Bilgune-Islamiarra-979530975421638/about/?ref=page_internal

Finkel, L., Parra, P., & Baer, A. (2008). "La entrevista abierta en investigación social: trayectorias profesionales de ex deportistas", en Á J. Gordo, & A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación. Retrieved from [https://ebookcentral.proquest.com/lib/\[SITE_ID\]/detail.action?docID=4850055](https://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docID=4850055)

García Guerra, M., & Centro de Investigación, Documentación y Evaluación. (2007). *La razón mestiza: Agenda intercultural*. Secretaría General Técnica.

García, A., Vives, A., Exposito, C., Perez-Rincon, S., Lopez, L., Torres, G., & Loscos, E. (2011). "Velos, burkas ... moros: estereotipos y exclusion de la comunidad musulmana desde una perspectiva de género". *Investigaciones*

Feministas, 2(2), 283-298. doi:10.5209/rev_INFE.2011.v2.38556 Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4131833>

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. (2015). *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. (2011). *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios*

Gobierno Vasco & Departamento de Educación, Política lingüística y Cultura (2016). "Recomendaciones del Departamento de Educación, Política lingüística y Cultura en relación con la utilización de pañuelo en la cabeza".

Gobierno Vasco & Departamento de Empleo y de Políticas Sociales. (2018). *IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021: Euskadi, territorio inclusivo*. Retrieved from http://www.euskadi.eus/documentacion/2018/iv-plan-vasco-de-inclusion-2017-2021_/web01-s2enple/es/

Gobierno Vasco & Departamento de Salud (Eds.). (2014). *Políticas de salud para Euskadi 2013 – 2020* (2ª ed.). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Gobierno Vasco, Departamento de Salud, & Osakidetza (2015). *Derechos y deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi*. Retrieved from http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/derechos_deberes_presentacion/es_def/adjuntos/derechos%20y%20deberes.pdf

Gobierno Vasco, Departamento de Salud & Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. (2017). *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. Retrieved from https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf

Gobierno Vasco & Grupo de Trabajo Interdepartamental. Secretaría General de Derechos Humanos, Convivencia y Cooperación. (2018). *Programa de actuación para promover la convivencia junto a la comunidad islámica vasca*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Retrieved from https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/11503/PROGRAMA_ACTUACION_-_convivencia_comunidades_islamicas.pdf?1523521093

Gobierno Vasco. Irekia (2015). Modelo atención sanitaria integral de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Retrieved from <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/30210-nuevo-modelo-atencion-sanitaria-integral-sera-realidad-todo-euskadi-partir-del-proximo-enero-2016>

Gobierno Vasco. Irekia (2018). Comisión asesora ADOS. Retrieved from <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/45149-queda-constituida-comision-asesora-ados-para-colaboracion-con-las-comunidades-islamicas-euskadi-con-participacion-del-lehendakari>

Griera, M., García-Romeral, G., Martínez-Ariño, J., & Clot-Garrell, A. (2015). *GEDIVER-IN La gestión de la diversidad religiosa en centros hospitalarios y penitenciarios en España*

Griera, M., & Burchardt, M. (2016). "Religión y espacio público: el conflicto en torno a la regulación del velo integral islámico". *Papeles del CEIC, 2016* (2), 1. doi:10.1387/pceic.16190 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1927141140>

Hasnain, M., Connell, K. J., Menon, U., & Tranmer, P. A. (2011). "Patient-centered care for muslim women: Provider and patient perspectives". *Journal of Women's Health, 20*(1), 73-83. 10.1089/jwh.2010.2197 Retrieved from <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2010.2197>

Hill Collins, P. (2012). "Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro", en M. Jabardo (Ed.), *Feminismos negros. una antología*. Madrid: Traficantes de sueños.

Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Browne, A. J., Grewal, S., Hilton, B. A., & Clarke, H. (2004). "Othering and being othered in the context of health care services". *Health Communication, 16*(2), 255-271. 10.1207/S15327027HC1602_7 Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327027HC1602_7

Juliano, D. (2017). *Tomar la palabra: Mujeres, discursos y silencios*. Barcelona: Edicions Bellaterra, S.L.

Lems, J. M., Mijares Molina, L., & Téllez Delgado, V. (2018). "Constructing subaltern muslim subjects: The institutionalization of Islamophobia". *Revista De Estudios Internacionales Mediterráneos, (24)*, 1-8. doi:10.15366/reim2018.24.001

Mahmood, S. (2004). *Politics of piety: The islamic revival and the feminist subject*. Princeton: Princeton University Press. Retrieved from <http://lib.myilibrary.com?ID=256933>

Mijares Molina, L., & Lems, J. M. (2018). "Luchando contra la subalternidad: Las reivindicaciones de la población musulmana en Madrid". *Revista De Estudios Internacionales Mediterráneos, (24)*, 109-128. 10.15366/reim2018.24.007

Mijares Molina, L., & Ramírez, Á. (2008). "Mujeres, pañuelo e islamofobia en España: un estado de la cuestión". Retrieved from <http://hdl.handle.net/10201/11918>

Módulo de Asistencia Psicosocial Auzolan. Nuestros servicios. Retrieved from <http://moduloauzolan.org/nuestros-servicios/>

Mohanty, C. T. (2008). "Bajo los ojos de occidente. academia feminista y discurso colonial", en L. Suárez Navaz, & A. Hernández (Eds.), *Descolonizando el feminismo: Teorías y prácticas desde los márgenes*. Madrid: Cátedra.

Motilla, A. (2009). *El pañuelo islámico en Europa*. Madrid: Marcial Pons.

Moualhi, D. (2000). "Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social". *Papers: Revista de Sociología*, (60), 291-304. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=45696>

Musulmanas Bidaya @MusulmanaBidaya (2015, marzo). Portada cuenta twitter. Retrieved from <https://twitter.com/search?q=Bidaya&src=typd&lang=es>

Olabarri, D. (2018, 23 mayo). Grupos musulmanes advierten de que "integristas" asesoran al Gobierno Vasco. *El Correo*, p. 34.

Penney, D. S. (2015). *Experiences and perceptions of iraqi muslim refugee women and health care providers in the health care encounter* Available from Dissertations & Theses @ University of Utah. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1746694429>

Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia. (2018). *Informe anual islamofobia en España 2017*. Retrieved from https://www.webislam.com/media/2018/03/65794_informe207.pdf

Ramazanoglu, C., & Holland, J. (2002). *Feminist methodology*. London: Sage.

Ramírez Fernández, Á. (2011). *La trampa del velo*. La catarata. Retrieved from <http://data.theeuropeanlibrary.org/BibliographicResource/3000146788372>

_____(2014). *La alteridad imaginada. el pánico moral y la construcción de lo musulmán en España y Francia*. Barcelona: Edicions Bellaterra, S.L.

Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": Maternity health and care needs of immigrant muslim women in St.John's, Newfoundland". *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 101. 10.1007/s10995-007-0213-4 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592762>

RTVE (2007, 17 octubre). *Rifirrafe con Duran i Lleida por el velo*. [Video/DVD] Retrieved from <https://youtu.be/UhW5BhYLEIA>

Ruiz-Bejarano, B. [@BRuiz_Bejarano] (2018, 21 julio). #En este mapa se ve algo mejor. El islam actual es un fenómeno asiático. El mundo árabe es una minoría dentro del mundo islámico [Tuit]. Retrieved from https://twitter.com/BRuiz_Bejarano/status/1020608034882695169

Ryan, L. (2011). "Muslim women negotiating collective stigmatization: 'We're just normal people'". *Sociology*, 45(6), 1045-1060. 10.1177/0038038511416170 Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0038038511416170>

Samadi, H. (2013). *Mujeres musulmanas. estereotipos occidentales versus realidad social*. Retrieved from <https://www.vitoria-gasteiz.org/docs/wb021/contenidosEstaticos/adjuntos/es/28/42/52842.pdf>

Samper, S. (2004). "Los discursos sobre el islam de las mujeres marroquíes inmigrantes en España: Cuestiones de identidad y género", en IV Congrés sobre la immigració a Espanya: Ciutadania i Participació (Ed.),

Schrop, S. M. L. (2011). *The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter?* Available from Social Science Premium Collection. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/920513418>

Tackett, S., Young, J. H., Putman, S., Wiener, C., Deruggiero, K., & Bayram, J. D. (2018). "Barriers to healthcare among muslim women: A narrative review of the literature". *Women's Studies International Forum*, 10.1016/j.wsif.2018.02.009 Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277539517304028>

UCIDE Unión de Comunidades Islámicas de España. (2018). *Estudio demográfico población musulmana 2017. Explotación estadística del censo de ciudadanos musulmanes en España referido a fecha 31/12/2007*. (). Madrid: Retrieved from <http://ucide.org/es/content/estudio-demografico-de-la-poblacion-musulmana-6>

Valles, M. (2010). *Técnicas cualitativas de investigación social*. (1 ed.). ES: Síntesis. Retrieved from <http://leo.um.es/Record/Xebook1-799>

Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). "The social gradient in doctor-patient communication". *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 12. 10.1186/1475-9276-11-12 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22409902>

Vu, M., Azmat, A., Radejko, T., & Padela, A. I. (2016). "Predictors of delayed healthcare seeking among American Muslim Women". *Journal of Women's Health*, 25(6), 586-593. 10.1089/jwh.2015.5517 Retrieved from <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2015.5517>

Wilkinson, S., & Kitzinger, C. (1996). *Representing the other* (1. publ. ed.). London [u.a.]: Sage.

6. ANEXOS

6.1. Anexo I: Guion entrevista individual

EJE TEMÁTICO 1: La asociación en la que participa.

Comenzar rompiendo el hielo hablando de la asociación en la que participa porque probablemente estemos realizando la entrevista en sus instalaciones y haya sido una compañera suya quien nos haya puesto en contacto; desde cuándo participa en ella; cuáles fueron sus motivaciones para integrarse en ella; qué le aporta en su vida; en qué consiste su participación (dedicación, actividades, ...).

EJE TEMÁTICO 2: Su localidad y el tiempo que lleva viviendo en ella.

Ubicar el tipo de localidad donde vive (grande, pequeña, características), los años que lleva viviendo en ella; si este no es su país de origen, preguntar de dónde es, cuando llegó, por qué fue este su destino, ver cómo se desenvuelve en castellano. Preguntarle si está a gusto donde vive, la gente, los servicios de los que dispone. Apoyos con los que cuenta en su entorno cercano.

EJE TEMÁTICO 3: Personas a su cargo

De cara a interpretar mejor sus vivencias en los centros de salud, es importante conocer si tiene personas a su cargo a quienes también acompañará cuando estas tengan problemas de salud.

EJE TEMÁTICO 4: Estudios y situación laboral

Estos dos temas posiblemente hayan surgido en los ejes anteriores, pero sería interesante preguntarle si ha tenido la oportunidad de realizar estudios, aquí en Euskadi, o en su país de origen, y de qué nivel. Según su situación, preguntarle si está trabajando, y en qué sector, y si no trabaja, ver si le gustaría hacerlo.

EJE TEMÁTICO 5: Centro de Salud y Hospital de referencia

Si mantiene una residencia fija en un lugar, habrá mantenido el mismo centro de salud o el mismo hospital de referencia, consultar si conoce a las personas que le atienden a ella y a los suyos (especialmente en el centro de salud), o si bien han sufrido cambios frecuentemente a lo largo del tiempo. Saber si visita asiduamente las consultas por acompañar a familiares (niños, mayores ...), por procesos salud propios (embarazo, enfermedad o accidente). Si tiene presente una experiencia cercana nos servirá como base para iniciar el siguiente eje sobre el trato en dichos centros.

EJE TEMÁTICO 6: El trato y sus creencias religiosas

En base a experiencias concretas, ver con ella qué servicios ha frecuentado, y que tipo de experiencias ha tenido. Preguntarle en qué medida cree que llevar velo influye en el trato que recibe, y cómo. Si han tenido experiencia de trato sanitario en otro país, ver si hay diferencias relevantes. El uso del velo hace visible su pertenencia a la religión musulmana. Preguntarle si consulta a los profesionales (o si estos toman la iniciativa y le preguntan) temas relativos a sus creencias religiosas relacionados con su salud. Ver qué trato, qué nivel de escucha y respeto siente que tienen

hacia sus preocupaciones, dudas...si lo ha intentado alguna vez y qué respuesta ha recibido. Si la atención hubiera requerido estar hospitalizada por unos días (ella o alguien de su entorno), ver cómo ha sido la estancia, las comidas, las normas de visitas ...

EJE TEMÁTICO 7: Consultas Ginecología

Los procesos de salud sexual y reproductiva suelen estar influenciados por las creencias religiosas, ver si surgen comentarios sobre trato recibido en pruebas como mamografías, embarazo, o atención en el parto, ... Conocer si se sienten cómodas, si han solicitado cambio de médico por razón de su sexo, si han hecho otras peticiones, y qué respuestas han recibido. No preguntarlo directamente, esperar a que ellas hagan comentarios.

EJE TEMÁTICO 8: Normas de los centros

El funcionamiento de los centros está organizado conforme a unas normas (horarios, papeles, rutinas, ...). En la consulta los procesos de atención también siguen unos protocolos comunes a todas las pacientes de Osakidetza. Analizar cómo viven dichas normas, si han percibido que hacer alguna excepción es posible. La atención sanitaria se ofrece a través de tres grandes servicios, la atención primaria (más flexible a priori), las urgencias (muy protocolizadas), y la hospitalización con sus consultas asociadas (un término medio de flexibilidad), ver si en la conversación surgen diferencias respecto a tres niveles.

EJE TEMÁTICO 9: Estrategias ante problemas y propuestas para mejorar

Pedirles que cuenten alguna situación especialmente compleja que hayan vivido en Osakidetza, cómo la afrontaron, y con qué apoyos contaron. Acabar la entrevista preguntando si tendrían alguna propuesta para mejorar el trato en Osakidetza en general.

Nº	TEMAS	SUBTEMAS
1	La asociación	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo participando en ella • Motivaciones para tomar parte • Cómo participa en ella
2	Su localidad	<ul style="list-style-type: none"> • Años viviendo allí • Tamaño y peculiaridades • Por qué elección • Servicios que le ofrece; apoyos en el entorno • Satisfacción de vivir allí
3	Personas a su cargo	<ul style="list-style-type: none"> • Nº • Tipología (menores/mayores)
4	Estudios y Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de estudios • Lugar donde cursó • Empleo y sector • Si no tiene un empleo, ¿interesada en tenerlo?
5	Centro de salud y Hospital de referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Años en el mismo centro de salud • Conocimiento de sus referentes salud • Asiduidad por su salud o la de sus personas a su cargo
6	Trato y Creencias religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del velo en el trato • Trato en otros países • Receptividad hacia el Islam por profesionales • Experiencias de hospitalización
7	Consultas Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel impacto sus creencias religiosas • Entorno de confianza • Solicitudes realizadas por las mujeres
8	Normas de los centros	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de las normas • Tres niveles de atención sanitaria
9	Agencia	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para solución problemas • Propuestas de mejora del trato