



ESTUDIO DE LITERATURA CIENTÍFICA

*Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres en torno a la medicina tradicional y contemporánea en el contexto del embarazo, parto y posparto*

*Senegal, Marruecos, China y Pakistán*

REALIZADO POR **PAULA SEÑÁN CASTELLANO**

ENERO DE 2023

© Farmamundi 2023

**Título original:** Estudio de literatura científica. Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres en torno a la medicina tradicional y contemporánea en el contexto del embarazo, parto y posparto. Senegal, Marruecos, China y Pakistán.

Edita Farmamundi Catalunya 2023  
C/ Erasme de Janer, 8 08001 Barcelona  
Telf: 93 244 44 55  
[www.dretalasalut.org](http://www.dretalasalut.org)  
[www.farmamundi.org](http://www.farmamundi.org)

Con el apoyo de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament

**Estudio y textos:** Paula Señán Castellano

**Coordinación:** Elisabeth Llamas Reínero

**Apoyo a la coordinación:** Miriam García Acosta  
y Cecília García Albareda

**Revisión de estilo:** Clara García Pleyán

**Fotografía portada:** pxfuel.com

**Diseño y maquetación:** Paula Señán Castellano  
y Toni Sánchez Poy

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y no refleja necesariamente la opinión de la ACCD.

Un proyecto de:



Con el apoyo de:



*Hay que ser un poco etnólogo/a para ser un/a buen matró/a: Esta curiosidad por la diversidad del mundo me parece esencial para cualquier profesión, pero en obstetricia yo diría que es vital.*

**Profesor E. Papiernik**



*Sueño con menos incomprensión  
entre los humanos*

**Edgar Morin.**

# Índice

## Prólogo

---

**P. 06**

## Antecedentes

---

**P. 09**

## Metodología de estudio

---

**P. 10**

## Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto en Senegal

- P. 23** 1.1 Senegal en datos
- P. 25** 1.2 La situación de las mujeres
- P. 27** 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea
- P. 30** 1.4 Concepción de la maternidad, el embarazo y la infertilidad
- P. 31** 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres
- P. 33** 1.6 Dieta y alimentación
- P. 37** 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea y otras prácticas culturales en el embarazo y parto
- P. 40** 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y prácticas culturales
- P. 42** Conclusiones
- P. 44** Recomendaciones

---

**P. 22**

## Introducción

### Los Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos y la Agenda global

- P. 15** ¿Cuales son los derechos sexuales y reproductivos?
- P. 17** Mención a la violación de derechos sexuales y reproductivos
- P. 19** Los derechos sexuales y reproductivos en la Agenda global: los ODS

---

**P. 12**

## Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto en Marruecos

- P. 47** 1.1 Marruecos en datos
- P. 52** 1.2 La situación de las mujeres
- P. 56** 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea
- P. 58** 1.4 Concepción de la maternidad, la infertilidad y el aborto
- P. 63** 1.5 Cuidados y acompañamiento sociofamiliar que reciben las mujeres
- P. 65** 1.6 Dieta y alimentación
- P. 68** 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto y el rol de los hombres
- P. 73** 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y otras prácticas culturales
- P. 78** Conclusiones
- P. 80** Recomendaciones

---

**P. 46**

## Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto en China

- P. 83** 1.1 China en datos
- P. 85** 1.2 La situación de las mujeres
- P. 93** 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea
- P. 97** 1.4 Concepción de la maternidad, la infertilidad y el aborto
- P. 104** 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres
- P. 111** 1.6 Dieta y alimentación
- P. 114** 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto
- P. 117** 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y prácticas culturales
- P. 120** Conclusiones
- P. 122** Recomendaciones

---

**P. 82**

## Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto en Pakistán

- P. 125** 1.1 Pakistán en datos
- P. 129** 1.2 La situación de las mujeres
- P. 133** 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea
- P. 141** 1.4 Concepción de la maternidad, la infertilidad y el aborto
- P. 147** 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres
- P. 151** 1.6 Dieta y alimentación
- P. 155** 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto
- P. 160** 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y prácticas culturales
- P. 166** Conclusiones
- P. 168** Recomendaciones

---

**P. 124**



## Prólogo

El acceso y control de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres migradas en nuestro país se enfrenta a multitud de factores que deben ser tenidos en cuenta.

los recursos existentes a su disposición, entre otros.

**Visualizar estos factores, que reducen el acceso y control de las mujeres migrantes a sus derechos sexuales y reproductivos** en Cataluña, con consecuencias directas asociadas a su salud y bienestar, requiere la realización de un análisis interseccional y de género.

**F**actores como el propio hecho migratorio (del cual pueden derivarse el miedo, la ansiedad, el estrés, la falta de apoyos o la soledad), la identidad cultural, las creencias socioculturales y/o religiosas, el nivel de conocimiento de las mujeres sobre sus derechos, el acceso a su libre elección, la situación socioeconómica y la pobreza, la vivencia de experiencias de violencia de género, el conocimiento mayor o menor del idioma del lugar en que residen, la necesidad de acompañamiento de cónyuges u otros familiares para contar con traducción, o el conocimiento de

¿Qué significa esto? En primer lugar, cabe aclarar la diferencia conceptual existente entre sexo y género. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para o propios de hombres o mujeres.

Sobre esta base, mientras que el **análisis de género** trata de medir la desigualdad exis-

tente entre hombres y mujeres mediante su distinto grado de acceso y control de los recursos, el **análisis interseccional** incorpora a este examen, además, otros "marcadores de diferencia" para visibilizar la multiplicidad de factores que se entrecruzan en la determinación de la posición, generalmente de desventaja, de las mujeres. Identificándolos, podemos examinar la discriminación desde todos sus ángulos y dimensiones, desde su origen y con mayor profundidad. Por lo tanto, además de la desigualdad de género hombre-mujer, el análisis interseccional<sup>1</sup> considera la raza, el color de la piel, la edad, la etnicidad, el idioma, la situación de refugiada, desplazada o migrante, indígena, que vive con VIH, es madre soltera, con movilidad reducida, etc., como otros condicionantes que pueden formar parte de la vida de las mujeres y que, debido a los prejuicios sociales, contribuyen a incrementar el hecho discriminatorio.

Según Awid, para llevar a cabo el análisis interseccional, se toma en consideración tanto los **contextos históricos, como sociales, políticos y las experiencias individuales únicas** que se derivan de la conjunción de los diferentes tipos de identidad de las mujeres. Se trata de un análisis que nos ayuda a identificar las **dinámicas discriminatorias** para impulsar iniciativas que tomen en consideración su existencia con el objetivo de paliarlas y subsanarlas. Se pretende así adaptar, en su justa medida, los recursos existentes a las mujeres en situación de desventaja para garantizar su pleno acceso y disfrute de derechos.

El objetivo es buscar la **oportunidad de adaptar la intervención de la sanidad a los probables "factores diferenciadores"** de las mujeres migradas para promover una asistencia médico-sanitaria más equitativa, justa y positiva para ellas.

Puesto que se pretende comprender la aproximación de las mujeres originarias de diferentes culturas a la salud, en este estudio también se en cuenta sus diversas **concepciones culturales sobre la salud y la enfermedad** (además de sobre la maternidad, la infertilidad, el apego madre-hijo/a, la lactancia, etc.); sobre el cuidado de sí mismas, a menudo considerado como la última de las prioridades en el entorno familiar; los tratamientos que consideran apropiados (en el amplio abanico de posibilidades entre la medicina contemporánea y/o la medicina tradicional); la interiorización femenina, debido a la educación de género, de la resistencia al dolor (o la contención de su expresión, a veces por razones espirituales); la subestimación de la enfermedad cuando nos atañe a nosotras mismas; las dificultades logísticas, administrativas, económicas en su acceso a los sistemas sanitarios; o, incluso, a veces, las dificultades para compartir o delegar las tareas del hogar cuando es necesario acudir al médico. Todos ellos, son aspectos que también influyen en la **frecuencia con que las mujeres recurren a los servicios sanitarios**.

Se trata de elementos que **condicionan la posición de las mujeres en el mundo, en la sociedad y ante la salud**. Sin embargo, ninguno de ellos debe, de forma legítima, mermar el acceso de las mujeres a sus derechos, en este caso, los sexuales y reproductivos.

Pese a los factores estructurales que perpetúan los estereotipos de género, dificultan el empoderamiento de las mujeres y su acceso a derechos en la salud, Farmamundi no renuncia a la convicción y a la aspiración colectiva de promover la garantía de acceso, el pleno respeto y la correcta aplicación de los derechos de las mujeres migrantes residentes en Cataluña en el ámbito sanitario. Por esta razón, la organización se informa y se

1 Awid. *Género y derechos. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. Nº9, 2004.

coordina con ellas, tanto a través de un estudio de campo y un conjunto de acciones de incidencia conjunta<sup>2</sup>, como con los titulares de obligaciones (en este caso personal médico y sanitario).

A través del trabajo conjunto entre ambas partes, se promueve el pensamiento crítico constructivo y el diálogo horizontal, lo cual contribuye a conjugar la biomedicina con la diversidad cultural, el derecho de las mujeres a estar saludables y a tener experiencias de embarazo, parto y posparto satisfactorias.

Sabemos que la **brecha de desigualdad en el acceso a la salud entre los hombres y las mujeres** es amplia y está profundamente documentada. En este trabajo nos preguntamos ¿qué ocurre entre nosotras? **¿Somos iguales las mujeres ante el sistema sanitario?** ¿Recibimos todas la misma atención independientemente de nuestro origen, situación socioeconómica, administrativa o complejidad identitaria? ¿Son las mujeres migradas más vulnerables en el contexto del preparto, parto y posparto en su lugar de destino? ¿Qué cuidados y acompañamiento recibían ellas en su lugar de origen? ¿Cuáles son los factores que, no solo podrían explicar ciertas diferencias en la atención recibida, sino que su conocimiento y reconocimiento podrían contribuir a **generar acercamiento y empatía** para ofrecer una atención sanitaria de mayor calidad? Por lo tanto, ¿podemos aportar conocimiento a efectos de promover una **atención sanitaria justa, equitativa y adaptada a las necesidades específicas de las mujeres migrantes?**

Esperamos responder a estas preguntas y que nos acompañen en este viaje hacia la ampliación de nuestro conocimiento sobre las diversas cosmovisiones existentes en Senegal, Marruecos, China y Pakistán en torno al preparto, parto y posparto y, cuyo proceso vital y dinámicas discriminatorias asociadas, como veremos, a menudo empiezan mucho antes del embarazo.

---

2 En el eje de acción Farmamundi-Mujeres migrantes/defensoras, a través de lo que denominamos las "bibliotecas humanas", exponemos testimonios y propuestas de mejoras ante profesionales sanitarios. Las mujeres también están involucradas en los procesos de revisión de un chatbot (programa informático basado en la inteligencia artificial que es capaz de mantener una conversación con un internauta) sobre el acceso al sistema sanitario y para la elaboración de cápsulas audiovisuales informativas sobre los derechos sexuales y reproductivos para mujeres migrantes. De este modo, se produce una implicación activa de las mujeres en diferentes acciones y dimensiones de los proyectos de Farmamundi, como la investigación y las campañas de comunicación e incidencia.

## Antecedentes

La ONG Farmamundi ya había identificado en 2018<sup>3</sup> ciertas **dificultades de los servicios sanitarios para asistir las necesidades específicas de la atención en el embarazo de las mujeres migradas** de origen extracomunitario. Este trabajo pretende visibilizar las razones detrás de las dificultades existentes tanto en la atención otorgada, como en la **atención percibida** por parte de las mujeres atendidas en el marco del sistema sanitario catalán. Para lograrlo, nos proponemos indagar en las creencias, las prácticas y cómo se viven y recorren los procesos de preparto, parto y posparto en las cuatro comunidades con mayor presencia en el territorio catalán, para impulsar una capacitación reflexiva e incluyente destinada al sector sanitario.

El compromiso de Farmamundi con este ámbito de acción se refleja en los años que lleva trabajando para mejorar el acceso a la salud de personas migrantes y, específicamente, para facilitar el acceso y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes residentes en Cataluña. A tal efecto, Farmamundi trabaja de la mano del Instituto Catalán de la Salud, ofreciendo formaciones, desarrollando investigaciones para aumentar el conocimiento sobre la temática e impulsando campañas de comunicación y sensibilización.

Este trabajo se inserta en el marco del proyecto Mujeres migradas avanzando hacia una salud sexual y reproductiva con mirada transcultural y enfoque de interseccionalidad: abordaje de los derechos sexuales y reproductivos a nivel global en el marco de la Agenda 2030 y la reconfiguración de las políticas sociosanitarias posteriores a la COVID-19, financiado por

la Agència Catalana de Cooperació per al Desenvolupament (ACCD).

El estudio, realizado a partir del análisis de fuentes secundarias (estudios científicos, artículos de prensa, etc.) y de informantes clave originarias de cada comunidad, responde a un objetivo fundamental: proporcionar datos cuantitativos sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en sus lugares de origen y datos cualitativos relativos a los conceptos de salud y enfermedad, cuidados y acompañamiento al embarazo, parto y puerperio en las culturas magrebí, pakistaní, china y senegalesa. Todo ello, para mejorar nuestra comprensión acerca de la aproximación de la que parten las mujeres respecto del sistema sanitario en cada cultura.

Nuestro objetivo es el de fomentar una atención sanitaria equitativa, empática, flexible y abierta a los diversos factores que se entrecruzan en la vida de las mujeres migradas, a través de un acercamiento a otras miradas y conceptos sobre la salud, y a las prácticas y saberes con que cuentan las mujeres de su propia cultura de origen. Y es que, tal como cita Goldberg<sup>4</sup>:

Los padecimientos y sus respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

3 COVER, I. (2018). *Estar embarazada y parir en Barcelona: imágenes y voces de mujeres de la ciudad*. Disponible en: [Estarembrazada y parir en Barcelona \(dretalasalut.org\)](http://EstarembrazadayparirenBarcelona(dretalasalut.org)); FARMAMUNDI. (2019). *Atender el embarazo y el parto en Barcelona. Imágenes y voces de profesionales de la ciudad*. (en catalán). Disponible en: [Atendre l'embaràs i el part a Barcelona. Imatges i veus de professionals de la ciutat \(dretalasalut.org\)](http://AtendrelembarasielpartaBarcelona.Imatgesiveusdeprofessionalsdelaciutat(dretalasalut.org)); LLAMAS, E. Y BRIGIDI, S. (2022). *Culturas y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña. Por una atención centrada en la perspectiva integral y de género en el sistema sanitario catalán*. Revista d'Antropologia i Investigació Social.

4 Goldberg, A. *Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona*, 2007.

## Metodología de estudio

**E**ste trabajo se basa en un **análisis de informaciones secundarias**. El objetivo es recoger el conocimiento existente sobre el tema tratado, facilitar la búsqueda de datos y de información, y contrastar las hipótesis ya exploradas durante la realización del trabajo de campo -o tratamiento de la información primaria- realizado con anterioridad con mujeres migradas y personal sanitario en Cataluña. Este método nos permite identificar y concentrarnos en los elementos importantes a valorar y visibilizar en relación al esclarecimiento de las incomprensiones culturales señaladas por las partes implicadas y, además, ganar en profundidad para incrementar la capacidad de análisis y de entendimiento.

Los datos a los que se ha tenido acceso son **de orden cualitativo y cuantitativo**. El trabajo

se basa, fundamentalmente, en **estudios científicos** (SciElo, Researchgate, Sistema de Información Científica Redalyc, CSIC, Jstor, etc.) y **bases de datos abiertas** (NNUU y Agencias asociadas -OMS, UNICEF, FAO-, BM, Idescat, etc.), complementados con **artículos de prensa**, conjunto de medios que garantizan el rigor y la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones generadas.

También se ha colaborado con **informantes clave** originarias de cada una de las comunidades culturales, a través de la realización de **entrevistas semi-estructuradas**, con el objetivo de triangular y "aterrizar" las informaciones aportadas por los estudios científicos.

Identificación de las informantes clave por país:

### Senegal:

- ▶ **Absa Guindo**. Mujer, 42 años, etnia peul. Coordinadora del Centro de Mujeres y especialista en derechos sexuales y reproductivos, Hatatay Sonrisas de Gandiol. Gandiol, Senegal.

### Marruecos:

- ▶ **Manar Essadiqi**. Mujer, 27 años. Asistente psicosocial en el marco del acompañamiento a madres solteras en la ONG 100% Mamans. Tánger, Marruecos.
- ▶ **Nadia Naïr**. Mujer, 63 años. Exprofesora de Técnicas de Expresión y Comunicación en la Universidad Abdelmalek Essaâdi y miembro del Comité Ejecutivo de la Unión de Acción Feminista. Tánger, Marruecos.
- ▶ **Hanan Messouab**. Mujer, 52 años. Empresaria. Tánger, Marruecos.

### China:

- ▶ **Chianing Chung**. Mujer, 41 años. Mediadora intercultural en los ámbitos de salud, sociedad y educación. Originaria de Taiwán residente en Barcelona, España.

### Pakistán:

- ▶ **Shamaila Kosar**. Mujer, 26 años. Administrativa y mediadora cultural en el ámbito sanitario en Cataluña. Originaria del Punjab y residente en Barcelona, España.
- ▶ **Noshaba Ahmed**. Mujer, 50 años. Mediadora intercultural en el ámbito sanitario para Catsalut, traductora, intérprete. Originaria del Punjab y residente en Barcelona, España.

En la práctica, se han utilizado **palabras clave** para la identificación de los estudios y artículos de interés tanto en el marco de las plataformas antes citadas como en Google. Los estudios referenciados han sido leídos y analizados, así como su propia bibliografía, con el fin de descubrir otros resultados potencialmente interesantes.

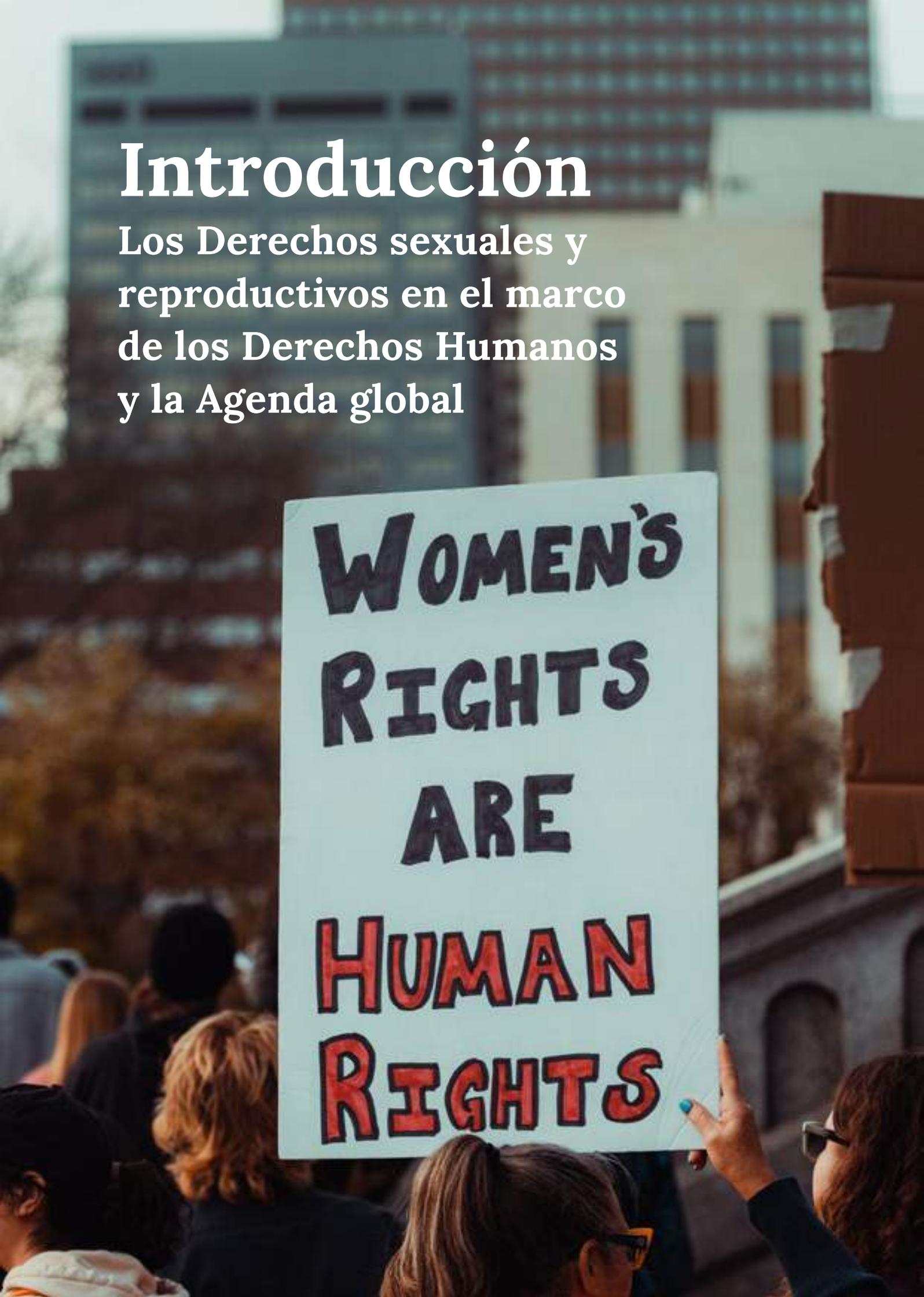
Se ha repetido esta práctica hasta llegar a la satisfacción del conjunto de las informaciones buscadas en base a un **sondeo realizado entre profesionales sanitarios** y la **apertura de canales de comunicación** llevados a cabo por Farmamundi. De este modo, se ha ceñido y focalizado el estudio, dando lugar al contenido que se expone a continuación.

Finalmente, la información buscada se ha retenido en base al **criterio de utilidad** para con el análisis interseccional y de género, permitiendo identificar las dinámicas discriminatorias, y facilitando la introducción de recomendaciones para la adopción de medidas, con el objetivo de paliarlas y subsanarlas. Se pretende así realizar propuestas para adaptar, en su justa medida, los recursos existentes a las mujeres en situación de desventaja y garantizar su pleno acceso y disfrute de derechos ante la salud.



# Introducción

Los Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos y la Agenda global

A woman with dark hair and sunglasses is holding a white protest sign. The sign has the text "WOMEN'S RIGHTS ARE HUMAN RIGHTS" written on it. The words "WOMEN'S RIGHTS" and "ARE" are in black, while "HUMAN RIGHTS" is in red with a black outline. The background shows a crowd of people and a building with many windows.

**WOMEN'S  
RIGHTS  
ARE  
HUMAN  
RIGHTS**

**E**n 1948 se promulga en París la **Declaración Universal de Derechos Humanos**<sup>5</sup> (DUHD) como el resultado de un consenso entre representantes de todas las regiones del mundo, un hito considerando que todos ellos partían de diferentes antecedentes jurídicos y culturales. La DUHD fue proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas y es reconocida desde entonces como el conjunto de derechos fundamentales que deben ser protegidos en todo el mundo, habiendo inspirado, a posteriori, la adopción de más de setenta tratados de derechos humanos que se aplican hoy a nivel mundial y regional de forma permanente.

La DUDH proclama, por primera vez, la responsabilidad de todos los Estados de **fomentar y propiciar el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción alguna por motivos de raza, sexo, color, idioma, opinión política, origen social o nacional, bienes, nacimiento, religión o cualquier otra condición.**

Sin embargo, para entender el recorrido que desde aquel tiempo se ha avanzado para la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como tal, es esencial resaltar dos observaciones realizadas tras su aprobación por los movimientos de mujeres y el feminismo<sup>6</sup>. Por un lado, el debate se centra en la **dicotomía entre lo privado y lo público.**

El paradigma de los Derechos Humanos situaba el reconocimiento de los derechos civiles y políticos en la esfera pública, por lo que la violación de estos derechos en la **esfera privada quedaba esencialmente fuera de consideración.**

Debido, fundamentalmente, a la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres y a los roles socioculturales de género, las mujeres encontraban difícil acceso a su participación en lo público y un escaso encaje entre las violaciones a sus derechos y el acceso a la justicia.

No es hasta 1993, durante la **Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena**<sup>7</sup>, que esta dicotomía entre lo privado y lo público es superada para, por ejemplo, denunciar la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar como una violación de Derechos Humanos.

Esto tuvo implicaciones, a su vez, en lo que respecta a los **derechos sexuales y reproductivos** tal como los entendemos en la actualidad, puesto que los aspectos relativos a la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción también estaban considerados de **ámbito privado en el marco vigente hasta el momento.**

La **Conferencia de Viena (1993)** aborda específicamente y por primera vez la violencia sexual, el control de las decisiones de procreación, los embarazos no deseados, el aborto, los embarazos entre adolescentes entre otros, para interpelar a los políticos y promover la elaboración de programas que garantizaran el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, los movimientos de mujeres abren el debate sobre la **dicotomía entre la igualdad y la equidad.** A pesar de que en la DUDH se proclama explícitamente la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, los movimientos de mujeres subrayan que

5 Puede consultar el texto íntegro de la Declaración Universal de Derechos Humanos aquí: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

6 Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Lilia Rodríguez, Fondo de Población de Naciones Unidas.

7 Acceso a Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, 1993, aquí: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>

## Introducción

sería necesario tomar en consideración, así mismo, el **principio de equidad**, que implica un **trato adaptado a las circunstancias y necesidades de cada persona**. Se observa que las desigualdades de género existentes entre hombres y mujeres y las diferencias de poder que estas generan entre ambos comprometen, en muchos casos, que las mujeres puedan decidir de forma libre y autónoma sobre su sexualidad, contracepción y fecundidad. Por lo tanto, se considera la igualdad de hombres y mujeres ante la ley como una aspiración para lograr la igualdad real. Ello a menos que sean reconocidas, al mismo tiempo, las **desigualdades sociales** generadas, también, como consecuencia de los **roles de género** y que determinan un acceso y control distinto de las mujeres respecto de los hombres en lo que a los recursos, bienes y servicios de la sociedad se refiere (sin olvidar otros condicionamientos como el de clase social, raza, etnia, edad o historia cultural).

El **principio de equidad** enriquece pues al principio de igualdad al estipular que, además de tener las mismas obligaciones y derechos ante la ley, la esfera pública debería hacerse cargo y adaptar sus acciones para subsanar los múltiples condicionamientos existentes que generan desigualdad entre los hombres y las mujeres y que determinan la posición, generalmente desventajosa, para las mujeres. De hecho, la aplicación de este principio de equidad es uno de los objetivos planteados en este monográfico, que busca, entre otros, mejorar cualitativamente la atención de las necesidades específicas de mujeres que, por su origen cultural, situación de migración, falta de red de apoyo familiar o social, desconocimiento de los idiomas en destino, pueden estar encontrando **dificultades en el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos en nuestro territorio**. Elementos que es necesario visibilizar para poder actuar en pro de la igualdad, también, entre mujeres.

Todos los elementos señalados anteriormente, en una apertura del debate sobre los derechos sexuales y reproductivos, entraron de forma decisiva en la agenda internacional gracias, fundamentalmente, aunque entre otros, al **Movimiento Internacional de Salud de las Mujeres** entre los años 1970 y 1980.

En suma, la prioridad entonces consistía en vincular los derechos individuales según la concepción liberal de antaño con los derechos sociales para facilitar las condiciones necesarias capaces de **garantizar el ejercicio de los derechos individuales**.

Postulado que se materializa en uno de los instrumentos más importantes sobre los derechos de las mujeres con el que contamos, como es la **Convención para la eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer** (Nueva York, 1979). Tras ésta, hay que esperar hasta la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo**, en **1994**, para sentar las bases concretas de la acción en materia de salud sexual y reproductiva a nivel global.

## ¿Cuales son los derechos sexuales y reproductivos?

**C**abe destacar la definición que incluye el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrado en El Cairo en 1994<sup>8</sup> puesto que supone el **reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos**, al establecer que *la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.*

El avance de la Conferencia de El Cairo reside en el consenso alcanzado para situar los **derechos humanos en el centro del desarrollo mundial** (a partir de entonces, los derechos sexuales y reproductivos ya no sólo constituyen un ámbito visto desde el ángulo exclusivo de las políticas demográficas). Además, se estipula por consenso que los derechos sexuales y reproductivos contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas.

En consecuencia, *la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la **libertad para decidir** hacerlo o no hacerlo, cuándo y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el **derecho** del hombre y la mujer **a obtener información y de planificación de la familia** de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos; acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, que den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.*

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como *el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.*

Según el punto 7.3, teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso<sup>9</sup>. *Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.*

La **promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos** deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la

<sup>8</sup> Documento completo disponible aquí: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

<sup>9</sup> Derecho a la vida, Derecho a la privacidad, Derecho a la libertad y seguridad de las personas, Derecho al nivel más alto posible de salud, Derecho a la planificación de la familia, Derecho a la no-discriminación, Derecho a una vida sin violencia, Derecho a la información y a la educación, Derecho a los beneficios del adelanto científico, Derecho a recibir e impartir información y la libertad de pensamiento.

## Introducción

familia. Como parte de este compromiso, *se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.*

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes o de las prácticas culturales persistentes como el matrimonio infantil. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada<sup>10</sup>.

Además, se hace un llamado a la **responsabilidad de los hombres** en lo que se refiere a la conducta sexual y la paternidad responsable a su participación activa en la planificación de la familia, la salud prenatal, materna e infantil.

Los objetivos a alcanzar según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrado en El Cairo son:

a) Asegurar el **acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva**, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios;

b) **Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias** sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;

c) **Atender a las necesidades cambiantes** en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

Es necesario subrayar que los derechos sexuales y reproductivos no son derechos exclusivos de las mujeres. Sin embargo, su reconocimiento tiene para nosotras un enorme **poder simbólico, práctico y estratégico**, además de constituir, ciertamente, un salvavidas. La libertad de decisión ligada a los derechos sexuales y reproductivos es, en definitiva, una **pedra angular de poder y autonomía personal** para las mujeres que, por lo tanto, **contribuye a construir ciudadanía**<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> La Santa Sede expresó una reserva general sobre este capítulo.

<sup>11</sup> Rodríguez, Lidia. *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos*. Fondo de Población de Naciones Unidas.

## Mención a la violación de derechos sexuales y reproductivos

Dado que este estudio abarca los procesos de atención y acompañamiento durante el Preparto, Parto y Puerperio (PPP), nos parece interesante realizar aquí una breve mención a la violación de los derechos sexuales y reproductivos.

En primer lugar, la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer**<sup>12</sup>, en un esfuerzo por proporcionar una definición clara y completa de la violencia contra la mujer, pone de manifiesto lo siguiente:

*A los efectos de la presente Declaración, por “**violencia contra la mujer**” se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.*

Por otra parte, la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW, 1979)<sup>13</sup>, una de las Convenciones de Derechos Humanos más ratificada a nivel global, no admite reservas a ningún artículo e incorpora, a su vez, un Plan de Acción de obligado cumplimiento por los Estados parte.

En su artículo 1, la CEDAW define la **discriminación contra la mujer** como *toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer. (...) de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.*

En el artículo 12, la CEDAW contempla que **los Estados parte deben adoptar las medidas**

**necesarias para garantizar la eliminación de la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica** a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. E indica, en su segundo punto, que estos también deberán **garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.**

Los Estados partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer tienen, además, la obligación de elaborar y aplicar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación y la violencia de género contra la mujer, en particular en el ámbito de la atención de la salud. Se trata de una **obligación de carácter inmediato y las demoras no pueden justificarse por ningún motivo, ni siquiera por razones económicas, culturales o religiosas.**

A tal efecto, la Recomendación General n. 24 en su párrafo 20 reconoce que **las mujeres tienen el derecho de estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento debiéndose garantizar su dignidad, intimidad, necesidades y perspectivas**, exigiendo a los Estados parte **que los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad,**

12 Asamblea General de Naciones Unidas, 85ª sesión plenaria, 20 de diciembre de 1993.

13 La CEDAW fue ratificada por el gobierno de España el 16 de diciembre de 1983: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>

## Introducción

### **consentimiento y opción con conocimiento de causa.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como principal órgano de las NNUU en el ámbito de la salud, publicó en 2015 una Declaración<sup>14</sup> en la que condenaba rotundamente el *maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago.* En su Declaración, la OMS también reconoció que **ese maltrato no solo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.**

En paralelo, las **56 Recomendaciones de la OMS para los Cuidados durante el Parto, para una experiencia de Parto positiva** (2018) sirven de punto de partida y referencia para el establecimiento de protocolos de intervención en este ámbito que sean garantistas y respetuosos respecto de las mujeres y su pleno acceso y disfrute de sus derechos en el transcurso del seguimiento y el acompañamiento en este momento vital de sus vidas.

Tras la denuncia de multitud de mujeres a lo largo y ancho del mundo en el marco del Movimiento #MeToo y ante la OMS sobre vivencias de violencia obstétrica, se publica un **Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer**<sup>15</sup> en el que aborda, entre otros, la cuestión del **consentimiento informado como derecho humano y como**

### **salvaguardia contra ese tipo de violencia.**

A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud.

En su informe, la **Relatora Especial** identifica cómo se manifiesta la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud. La lista no es exhaustiva, aunque **rompe el silencio y visibiliza las diferentes formas** que este tipo **de violencia** adopta, asumiendo que *los testimonios de las mujeres han demostrado que el maltrato y la violencia durante el parto son práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud.*

Como veremos, multitud de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos recapitulados anteriormente, ocurren en los cuatro países estudiados, a veces con consecuencias dramáticas para las mujeres y las niñas.

14 Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud", WHO/RHR/14.23 (2015).

15 Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonovic: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General de la ONU, 11 de julio de 2019.



## Los derechos sexuales y reproductivos en la agenda global: los ODS

**E**n estos últimos 22 años, las Naciones Unidas y sus Estados parte han definido la Agenda Global a través de la aprobación de una serie de objetivos, metas e indicadores a seguir para avanzar en la promoción del desarrollo humano a nivel mundial.

En primer lugar, se fijan los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM) a raíz de la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000). En la consiguiente Declaración del Milenio<sup>16</sup> se fragua el compromiso de todos los Estados Miembros para lograr ocho objetivos o propósitos de desarrollo humano entre los años 2000 y 2015. De este modo, se establece la primera hoja de ruta a nivel internacional para luchar contra la pobreza extrema y el hambre

y sus diversas manifestaciones: el hambre, las enfermedades, la desigualdad entre los géneros, la falta de educación y de acceso a infraestructuras básicas, así como la degradación del medio ambiente. El contexto del capitalismo y de la globalización seguía una tendencia a la agudización de los impactos negativos asociados a estos procesos, abocando a una deriva tan grave como injusta al Sur Global y, por ende, al conjunto de la sociedad global. Era necesario, por lo tanto, actuar para que la mundialización pudiese manifestarse como una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo.

Una vez finalizado el plazo de los ODM, en 2015, se prolonga la acción internacional a través de los **Objetivos de Desarrollo Sos-**

<sup>16</sup> Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. 13 de septiembre de 2000. Puede consultar la Declaración del Milenio aquí: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement>

## Introducción

**tenible**<sup>17</sup> (ODS), con los que la Agenda Global se fija 17 objetivos y metas por objetivo a alcanzar en 2030, priorizando la acción en los países más rezagados respecto del proceso anterior de los ODM con la voluntad de acabar con la pobreza, el hambre, el sida y la discriminación contra mujeres y niñas (puesto que se asume que no hay desarrollo posible sin igualdad de género).

Los Objetivos y metas específicos que nos ayudan a perseguir avances y la protección multidimensional necesaria **para lograr un uso y disfrute pleno de los derechos sexuales y reproductivos** son los siguientes:

---

### **Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo**

#### **Metas:**

**1.3** Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables.

**1.4** Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías y los servicios económicos, incluida la micro financiación.

---

### **Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**

#### **Metas:**

**3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

**3.2** Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

**3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

---

### **Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.**

#### **Metas:**

**4.1** De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos.

**4.7** De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.

---

<sup>17</sup> Puede consultar el conjunto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aquí: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>

## Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

### Metas:

**5.1** Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

**5.2** Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

**5.3** Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

**5.6** Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

**5.c** Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.

## Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países

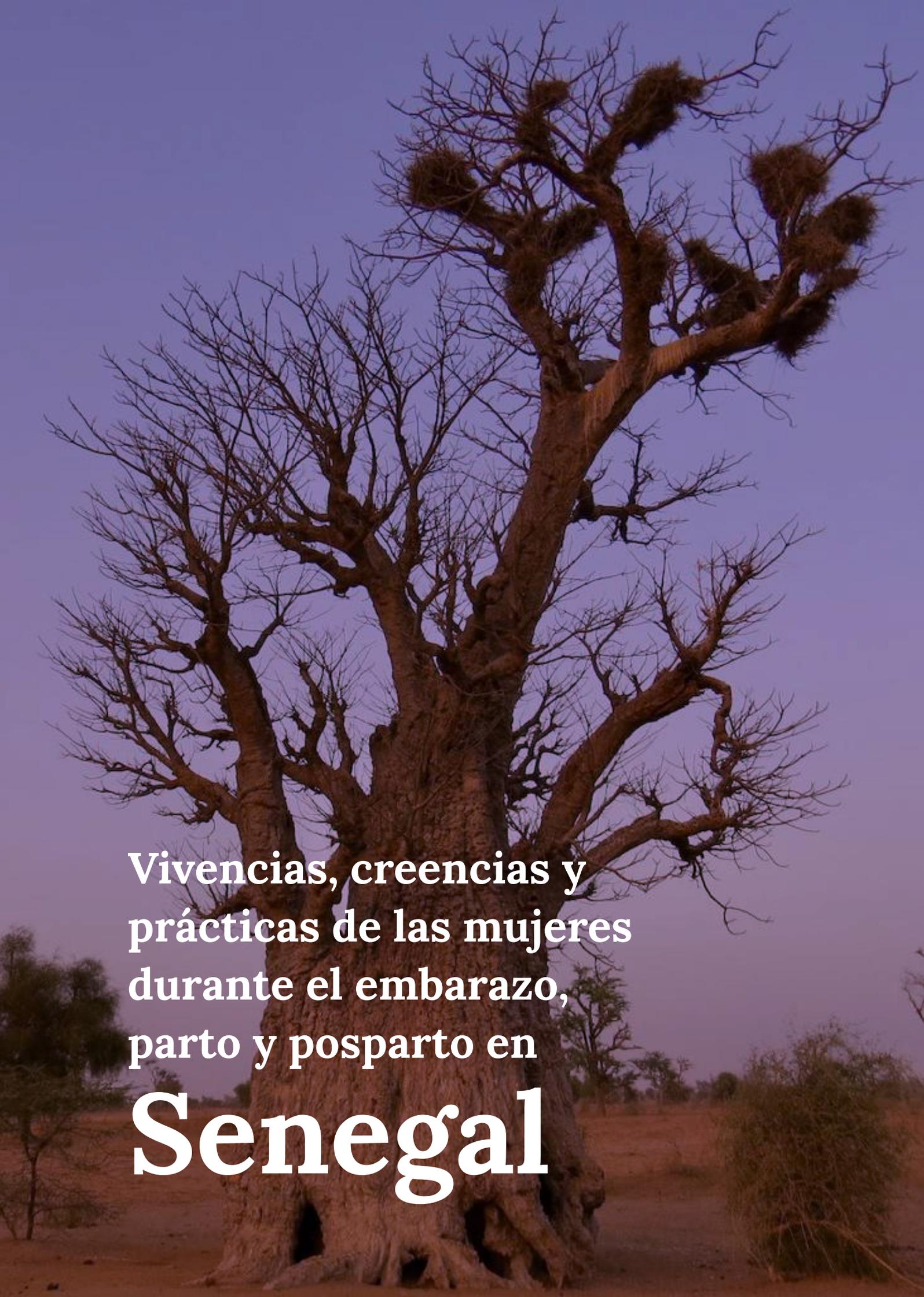
### Metas:

**10.2** De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.

**10.3** Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

**10.4** Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad.

En el marco de cada capítulo, dedicado a las vivencias, creencias y prácticas de las mujeres en torno a la medicina tradicional o contemporánea en el contexto del parto, parto y posparto, se da cuenta de la situación de cada país en torno a la historia sociopolítica, las medidas adoptadas por la igualdad y los avances conseguidos en torno a las condiciones y la posición de las mujeres en la sociedad. Sin embargo, también, se señalan las múltiples barreras que persisten y limitan el acceso de las mujeres a sus derechos. De este modo, se muestra cómo las brechas de género ante la educación, la formación y la autonomía socioeconómica siguen condicionando sus oportunidades y libertad para decidir. Como veremos, los retos son de gran calado y, por ello, tanto los Estados como las propias comunidades, están llamados a invertir esfuerzos mayores para lograr la igualdad.



Vivencias, creencias y  
prácticas de las mujeres  
durante el embarazo,  
parto y posparto en  
**Senegal**

## 1.1 Senegal en datos

**P**ara entender con mayor profundidad el tema abordado en este estudio, conviene incluir desde el inicio un resumen explicativo acerca de los datos básicos de cada país.

La República de Senegal es un **Estado de África Occidental**. Limita al oeste con el océano Atlántico y en dicha costa, Gambia se adentra en Senegal. Limita también al norte-noreste con Mauritania, al este-sureste con Malí, al sureste con Guinea y al sur-suroeste con Guinea-Bissau. Cuenta con 196 722 km<sup>2</sup> y su capital administrativa es Dakar. El país tiene una población total de 17.196 308 habitantes, de los cuales el 25% vive en Dakar.

La **lengua** oficial es el francés por su historia colonial (que tocó a su fin en 1960), aunque esta coexiste con otras seis lenguas vernáculas, reconocidas por decreto como lenguas nacionales: el Wolof, el Sereer, el Pulaar, el Joola, el Malinké y el Soninké.

En cuanto a la organización de poderes, se trata de un **Estado unitario** y el sistema político es **presidencialista**.

Constitucionalmente se trata de una **democracia laica**. El 94% de la población es musulmana sufí y el islam moderado que impera en el país (conocido como islam "a la senegalesa" por su comprensión como orden confraternal<sup>18</sup>) coexiste con otras creencias ancestrales. Destacamos aquí la importancia de los líderes religiosos y consuetudinarios mediante la **figura de los marabouts** a los

que, especialmente en las zonas rurales, se les rinde culto como jefes islámicos o imanes y se les consulta respecto de los diferentes ámbitos de la vida y de la salud como curanderos especialistas en medicina tradicional africana. Son, también, el enlace entre el gobierno senegalés y las comunidades rurales, por lo que no solo representan el poder religioso a nivel comunitario, sino que detentan igualmente un poder político y económico.

Senegal se ubica en el puesto 170 de la escala del **Índice de Desarrollo Humano** (PNUD, 2022<sup>19</sup>) que valora la posición de 189 países. A pesar del importante desarrollo económico registrado en los últimos años y de gozar de estabilidad democrática, Senegal se clasifica oficialmente en el marco de la comunidad internacional como "país menos ade-



18 Sciences Po. Centre de recherches internationales. Observatoire Africain du Religieux (LASPAD-UGB). *El peligro yihadista ante la prueba del islam senegalés*. 2017.

19 PNUD. Human Development report 2021/2022. Disponible aquí: [https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf\\_1.pdf](https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf)

## Senegal

lantado”<sup>20</sup>. Las **dificultades** en la gestión de los recursos, la desigualdad de género, la pobreza, la inseguridad alimentaria y la malnutrición, entre una población mayoritariamente activa en el sector agrícola y en una agricultura de subsistencia, se agravan con el **impacto del cambio climático** generando **movimientos migratorios**. La migración forzada por dicho contexto, según el Programa Mundial para la Alimentación<sup>21</sup> (WFP por sus siglas en inglés), deja a mujeres, niños y ancianos en una situación de mayor vulnerabilidad.

Según los últimos datos del Banco Mundial, la esperanza de vida al nacer es de 68 años (70,20 para las mujeres) y la ratio de la población que vive bajo el umbral de la pobreza, es decir, que vive con menos de 1,90 dólares al día, es del 9,3%, aunque la tasa de pobreza medida en función del índice de pobreza nacional se eleva al 46,7%. La prevalencia de la **malnutrición** entre las y los niños menores de 5 años era del 17,9% en 2019 y la prevalencia de la inseguridad alimentaria severa entre la población en general, del 11,2% en 2020. El índice de natalidad en 2021 era de 2,7 hijos por mujer. Según la División de Naciones Unidas para la Población, la migración neta<sup>22</sup> de Senegal es de -100.001 (2017) y el índice de capital humano<sup>23</sup> de 0,4 (en una escala de 0 a 1). El índice de crecimiento medio anual en 2021 fue del 6,1% y, según la OIT, la tasa de paro en el mismo año fue del 3,7%.

Para tomarle el pulso al nivel de modernización y **acceso de la población a las nuevas tecnologías**, es interesante conocer el porcentaje de la población usuaria de internet, que actualmente es del 43% (frente al 18% como promedio en el continente africano). Sin embargo, según el Ministerio de la Comunicación, de las Telecomunicaciones y de la Economía Numérica senegalés, la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres en el acceso a internet se acerca al 30%<sup>24</sup>.

20 La acepción “países menos adelantados” no es compartida por la consultora, que la considera economicista. Sin embargo, se trata de una categoría oficial (PMA) establecida por el sistema de Naciones Unidas en 1971 y aún en vigor. La comunidad internacional reconoció como “países menos adelantados” a aquellos que se caracterizan por un contexto de pobreza generalizada y por la debilidad estructural de sus recursos económicos, institucionales y humanos, a menudo agravada por desventajas geográficas. Más información disponible aquí: <https://www.un.org/es/conferences/least-developed-countries>

21 Plan estratégico para el Senegal (2019-2023). Programa Mundial de Alimentos, Roma, 2018.

22 La migración neta es el número total de inmigrantes menos el número anual de emigrantes, incluidos tanto los ciudadanos como los no ciudadanos. Los datos son estimaciones quinquenales. Para obtener estimaciones de la migración neta, la División de Población de las Naciones Unidas tiene en cuenta el historial migratorio de un país o región, su política migratoria y la afluencia de refugiados en períodos recientes. Los datos para calcular estas estimaciones oficiales proceden de diversas fuentes, como estadísticas fronterizas, registros administrativos, encuestas y censos.

23 El índice de capital humano mide la contribución del estado de salud y la educación a la productividad laboral. El valor global del índice, entre 0 y 1, mide la productividad futura de un niño nacido hoy en relación con un valor de referencia de buena salud y educación completa.

24 *Tableau de bord sur la fracture numérique de genre*. Ministère de la Communication, des Télécommunications et de l'Économie Numérique, 2016.



## 1.2 La situación de las mujeres

**E**n el ámbito de la igualdad de género se resalta que, según el Banco Mundial, la población activa femenina se sitúa en el 39,5%, cuando su tasa de alfabetización es del 40% (respecto al 60% en el caso de los hombres). Senegal cuenta con una estrategia nacional para la promoción de la autonomía económica de las mujeres que poco a poco va consolidando resultados. El dato más positivo es que, tras la puesta en marcha de una iniciativa del país en favor de la paridad institucional, la proporción de escaños ocupados por mujeres en parlamentos nacionales (cámara única y cámara baja) se eleva actualmente al 43% ocupando, según Naciones

Unidas, el séptimo rango en el posicionamiento mundial en cuanto a igualdad en la representación parlamentaria.

Durante la última evaluación del informe presentado por Senegal sobre el cumplimiento de los compromisos adquiridos ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW<sup>25</sup> por sus siglas en inglés), uno de sus expertos elogió los numerosos **avances** del país en materia de igualdad en ámbitos clave como el trabajo, la lucha contra la violencia y la igualdad de género, avances que a menudo han servido de ejemplo. Sin embargo, la revisión del informe tam-

25 La Convención CEDAW fue adoptada por la Asamblea General en 1979, firmada por Senegal en 1980 y ratificada en 1985.

## Senegal

bién mostró la persistencia de **disposiciones discriminatorias en ámbitos estructurales**, como el Código de Familia y el acceso de las mujeres y las niñas a los derechos sexuales y reproductivos.

El liderazgo comunitario también puede suponer un obstáculo en el acceso de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, algunos líderes consuetudinarios no aprueban que las mujeres adolescentes o solteras reciban información sobre planificación familiar (por la virginidad “debida”) y, por ello, el uso de anticonceptivos es minoritario. Además, su uso depende del consentimiento por parte del marido en el caso de los matrimonios). Esto conlleva un difícil control de las enfermedades de transmisión sexual, muy temidas, sin embargo, por la población, y una alta tasa de embarazos en adolescentes. Por otra parte, los enlaces matrimoniales son propiciados por las familias y, para muchas menores, son una realidad incluso antes de cumplir los 15 años.

“ *Debido fundamentalmente a la escasez de recursos y de las dificultades para salir adelante, las familias se sienten forzadas a casar cuanto antes a sus hijas, dando lugar a numerosos matrimonios, embarazos y partos precoces en el país.*

(Guindo)

Este punto fue destacado, también, por el Comité CEDAW, quien dictaminó que en Senegal persiste una alta prevalencia de los **matrimonios precoces**, lo que, a su vez, tiene un grave impacto sobre la educación, la salud, incluyendo la sexual y reproductiva, y el desa-

rollo global de los y las adolescentes. La tasa de niñas casadas antes de los 18 años es actualmente del 41% en la Región del África del oeste y del 29% en Senegal donde, el 8% de ellas es unida en enlace matrimonial antes de cumplir los 15 años.

En el diálogo entre los miembros del Comité y la delegación senegalesa que presentó el informe del país se destacaron, además, los aspectos siguientes:

- Fue acogido como avance positivo por el Comité la adopción de una ley que tipifica como **delito los actos de violación y pederastia** en 2020, y la puesta en marcha a finales de 2021, en el marco de la pandemia del COVID 19 y las restricciones a la movilidad asociadas, de una plataforma electrónica para la denuncia anónima de casos de violencia de género.
- Sin embargo, persisten obstáculos en el logro de la igualdad de género como, por ejemplo, la **prevalencia de la mutilación genital femenina** (que, en el grupo de edad entre los 0 y los 14 años solo ha disminuido ligeramente y se sitúa en el 25,2% según el BM) a pesar de los tres planes de acción llevados a cabo por el país desde 2005.
- Se recalca la alta **tasa de mortalidad materna**. Este dato nos lleva al seguimiento de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** en el marco de la salud y el bienestar de las mujeres, en el que se destaca que la tasa de mortalidad materna<sup>26</sup>, se eleva a 315 mujeres por cada 100.000 nacimientos. Cinco mujeres al día mueren dando a luz a sus hijos/as.
- La **tasa de mortalidad infantil**<sup>27</sup> es de 38 por 1000 (34 por 1000 en el caso de las niñas).
- La **tasa de fertilidad de las adolescentes** (número de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años) es de 67.
- A pesar de que el **Código de la Familia** senegalés es defendido oficialmente debido

26 Según la CEPAL, la tasa de mortalidad materna corresponde al número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a la terminación de este, debido a cualquier causa relacionada con el mismo, agravada por el embarazo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país.

27 Unicef 2022. La tasa de mortalidad de menores de cinco años es la probabilidad de que uno de cada 1.000 recién nacidos fallezca antes de cumplir los cinco años si se le aplican las tasas de mortalidad específicas por edad para el año en cuestión.

al consenso que alcanzó su aprobación entre juristas y líderes religiosos y consuetudinarios de todas las tendencias, la patria potestad sigue correspondiendo al cónyuge masculino, y se contempla la **poligamia**, que permite -exclusivamente- a los hombres tener hasta cuatro mujeres; como dato estable en el tiempo, esta constituye en torno al 30% de las uniones.

### 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea

Recordemos que «La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del **Preámbulo de la Constitución de la OMS**, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados<sup>28</sup>, y entró en vigor el 7 de abril de 1948 sin que la definición haya variado desde entonces.

En Senegal, todo parece indicar que la percepción de salud es la misma, aunque va más allá del estado físico, mental y social de las personas. En efecto, los conceptos de salud y enfermedad en la cultura senegalesa están intrínsecamente ligados a **creencias ancestrales** en las que entran en consideración **aspectos espirituales** que influyen en su interpretación y entendimiento.

Este hecho se traduce a su vez en un uso asiduo de la **medicina tradicional** por aproximadamente el 80% de la población que, en función de los medios de que se disponga, será combinado en paralelo con la medicina contemporánea. Existe una fe en la medicina tradicional que las nuevas generaciones comienzan a abandonar, aunque esta parte de la población sigue siendo minoritaria<sup>29</sup>.

“ Para los senegaleses, estar sanos significa poder trabajar y cubrir las necesidades de la familia. Por ello estar enfermo, implica exactamente lo contrario, con las múltiples consecuencias que ello implica. (Guindo)

27

28 Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100.

29 Absa Guindo, informante clave de la comunidad senegalesa, es coordinadora de la casa de Mujeres Hatatay Sonrisas de Gandiol y especialista en derechos sexuales y reproductivos. Ella comenta respecto de las nuevas generaciones que, aunque refuten la medicina tradicional, generalmente portarán sus talismanes y harán uso de la medicina tradicional por respeto a la creencia de su madre, de su tía o su suegra para evitar contrariarlas o preocuparlas.

## Senegal

Si hablamos de medicina tradicional, debemos introducir la **figura del marabout**, que goza del prestigio y del respeto de las comunidades y es central en esta cultura. Los *marabouts* atesoran los saberes y las prácticas de la medicina tradicional africana y preparan "soluciones medicinales" a base de plantas, raíces, cortezas y hierbas que, a modo de medicación, son utilizados en el tratamiento de las enfermedades. La persona clave contactada en Senegal, Guindo, asegura que:

“ *La medicina tradicional está tan arraigada a la práctica popular que, incluso al margen del marabout, en cada familia hay una mujer que sabe elaborar las soluciones medicinales tradicionales y tiene el conocimiento necesario sobre los árboles y las plantas de su entorno. Se trata de una enseñanza que también se transmite entre mujeres y que, en la familia, suele estar a cargo de la suegra o goro.*

**(Guindo)**

Otro elemento a tener en cuenta para entender la importancia de la figura del *marabout*, como cita Goldman en su estudio (v.2007), es que diagnostican las causas de las enfermedades desde un orden "místico", "mágico" o "espiritual" (aludiendo a las almas o espíritus, los vientos y Dios) y esto, según Guindo, es algo **muy reconfortante** para las personas que acuden a él. Su **mirada a la enfermedad** podría concebirse como **holística**, pues tiene en cuenta todas las dimensiones de la persona (condiciones de vida, de familia, de trabajo, el sexo, la edad, la personalidad, los hechos pasados, presentes) para decidir como curarla y protegerla.

Además, los *marabouts* también escriben los **douaa**, según las escrituras del Corán, para que se cumplan los deseos de la persona que acude a él (lo cual contribuye, según la creen-

cia, a evitar enfermedades y males, o sanarlos cuando ya hay señales de enfermedad). Los *douaa* forman parte de los rituales de protección. Esta función es asumida en ocasiones por el abuelo u otro hombre de la familia, pero se trata de un ritual que otorga mucha **seguridad y bienestar** y está profundamente arraigado en las creencias locales. Los *douaa* suelen colocarse en una pequeña bolsita de tela debajo de la almohada o de la ropa y acompañan así a la persona.

Y, finalmente, los *marabouts* fabrican los **amuletos**, talismanes o *gri-gri*, otro elemento clave que forma parte de los rituales de protección, utilizados para combatir el trabajo de la brujería (maleficios) que alguien ha podido verter sobre la persona o que son utilizados para expulsar a un espíritu "malo" o al "mal viento" que haya podido apoderarse de ella. En este caso, la presencia de maleficios y espíritus negativos es considerada como el origen de la enfermedad.

En cuanto al **sistema médico contemporáneo**, según Goldman, data de la época de la colonización, cuya estructura de base fue instaurada por los misioneros católicos franceses a través de las instituciones, como la iglesia, la escuela o el centro de salud. La organización del sistema sanitario es piramidal (nivel central, regional y periférico), aunque de cobertura deficiente fuera de la capital.

Actualmente, el país cuenta con una red de 50 distritos sanitarios, cada uno con al menos un centro de salud (54 en total), hospitales públicos autónomos (una veintena a nivel nacional) y puestos sanitarios en pueblos y capitales rurales (768 en total). Estos últimos se ubican dentro de las infraestructuras comunitarias, incluyendo maternidades rurales con personal sanitario y matronas elegidas por las comunidades (el perfil de las *bajanou box* y de las *bajanou gox*, estas últimas de mayor edad). Los cuidados de obstetricia de urgencia forman parte de una estrategia en la lucha contra la mortalidad infantil y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ello, el gobierno de Senegal se ha esforzado en este aspecto y extendido dichos cuidados a todos los centros de salud que cuentan con el material adecuado

en caso de cesárea, además de haber puesto en marcha medidas de formación y becas para la especialización en ginecología-obstétrica. Sin embargo, **el 70% de los médicos se hallan en Dakar**. Tampoco existe una tarjeta sanitaria y, en el marco de la cobertura pública asegurada por la Caja de Seguridad Social, solo las y los trabajadores pueden beneficiarse del sistema de prestaciones. La sanidad privada, por su lado, es minoritaria y menos accesible aún por motivos económicos.

A pesar de los esfuerzos invertidos hasta ahora, esta red sanitaria **no cumple** todavía con los **estándares de la OMS** en cuanto a cantidad de recursos humanos, formación del personal sanitario, creación de infraestructuras y facilidad de acceso a la salud.

Al margen de la asistencia primaria y de pediatría garantizada públicamente para toda la población, la asistencia médica se recibe previo pago del servicio por adelantado, a lo cual hay que añadir el largo viaje hacia Dakar o las capitales provinciales en las que se concentra la red hospitalaria; todos ellos, factores disuasivos difícilmente superables para la mayoría de la población y, en particular, para las mujeres rurales.

Siguiendo el testimonio de Barbosa<sup>30</sup>, son numerosos los **poblados aislados sin infraestructuras** viales que les conecten con los pueblos que sí disponen de centros sanitarios; y el desplazamiento, realizado a veces incluso en carros tirados por burros<sup>31</sup>, es duro y realmente complicado en época de lluvias o de extremo calor y sequía. Esto, a su vez, es considerado una “pérdida de tiempo” por otras embarazadas, debido a las numerosas responsabilidades cotidianas que pesan sobre ellas y que, consideran, no pueden postergar.

Así, los cuidados sanitarios son **percibidos** popularmente **como un lujo** y, aunque la medicina contemporánea sea considerada necesaria, la **medicina tradicional** sigue siendo, generalmente, la **primera opción**. De hecho, el Ministerio de la Salud y de la Acción Social adoptó el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS 1998/2007) incluyendo en él la organización y promoción de la medicina tradicional a través, entre otras cosas, de la realización de un censo de médicos tradicionales, la creación de cinco centros de experimentación clínica a base de plantas medicinales, la validación de textos que reglamentan la medicina tradicional y la aprobación de un plan estratégico para la integración de la medicina tradicional en el sistema nacional de salud senegalés<sup>32</sup>.

30 Barbosa, L. *Embarazo, parto y maternidad en el corazón de África*. La experiencia de una *doula* en Senegal. 2014-2019.

31 Según la ANSD (Agence Nationale de Statistique et de la Démographie), el número de vehículos en Senegal se estimó en 820.289 en 2018 para una población de más de 17 millones de habitantes. El 57% del parque automovilístico está constituido por turismos, un 11,3% de furgonetas y un 7% por motocicletas.

32 Puede consultar el *Plan Nacional de Desarrollo Sanitario – PNDS 1998/2007* aquí: <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/stunting/senegal/part-2/pnds-phase-ii-20042008.pdf>

## Senegal

# 1.4 Concepción de la maternidad, el embarazo y la infertilidad

La **maternidad**, en opinión de Palomar<sup>33</sup>, es una construcción culturalmente determinada por las necesidades de los grupos sociales específicos y su percepción varía según el contexto y el lugar en el que se vive. En Senegal, las mujeres embarazadas sienten satisfacción por su estado que, entre otros aspectos, conlleva un **vínculo eterno con sus hijos**. Pero también viven el embarazo y la crianza con una gran carga de trabajo a sus espaldas, debido a una suerte de "patriarcado en ausencia"<sup>34</sup>. Esto quiere decir que, aunque el centro sea la madre o las mujeres de la familia y sobre ésta recaiga el **sustento emocional de los hijos y todos los aspectos ligados a su crianza**, persiste un fuerte machismo pues el hombre, generalmente ausente, continúa en una posición de gran poder y capacidad de decisión.

La sociedad senegalesa otorga a la función reproductora de las mujeres, una consideración clave, lo cual se cruza con **las creencias locales y ancestrales** en torno a la idea de que los espíritus las rondan de una forma más intensa durante el estado de gestación. Por ello, cuando el embarazo es un hecho, y basándose en creencias animistas, supersticiones o el miedo a que el mal de ojo se vierta sobre su bebé, algunas mujeres solo anuncian su estado a la comunidad cuando se acerca el parto.

La **infertilidad**, por su lado, es vivida muy negativamente por las mujeres senegalesas. Frente a la familia y al conjunto de la sociedad, se trata de una realidad con duras consecuencias para ellas. No poder procrear se equipara con no poder cumplir con la función principal otorgada socialmente a las mujeres, ya que la maternidad es un eje central de definición de la identidad de las mujeres africanas.

“ Te tratan de incapaz, te hacen responsable de la infertilidad y la mujer siente que le falta algo. (Guindo)

Además, aunque la **infertilidad** no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, debido a la escasa normalización de estudios de caso y diagnóstico, son ellas quienes soportan las consecuencias. La familia, en ese caso, puede mostrar su rechazo hacia ella, mediante un trato despectivo. Las mujeres optan generalmente por visitar al *marabout* y, especialmente en los entornos urbanos, también tratan de buscar soluciones en el marco del sistema sanitario.

33 Palomar Vereá C. *Maternidad: Historia y Cultura*. Revista de Estudios de Género La ventana. 2005; (22): 35-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204> [acceso: 21/08/2017].

34 Arias Hurtado L., Carrillo Pineda M. *Significados de la maternidad para un grupo de mujeres afrodescendientes*. Index Enferm [Internet]. 2019. 28(1-2): 13-17. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000100003&lng=es.%20Epub%2009-Dic-2019](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100003&lng=es.%20Epub%2009-Dic-2019)

## 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres

Senegal es un país culturalmente muy diverso con una **fuerte tradición oral**. El arraigo a las costumbres de las múltiples etnias, que a su vez interactúan con las diferentes orografías del país, sus recursos y entornos, hacen que resulte difícil recoger aquí, de forma particularizada, las prácticas y creencias de cada grupo sociocultural en torno a la maternidad. Por ello, se ha dado prioridad al reflejo de algunos de los aspectos comunes que pueden ayudarnos a entender mejor cómo viven las mujeres senegalesas el parto, parto y posparto en el entorno de la comunidad.

El artículo 17 de la Constitución de Senegal establece que **el matrimonio y la familia son las bases naturales y morales de la comunidad**. En la familia, la institución estructuradora a nivel comunitario, cada miembro tiene, a su vez, sus roles y responsabilidades asignados desde la infancia. De este modo, la educación de género y las **prácticas sociales tradicionales**, especialmente en el ámbito rural, inician pronto a las niñas en la responsabilidad de los cuidados y apartan a los niños y hombres del ámbito reproductivo; por ello, generalmente, los hombres no participan en este proceso, sino que están llamados a proveer recursos y protección; por ejemplo, es excepcional que asistan un parto, considerado como un momento exclusivamente femenino.

“*Todo recae sobre las mujeres. Es necesario que los hombres empiecen a implicarse.*”  
(Guindo)

Durante el embarazo, las mujeres continúan con su rutina y responsabilidades. “Estar embarazada **no es ninguna enfermedad**” (Guindo). Según la informante clave contactada en Senegal, culturalmente el parto es considerado

por muchas como algo natural que, por lo tanto, no requiere intervención médica de forma periódica. Por el contrario, tal como atestigua una cooperante y *doula* (Barbosa), las visitas regulares al médico se ven como un síntoma de enfermedad. Sin embargo, a causa de la alta tasa de anemia y la desnutrición entre ellas, el mínimo sangrado es ya un riesgo potencial para su vida. Y la falta de agua y hábitos de higiene, causa de infección. De hecho, según la OMS, el 25% de las muertes neonatales en África se deben a infecciones del tracto vaginal<sup>35</sup>.

Ante las múltiples adversidades a las que se enfrentan, **las mujeres** de las comunidades **se unen** en torno a los embarazos y el cuidado de los niños. Desde la familia nuclear y la extensa (hermanas, tías, primas, abuelas y mujeres mayores de la familia política, como la suegra o la cuñada mayor), se apoyan las unas en las otras, comparten tareas y emociones y, en definitiva, sus vidas, en una suerte de intracomunidad intergeneracional.

“*Desde niñas, se nos enseña a actuar en base a la solidaridad femenina.*”  
(Guindo)

El **cuidado de los niños en la comunidad** de mujeres incluye la transmisión de enseñanzas, su atención cuando la madre sale, su alimentación e incluso el amamantamiento en el caso de los bebés. Y, en este contexto de cuidados a las mujeres embarazadas, las abuelas y la figura de la *bajen* (“madrina”, hermana mayor del padre) ocupan, tradicionalmente, un rol fundamental.

El 49,8% de las mujeres casadas lo está en **régimen de poligamia**, lo que implica que pueden no vivir bajo el mismo techo que sus maridos y, probablemente, verlos dos días a la semana (la

35 The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. *Opportunities for Africa's newborns*, [Internet]. Joy Lawn, Save the Children, and Kate Kerber, Save the Children and BASICS. WHO on behalf of The Partnership for Maternal Newborn and Child Health; 2006. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Opportunities-for-Africa-s-Newborns-Book.pdf>

## Senegal



32

media de mujeres por hombre polígamo es de 2,9) o bien vivir en una casa con un patio interior y espacios comunes, pero en la que cada mujer tiene su propia habitación. En el primer caso, el apoyo de las mujeres de la familia es fundamental. En el segundo, las mujeres del mismo matrimonio se organizan compartiendo las tareas, aunque también pueden verse, a veces, confrontadas en relaciones conflictuales.

En el marco de la sociedad wolof de Senegal, según un estudio<sup>36</sup> (Guérin, 2010) es incluso típico el **modelo de "familia uterina"**, que considera como la familia nuclear a la mujer y a sus hijos, que dispone de espacios propios, tanto en términos de residencia como de recursos (parcela de tierra, explotación de la misma y control de las ganancias), y que otorga a las mujeres el rol de procreación y alimentación de

sus hijos y a los hombres el de la protección de la familia y el suministro de su "gasto diario".

Las enseñanzas acerca de los **cuidados al bebé se transmiten a las niñas a veces desde muy corta edad**. Mediante la observación y el acompañamiento a su madre, van aprendiendo cómo masajearlo, como bañarlo, como dormirlo o llevarlo en la espalda. Los niños, tras la ceremonia de circuncisión, inician una nueva etapa en la que salen del círculo familiar femenino para adentrarse en los espacios y las pautas del entorno masculino. Dejan, por ejemplo, de compartir la cama con su madre o de realizar los baños de purificación y pasan a dormir con sus hermanos o primos, entrando entonces en juego el padre, quien comienza a dictar las normas de la crianza.

36 Guérin, I. *Las mujeres pobres y su dinero: entre la supervivencia cotidiana, la vida privada, las obligaciones familiares y las normas sociales*. La ventana. Revista de estudios de género. 2010.

## 1.6 Dieta y alimentación

**E**n un país en el que, según el PMA, la pobreza crónica afecta al 75% de los hogares y la falta de seguridad alimentaria impacta en forma de malnutrición y desnutrición severa sobre más de un tercio de la población, la dieta de las embarazadas depende en gran medida de los **recursos económicos y alimenticios a su disposición**. En 2020, el 63% de las mujeres embarazadas adolecían de anemia<sup>37</sup>.

Por una parte, los **cultivos tradicionales** han sido **progresivamente eliminados** a favor el monocultivo, esencialmente dedicado a la exportación (por ejemplo, del cacahuete) y por otra, la globalización ha llevado al país el consumo de comida rápida, que se entrecruza con la dieta gastronómica nacional, de tradición milenaria. Las tradiciones, costumbres, mitos o creencias sobre la alimentación durante el embarazo y la lactancia también pueden variar de una familia o de un contexto determinado a otro.

Según Frazzoli (2020), la cocina senegalesa tiene características especiales por la riqueza de sus recetas y su sabor, vinculadas a la **situación geográfica** del territorio de Senegal, en una **encrucijada de culturas** (cultura árabe subsahariana, cultura negra guineana) y **sabores** (mar e interior, sabana).

Comer es un **componente fundamental de la vida social** en Senegal y la comida se cocina preferentemente en casa para comerla con amigos y familiares. En las sociedades comunitarias como las aldeas senegalesas, la comida, de forma análoga al estilo de vida,

es colectiva. Las comidas se consumen en un único plato plano en el suelo, los comensales se sientan en el suelo o en pequeños taburetes y comen utilizando la mano derecha o la cuchara. La comida sobrante nunca se recicla ni se almacena, sino que pronto se ofrece a las familias más pobres o a los visitantes fortuitos<sup>38</sup>.

En cuanto a los **ingredientes de la dieta**, la carne de res o el cordero son muy valorados, aunque pueden ser inaccesibles para muchos hogares y suelen prepararse especialmente durante las celebraciones. El plato típico de Senegal, el *thiébou dieun*, a base de **arroz y pescado** es ampliamente consumido (la pesca es una de las actividades productivas más importantes del país<sup>39</sup>). En los hogares rurales, la dieta consta fundamentalmente de verduras (coliflor, okra, espinacas, cebolla, tomate...), legumbres (alubias, etc.), tubérculos de raíz (mandioca, boniato) y cereales (arroz, mijo, cuscús, maíz, ñame y sorgo) combinados, siempre que se puede con carne de pollo, cabra, conejo o pescado. La fruta por excelencia es el mango (también se consumen el ditakh, las cerezas verdes, el plátano, el dátil rojo, las naranjas, sandías, limones...).

Sin embargo, según Frazzoli, **la fruta** no forma parte de la comida tradicional; además, es relativamente cara y, según la autora, se consume sobre todo en forma de zumo enlatado. Los alimentos crudos (ya sea fruta, verdura cruda o zumos frescos), en definitiva, se consumen poco. Para esta investigadora, los beneficios y el efecto protector del consumo de

37 Elhadji Alioune B Ningue, Isabelle Galibois, Sonia Blaney. *Antenatal nutrition services offer in primary health care facilities of Kolda region*, Senegal. Faculte des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Laval University, Quebec, Canada ; Faculte des sciences de la sante et des services communautaires, Moncton University, Moncton, Canada, 2020.

38 Chiara Frazzoli. *Field anthropological research for context-effective risk analysis science in traditional cultures: the case of Senegal*. Article in Journal of Global Health Reports. 2020.

39 La pesca marítima es la primera fuente de divisas del país y representa un 12.4% del PIB del sector primario y un 2.8 % del PIB total. El sector pesquero emplea directamente a más de 52.000 pescadores artesanales y 5.000 en la pesca industrial, dando trabajo indirectamente a más de 600.000 personas, incluida una proporción importante de mujeres, dedicadas a la transformación del pescado. La pesca representa cerca de un 30% de las exportaciones del país y constituye alrededor del 1,9% del PIB. Mas información en [senegambia.es](http://senegambia.es)

## Senegal



principalmente a través de la placenta y la leche materna). Aparte de la variada gama de susceptibilidades genéticas de la población, las deficiencias de micronutrientes pueden deberse a una ingesta subóptima, a la interferencia metabólica de factores anti-nutricionales y contaminantes (por ejemplo, arsénico, cadmio, estaño, microtoxinas), o a la deficiencia o el exceso de otros micronutrientes. Las **deficiencias de micronutrientes en el feto** también pueden producirse en un estado nutricional aparentemente adecuado de la madre y dar lugar a resultados adversos en el embarazo (por ejemplo, pérdida fetal, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, defectos congénitos). Un ejemplo bien conocido del efecto preventivo de una ingesta adecuada de micronutrientes es el ácido fólico vitaminado contra los defectos del tubo neural. Según esta autora, en general, una dieta rica en frutas, huevos y, sobre todo, verduras verdes proporciona a la mujer suficiente ácido fólico y nutrientes protectores (por ejemplo, zinc, inositol) si se toma como hábito antes del inicio del embarazo, ya que las malformaciones congénitas se inducen muy pronto en la gestación.

frutas y verduras frescas son poco conocidos entre la población.

Frazzoli explica en su estudio (2020) que **la salud es un capital transgeneracional a través de la dieta y el medio ambiente** (estado nutricional materno pre, peri y post gestacional y carga corporal tóxica transmitida

Sin embargo, hemos mencionado que existe un **bajo consumo de frutas y verduras frescas** (pues las verduras suelen ingerirse cocidas en el plato principal) y, por otra parte, en el continente africano está muy extendida la idea de que comer huevos puede causar esterilidad, motivo por el cual es un alimento que se prefiere evitar durante el embarazo para proteger al bebé.

“

*Las mujeres creen que la ingesta de huevos podría inducir malformaciones o un retraso en la capacidad de habla del bebé.*

**(Guindo)**

Finalmente, las mujeres también se enfrentan a **prohibiciones alimentarias durante el embarazo**. Según las etnias puede ser, por ejemplo, el consumo de agua fría, carne roja, hígado o productos frescos (sin cocinar)<sup>40</sup>, pero también, ya de forma más general, el azúcar y la sal que, potencialmente pueden aumentar el peso del feto y anunciar un parto difícil. En algunas comunidades, se les orienta a evitar las frutas ácidas y el plátano.

Por otra parte, se considera muy importante satisfacer los **antojos** durante el estado de gestación. Popularmente, se dice que los antojos alimentarios de las mujeres embarazadas deben satisfacerse. Algunos creen que, si a una mujer embarazada se le antoja un alimento específico, pero no lo tiene a mano y se rasca en ese momento, el bebé puede tener una marca de nacimiento con la forma del alimento en cuestión donde la mujer se rascó. También existe la preocupación de que los antojos no satisfechos puedan causar una malformación en el bebé<sup>41</sup>.

Según Guindo, los dátiles y la miel son considerados excelentes para facilitar el nacimiento del bebé. Tras el nacimiento, para **favorecer la subida de la leche** y producirla en mayor cantidad, las mujeres incrementan su ingesta de mijo y cacahuètes. Existe una sopa muy conocida llamada *rouye*<sup>42</sup> que puede incluso convertirse en el alimento principal de las mujeres senegalesas nada más dar a luz y que también es habitualmente consumido durante el periodo de lactancia por considerarse que “da buena leche”. Se trata de una crema caliente de agua y harina de mijo, que según los gustos puede comerse “al natural” o bien aderezarse

con azúcar, miel o sirope de agave; la *rouye* se come combinada con leche cuajada, leche concentrada o yogurt.

En cuanto a la dieta de las mujeres embarazadas o lactantes **durante el Ramadán**, algunos expertos religiosos musulmanes aconsejan que las mujeres no realicen el ayuno, pero que recuperen los días no ayunados tras el nacimiento del bebé. Se les considera, según esta lectura del Corán, como a las y los viajeros o las y los enfermos. Otros expertos creen que el ayuno es generalmente obligatorio, salvo en el caso de que las mujeres teman por su vida o la del feto. En tal caso, alientan igualmente a recuperar los días no ayunados más adelante si así lo quisieran, o bien alimentar a una persona enferma o vulnerable por cada día no ayunado. Otros expertos, en una postura intermedia, aconsejan a las embarazadas realizar una comida ligera entre el *suhoor* (comida del amanecer) y el *ftor* (la del anochecer) y beber mucha agua. Sin embargo, se trata de lecturas particulares, pues el Corán establece claramente una excepción al ayuno para las y los enfermos crónicos, los niños pequeños, las embarazadas en estado avanzado de gestación, las mujeres durante la menstruación o las personas que realizan actividades físicas. La decisión acerca de si ayunar, o no, es personal, no es competencia de una autoridad religiosa determinarla y puede ser consultada con el médico.

En la práctica, según la informante clave para la comunidad senegalesa, las mujeres suelen realizar el ayuno si se encuentran bien y sanas. Llevar a cabo el ayuno puede depender también de la influencia que ejerzan sobre ellas el cónyuge, otras mujeres de la familia y/o el líder espiritual.

Finalmente, como **comportamiento de riesgo** (aunque difícilmente podría producirse en el destino migratorio), la prensa local recoge que algunas mujeres, especialmente en el ámbito rural y entre aquellas que se encuentran

40 Zarour, D. *Ces interdits qui menacent la santé des femmes enceintes*. Senepus, 2018.

41 *Habitudes alimentaires et culinaires en Afrique de l'Ouest*. Dispensaire canadien et Fondation OLO, 2017.

42 Aistou Cuisine. *Rouye - bouillie de farine de mil*. Receta disponible aquí : <https://aistoucuisine.com/recettes/rouye-bouillie-de-farine-de-mil/27/07/2021/>

## Senegal



36

en situación de vulnerabilidad, se inician durante el embarazo en el consumo del kaolin<sup>43</sup> o *kew*. Se trata de una roca calcárea sin sabor, también vendida en polvo, originaria de Mali y usada a su vez como maquillaje, que se cree que tiene efectos antieméticos. Algunas lo consideran una forma de engañar el hambre, y otras, un medicamento o un placer. Guindo explica que, cuando lo consumen, se sienten bien. Quienes lo consumen, suelen hacerlo de forma compulsiva, lo cual una psiquiatra<sup>44</sup> relaciona con el **síndrome de Pica**, un trastorno conductual que induce al consumo de sustancias no nutritivas, como la tierra, la arena, la arcilla o el papel, y cuya génesis radica en la falta de alimentación y carencias afectivas durante la infancia. Según Guindo, también hay muje-

res que mastican arroz crudo, aunque piensa que estos hábitos son minoritarios y están en recesión. Lo cierto es que el kaolin, consumido en dosis importantes y cotidianas, impide la absorción del hierro en sangre y provoca anemia, lo cual en mujeres embarazadas puede suponer complicaciones.

43 La Jeune Afrique. Sénégal : le kaolin, une drogue de femmes. 2013.

44 Aïda Sylla, psiquiatra en el hospital de Thiaroye, explica los efectos del kaolin en el artículo *Sénégal: le Kaolin, une drogue de femmes*. Jeune Afrique, 2013.

## 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea y otras prácticas culturales en el parto y parto

Como se ha citado con anterioridad, la sociedad senegalesa cuenta todavía con una **tasa de mortalidad maternal** preocupante. Según la OMS, esta tasa encuentra sus datos más dramáticos en el África Central y Afganistán. En Senegal, la mortalidad maternal llegó a su pico en 1990, con 1200 muertes por cada 100.000 nacimientos<sup>45</sup>. El país comprendió que, para reducirla, necesitaba una estrategia de acción nacional que persistiese en el tiempo. Actualmente, todavía se registran 315 muertes por cada 100.000 partos (en España son 4). Aún queda mucho por hacer.

Según un informe presentado por Senegal al Comité de derechos económicos, sociales y culturales en 2020, las causas principales del **alto índice de mortalidad materno-infantil** son, por una parte, que las mujeres se quedan embarazadas a muy temprana edad, que los embarazos se suceden a intervalos muy cortos, sin dejar suficiente periodo de descanso, y que las mujeres tienen muchos hijos; por otra parte, están las enfermedades como el paludismo, los trastornos diarreicos, las infecciones respiratorias agudas o infecciones del tracto vaginal no tratadas, entre otras dolencias. Finalmente, los riesgos que entrañan ciertas prácticas culturales y consuetudinarias como la ablación, o bien la práctica de abortos ilegales, a las que se añade también el difícil acceso por parte de las mujeres a servicios sanitarios de calidad, resumen los factores que influyen en esta elevada tasa de mortalidad materna.

En un contexto en el que la mortalidad materna toca a muchas familias, que **no necesariamente conocen las causas que la generan**, según Guindo, las mujeres acuden al *marabout* buscando **protección** desde la misma noche nupcial, vuelven cuando se quedan embarazadas y, finalmente, al nacer el bebé, coincidiendo con su bautizo. Se realizan rituales para cada uno de estos eventos de celebración individual y colectiva, momentos vitales en los que se considera necesario protegerse, para que todo llegue a buen término.

“ Las mujeres, cuando se quedan embarazadas, acuden al *marabout* para protegerse ya que creen que un mal de ojo o un mal espíritu podrían destruir el feto que está en su vientre. (Guindo)

De ahí el **porte de talismanes y gri-gri** fabricados por los *marabouts* u otros hombres de la familia durante todo este periodo. Una vez nacido, el bebé llevará el suyo. Por ello también, en algunas ocasiones, el secreto se instala entre la suegra y la pareja a lo largo del embarazo y hasta el parto y, como medida de protección, no se habla del embarazo o del sexo del bebé delante del resto de la familia. También hay gri-gri especialmente pensados para espaciar los nacimientos entre sí, que la madre se coloca al dar a luz y con efectos, según la creencia, durante los dos años siguientes.

Para cuidarse durante el embarazo, en el marco de la cultura popular, se recomienda a las mujeres embarazadas seguir **ciertas medidas**:

- › Seguir con la rutina y trabajar duro, puesto que “si permaneces quieta, el bebé crecerá demasiado en el vientre”, dando lugar a un parto complicado.
- › Tener un reposo adecuado durante la noche, dormir bien.
- › Beber mucha agua.
- › Realizar baños tibios con hojas y cortezas para limpiar y purificar el cuerpo.

45 ONUSIDA– OMS, *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STD, 2000 Update*, Senegal.

## Senegal

- Realizar masajes en el cuerpo y el vientre con manteca de karité para evitar las señales del embarazo en la piel y detectar posibles malformaciones del bebé.
- No salir de casa entre la una y las tres de la tarde, pues en ese momento circula el mal de ojo (*beute bou ay*) y el mal viento.

El embarazo y el parto se sitúan en el corazón de las costumbres y tradiciones de todas las etnias senegalesas, puesto que de ello depende su supervivencia. Se cree que existe una **relación privilegiada entre las mujeres embarazadas y los espíritus** y por ello también existe un simbolismo importante en torno a la placenta y el cordón umbilical. Por ejemplo, hay rituales que consisten en secar y conservar el **cordón umbilical** como medicamento contra el dolor de tripa del niño<sup>46</sup>; se le administra, llegado el momento, mediante un paño sumergido en agua hirviendo con el compuesto. Cuando el cordón está exangüe, se ata a la base un hilo de algodón. El punto de corte, a unos diez centímetros del vientre materno, se pone sobre un tallo de mijo. Lentamente se corta en tres secuencias distintas. Entre ellas se producen pausas, en las que se invoca el nombre de Allah, y se toca con la hoja del cuchillo la frente de la mujer que corta y la de las otras asistentes al parto. En cuanto a la **placenta**, algunas mujeres la entierran durante una ceremonia. Hay una cierta creencia que sugiere que si una persona se aleja del lugar donde reposa su placenta, está potencialmente en peligro. Sin embargo, los hospitales, actualmente, no dan la placenta a la familia.

Por consiguiente, los **rituales de protección** a las madres y sus fetos, luego bebés, son muy relevantes. Los hijos son el primer objetivo de un matrimonio y son considerados cruciales para el futuro de la comunidad. Ellos contribuirán a la economía familiar y serán llamados a ocuparse, después, del cuidado de los mayores. Pero, además, su importancia radica en la creencia de parte de la población de que los niños y niñas recién nacidos/as son la reencarnación de un ancestro/a.

Por este motivo, en la cultura senegalesa, **expresar dolor durante el proceso del parto** es considerado una ofensa (a la familia, a los buenos espíritus, a la comunidad), a pesar de que se trata de un momento de gran vulnerabilidad para las mujeres.

Cuando las **contracciones** comienzan, se les recomienda, por ejemplo, moler arroz en el mortero en el patio de sus casas. Más que un mortero, se trata de un gran pilón que se utiliza para moler cereales, cuya herramienta de molienda es un palo o tronco lijado de grandes dimensiones. El movimiento y la fuerza ejercida de arriba abajo facilita la dilatación del cuello del útero. Después, se les recomienda tomar un baño y evaluar la regularidad de las contracciones. Algunas también beben zumo de limón recién exprimido o elaboran una tisana a base de rosa de Jericó, conocida como remedio para favorecer el parto.

En el momento del **parto**, las mujeres se despojan de su talismán y amuletos para estar más cómodas (el talismán que portan típicamente las mujeres embarazadas cruza el torso en diagonal) y, en el caso de un parto a domicilio, las demás mujeres le practican masajes con manteca de karité y le preparan bebidas naturales, por ejemplo, a base de *bissap* (hibisco, con propiedades laxativas y purgativas), de *kel* o de dátiles.

El alumbramiento, en el **contexto médico contemporáneo** senegalés, ha evolucionado y se ha adaptado a las demandas de las mujeres con el objetivo de mejorar su percepción de la atención recibida. Además del método y protocolo habitual, algunos centros han adoptado el llamado **"parto humanizado"**<sup>47</sup> en el cual, por ejemplo, no se obliga a las mujeres a permanecer acostadas durante el trabajo de parto (postura inusual en los tradicionales partos a domicilio). Con la opción del "parto humanizado" pueden decidir dar a luz en la posición que menos dolor les cause ("postura libre"). También pueden ser asistidas, en ese momento, por un familiar o mujer de referencia para ellas que, a su vez, colaborará con

46 *Crianzas en otras culturas*. Senegal. Wordpress, 2010.

47 Adoptado por las autoridades senegalesas a partir del Programa japonés de refuerzo de la atención sanitaria materna y neonatal desde enero de 2009. El «parto humanizado» es un concepto utilizado en documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1996 y probado científicamente por Jica (la cooperación japonesa) en países como Brasil, Madagascar y Senegal.



la matrona. Según Samb<sup>48</sup>, la presencia de esta persona de confianza también favorece una experiencia del parto más positiva para las mujeres, ya que se sienten apoyadas, seguras y en un clima más ameno y cercano. Samb, fundamentado en los datos recabados en su estudio (2021), concluye que el parto humanizado puede reducir drásticamente la mortalidad materna y neonatal; los partos se realizan con **menor estrés** para las madres y, en promedio, duran menos. Las comadronas, a su vez, celebran que la satisfacción de la mujer parturienta, que en estos casos puede seguir sus instintos en el alumbramiento, esté en el centro del parto<sup>49</sup>.

Otro componente documentado por Samb, que encuentra su origen en la educación de las mujeres y los niños, es la **resistencia al dolor**. Uno de los efectos en los que se traduce esta enseñanza es que, en el momento del parto, las mujeres que acuden al sistema sanitario tienen una baja demanda de anestesia epidural o de fármacos analgésicos.

“ *A las mujeres se nos dice que un parto tiene que doler, que hay que sufrir.*  
(Guindo)

Esto también se explica, por otra parte, porque no todos los medicamentos farmacológicos propuestos durante el parto son gratuitos y porque existe cierto desconocimiento sobre los efectos de la analgesia epidural.

En torno a los **cuidados** dados a las mujeres tras el parto, Guindo comenta que:

“ *Se le prepara un baño a la madre, también con duaads o deseos y quizás algunas plantas medicinales en el agua, tras el cual, la mujer se colocará un nuevo talismán.*  
(Guindo)

48 Analista económica en la Presidencia de la República, investigadora en la Universidad Gaston Berger de Saint-Louis (Senegal). *Les accouchements au Sénégal. Anthropologie de l'expérience de l'accouchement dans le monde*. Open Edition Journals. 2021.

49 No pueden optar a esta opción de parto “libre” las mujeres con sangrado, que tengan hipertensión, problemas pélvicos o hayan tenido cesáreas anteriormente.

## Senegal

### 1.8 cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y prácticas culturales

Según Samb, en cuanto el bebé es extraído del vientre de su madre, esta lo lleva hacia su cuerpo y le recita, en cada oído, el llamado a la oración (ritual que emana del Corán y que se repite al sexto día en razón de su bautizo, de la mano del padre). Algunas madres, al depositarlo en su cama, colocan a su lado un cuchillo revestido de carbón, o una aguja, hilo blanco o hilo negro al lado de la almohada o un poco de agua bajo la cama y unas hojas protectoras, para mantener alejado el *sheitan* (o diablo en el islam). Según la autora:

“

*El bebé, que tiene en sus manos las llaves del paraíso, no podrá estar solo ni un segundo a lo largo de su primera semana de vida.*

Existen diversas **prácticas culturalmente arraigadas** en Senegal en torno a los cuidados del **recién nacido/a** que, sin embargo, se contraponen a las recomendaciones de la biomedicina. Una de ellas (extendida especialmente en la mitad sur del continente africano) consiste en desechar el **calostro**, considerado por la OMS<sup>50</sup> como oro líquido para los bebés y, sin embargo, al ser espeso y amarillento, percibido como “sucio” por las mujeres senegalesas<sup>51</sup>. Según la persona clave contactada en Senegal, en torno al 40% de las mujeres se lo extraen hasta que llega la leche para poder “alimentar correctamente” a sus hijos. En consecuencia, como dice Barbosa, es habitual que una mujer de la familia, distinta a la mujer que acaba de dar a luz, amamante al bebé mientras pasa el periodo del calostro.

Sin embargo, la OMS recomienda la alimentación del recién nacido en su primera hora de nacimiento ya que esto mejora en un 20% su supervivencia.

En su lugar, lo primero que se le da de beber al bebé recién nacido es un par de **gotas de toxantal** o agua preciosa en nombre de Allah (que puede ser agua fresca, del pozo, tratada por el *marabout* o curandero/a del pueblo o bien de origen milagrosa según el islam, entonces llamada *zamzam* y traída de la Meca)

“

*Según la creencia, el nombre de Allah debe ser lo primero que entre en ti.*

**(Guindo)**

Luego, se rocía o lava al bebé con la misma agua, se le coloca un **talismán** y, entre las ropas, el *douaad*, que también se recita.

En otras ocasiones, se realiza un **ritual de tres baños** para el bebé: uno con agua tibia, otro con jabón y otro con una joya de oro, plata y mijo sumergidos, para desearle al bebé una larga y próspera vida con salud.

En Senegal, las madres suelen dar de beber **agua o tisanas** a los bebés porque creen que, de esa forma, los mantienen sanos. Aunque, en opinión de Frazzoli, esta práctica expone a los bebés a multitud de posibles enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, a contaminantes que afectan a la nutrición (emaciación y retraso del crecimiento) y a la carga

50 Según la FAO, de particular importancia es la presencia en el calostro (y la leche materna) de factores anti infecciosos. Estos incluyen: algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el bebé; células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina A, lactoferrina y lisosomas; otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos, a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde ayudan a garantizar un entorno ácido (por el ácido láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos.

51 *Une heure pour trouver le sein*. The New Humanitarian, 2015.

corporal tóxica. Las gachas acuosas de mijo (o de arroz) se administran en respuesta a la **insuficiencia de leche materna**, por ejemplo.

Son prácticas que persisten, según la profesora Karol Lummi-Keffe<sup>52</sup>. En el campo de los cuidados al bebé, las mujeres **tenderán a escuchar más a sus propias madres o a la hermana mayor del padre**, la *bajen* (quien, a partir del nacimiento, será quien se encargue de todo) que a un profesional de la salud.

Samb explica que el **nombre** de los bebés se atribuye normalmente al octavo día del nacimiento y antes del sacrificio del cordero en la celebración del bautizo. Se realiza, entonces, el **rito de inserción en la sociedad**. Se celebra normalmente en la casa paterna y en la fiesta se enseña al bebé el cielo, la tierra, los cuatro puntos cardinales y todos los lugares del universo doméstico en el que vivirá. Se le corta un mechón de pelo que se guarda en una bolsita de tela. A veces, esta bolsita le acompañará hasta la edad adulta. El nombre, si se sigue la tradición, será el de un abuelo, abuela, tío o tía paterna o el de alguna otra persona a quien el padre del bebé considere de especial referencia puesto que, se piensa, el bebé heredará hasta siete trazos característicos de su homónimo. La participación de la madre en la elección del nombre depende, en principio, de la voluntad del padre.

El periodo de **lactancia** medio en Senegal es de 18 meses para las niñas y 24 meses para los niños, entendiéndose culturalmente que así el niño será más fuerte y podrá trabajar más duro. También es común, especialmente en zonas rurales, prolongar la lactancia hasta los 36 meses. El pecho se da "a voluntad" a lo largo de todo el día. Con el nacimiento de los dientes, se inicia la introducción de alimentos sólidos en paralelo a la administración de leche materna. Habitualmente, hacia los cuatro o cinco meses del bebé, con cremas de cereales o purés de verduras.

Los bebés se colocan **en la espalda de sus madres** pasadas dos o tres semanas del nacimiento sujetados por dos pañuelos para estar en contacto tanto con ella como con la naturaleza y, mientras son bebés, por motivos de higiene<sup>53</sup>, raramente tocan el suelo. La postura y los pañuelos utilizados para sujetarlos al cuerpo tienen una dimensión simbólica: el primer pañuelo otorga autoridad a la línea materna y el segundo pañuelo da autoridad a la línea paterna. Otras veces solo se utiliza un pañuelo y este tiene un color u otro en función de si el bebé es niño o niña. Según Ba<sup>54</sup>, el porteo de los bebés se produce hasta los 3-4 años y tiene muchas ventajas para los pequeños: el acompañamiento a su madre en las tareas cotidianas permite al bebé estar desde el inicio y de forma cotidiana en contacto con su entorno, aprender de forma precoz el vocabulario y socializar; por otro lado, el contacto con el cuerpo y movimiento de su madre, le permite estimular su sistema nervioso, psicomotor, obtener consuelo, sentirse mecido y seguro.

“ Todos miran a los niños, todos hablan con ellos, todos les tranquilizan si tienen sueño, todos cantan las nanas. Te lo pones al pecho y le acunas, así se duerme<sup>55</sup>.”

52 *Mitos de la alimentación durante el embarazo*. BBC, 2015.

53 Valbuena, G. *Conocimiento del niño a través de la música: el efecto berceuse acunamiento y canciones de cuna en diversas culturas*. Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas Colombia. 2004.

54 Idrissa Ba. *Être bébé au Sénégal*. 2018.

55 *Miradas de madre. Crianzas en otras culturas*. Senegal. Wordpress, 2010.



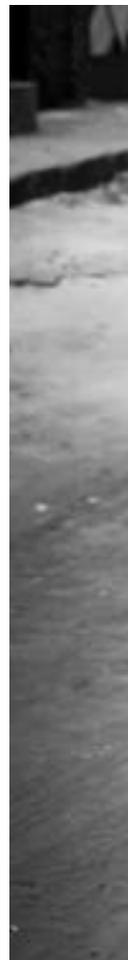
## Conclusiones

Los aspectos relacionados con el contexto de la cultura y comunidad senegalesa en su lugar de origen, nos permiten destacar los elementos siguientes:

- › El elevado peso del **uso de la medicina tradicional** en la comunidad senegalesa, tanto por su anclaje en los saberes y prácticas locales ligadas a creencias religiosas y/o mágicas, como por la comprensión del embarazo como un hecho natural y por los obstáculos existentes en el acceso al sistema sanitario moderno.
- › La relación de **confianza hacia la persona del marabout**, que aborda la enfermedad desde los planos físico y espiritual en una aproximación "integral" u holística de las causas y consecuencias de lo que le ocurre a la persona que acude a él.
- › El recurso a la medicina tradicional se sustenta en creencias ancestrales, lo cual no impide un **recurso en paralelo a la medicina contemporánea** en una combinación de apertura y enraizamiento de la cultura local, unidos en la cosmovisión de la salud.
- › La **escasa socialización de la población en torno al sistema médico contemporáneo** y por consiguiente mayor desconexión del mismo de las mujeres, especialmente si provienen del ámbito rural. Sin embargo, la medicina "moderna" tiene buena consideración entre la población y, especialmente en entornos urbanos, es un recurso utilizado siempre que sea posible asumir el coste.
- › La existencia de un contexto multifactorial que explica las **dificultades** existentes para las mujeres en el acceso a la salud "contemporánea" y, en consecuencia, a los derechos sexuales y reproductivos.
- › La **decisión de acudir o no a un centro de salud**, respecto a la realización de un seguimiento del parto, parto y posparto, y al uso de anticonceptivos u otros aspectos, dependerá, no solo de la economía familiar y de las distancias territoriales, sino también de la influencia que ejerzan la *goro* (o suegra), la *bajen* (hermana mayor del padre) el "cabeza de familia" y el grado educativo, la situación laboral y económica y, también, de la edad de las mujeres.
- › En Senegal es frecuente el parto en domicilio mediante una **postura libre**, sin analgesia debido a su desconocimiento y la escasez de recursos, así como la extracción del **calostro**, por lo que la lactancia materna no suele darse en el primer momento tras el parto. La lactancia suele ser prolongada, a voluntad e intercalarse con otros comuestos y líquidos.
- › **Individualizar y adaptar la atención** en base a las diferencias socioculturales permite ofrecer una atención médica sanitaria equitativa y justa, capaz de promover en mayor medida una experiencia positiva para todas las mujeres.

## Recomendaciones

- › Asumir la posibilidad de que las mujeres senegalesas que acuden a la **asistencia sanitaria** en Cataluña lo estén haciendo **por primera vez** o bien no se hayan socializado en el ámbito de la prevención de la enfermedad o su tratamiento en el contexto del sistema sanitario contemporáneo (por diferenciarlo de la medicina tradicional).
- › Invertir tiempo y recursos para facilitar la comprensión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario, **informarlas** y recordarles sus **derechos** en materia de salud sexual y reproductiva. **Promover la confianza** entre pacientes y personal médico y sanitario para incentivar su regreso al centro sanitario cuando lo necesite.
- › Compartir con las mujeres senegalesas los porqués detrás de las recomendadas **visitas médicas periódicas a nivel prenatal**, disociándolas de la idea de visita=enfermedad.
- › Preguntarles sobre su **historia personal** para poder tener en cuenta, si se da el caso, los impactos sobre su salud física y mental del matrimonio infantil, la poligamia, la posible vivencia de violencias, el escaso recurso a mecanismos anticonceptivos (permiso del cónyuge, etc.) y consecuente posible prevalencia de ETS.
- › Informar sobre los requisitos de una **alimentación** adecuada durante el embarazo, poniendo el énfasis en el consumo de frutas y verduras crudas y proponer alternativas al consumo de huevo.
- › Enseñar a las mujeres a identificar los **síntomas de riesgo** durante el embarazo.
- › Durante el parto, ofrecer la posibilidad del **acompañamiento de otras mujeres** de la familia o amigas y no solo la del cónyuge. Para algunas mujeres, esto podría facilitar un clima de confianza y seguridad en el proceso.
- › Facilitar, si las mujeres lo desean, el acceso a la **"postura libre"** en el parto, ya que la postura recostada no es habitualmente adoptada en los partos a domicilio en Senegal.
- › Explicar que el **bebé no estará solo** en ningún momento, ofrecer seguridad en este aspecto.
- › Explicar los **beneficios del calostro** para el recién nacido/a, incluso el motivo de que sea amarillento y más espeso que la leche. Tratar que otra mujer de la familia, teniendo en cuenta las creencias que comparten, lo entienda y lo apoye, contribuirá a una mejor asimilación.
- › Preguntar a la madre si desea **realizar el baño** del o la recién nacida o no para no interferir con los ritos del bautismo, que ocurren al séptimo día de su nacimiento.
- › Plantear la posibilidad de realizar comidas con **carne halal**, pues todos los pacientes que procesan la religión musulmana, ya sean mujeres u hombres,



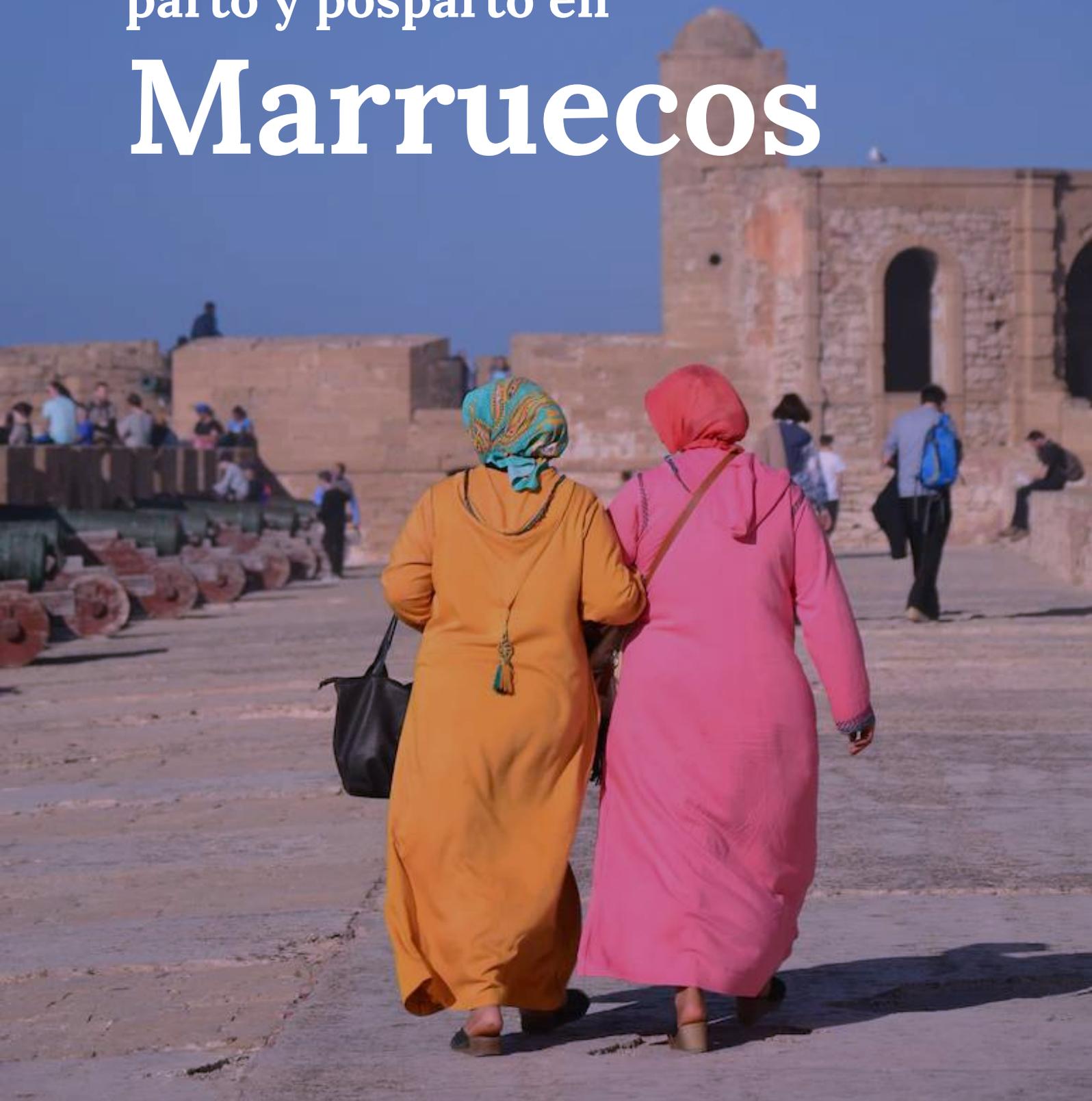


podrían beneficiarse de ello en el marco de su respectiva recuperación hospitalaria.

- › En busca de una mejora asistencial, promover una **formación en multiculturalidad y acompañamiento** al parto dirigido al conjunto del personal médico y sanitario que intervenga en el proceso para incrementar los niveles de conocimiento y comprensión sobre otras culturas, la senegalesa en particular.
- › Adaptar y flexibilizar en base al conocimiento disponible los **protocolos de actuación** en las unidades de parto.
- › Promover la figura de la **mediadora intercultural** para realizar un acompañamiento cercano y lograr sobrepasar la barrera lingüística.

Vivencias, creencias y  
prácticas de las mujeres  
durante el embarazo,  
parto y posparto en

# Marruecos



## 1.1 Marruecos en datos

**E**l Reino de Marruecos, situado en el extremo **noroeste del continente africano**, es el país más occidental de la región del Magreb. Limita al norte con el mar Mediterráneo y con España a una distancia de 14 kilómetros mediante el Estrecho de Gibraltar, al oeste con el océano Atlántico, al este con Argelia y al sur con Mauritania. Una parte del territorio de Sahara Occidental es administrada por Marruecos; el desierto del Sahara se extiende por gran parte del sur y el este del territorio nacional. El país cuenta con 1.835 kilómetros de costa. Tanto su litoral marítimo como el desierto y el macizo montañoso del Atlas determinan su configuración geográfica, su clima y sus recursos.

Marruecos es una **monarquía constitucional**, con legislatura bicameral y un sistema multipartidista con sufragio universal. Según el IEMED<sup>56</sup>, la democratización del régimen político marroquí se aceleró con el gobierno de alternancia (1998) y la sucesión dinástica (1999), a lo que se añadió la apertura del sistema electoral o la ampliación de la libertad de expresión. Sin embargo, el proceso sigue en marcha y la realidad es todavía prisionera de las prácticas del antiguo sistema.

Se trata de un **Estado oficialmente musulmán** (están prohibidos los partidos políticos y las enseñanzas contrarias al Islam; tanto el estatuto personal como el código de la familia se rigen jurídicamente por la sharía). El rey es jefe del Estado y de los creyentes (en un 99,9% de confesión musulmana). La Constitución garantiza la libertad de culto, pero no la libertad religiosa para los musulmanes y todavía mantiene desigualdades estructurales de género (como la falta de igualdad de las mujeres ante el derecho hereditario).

Sus dos **idiomas** oficiales son el árabe y el amazigh, que coexisten con el *dariya* o árabe marroquí y, dado su pasado colonial, con el español en las regiones del norte y el francés en el resto del territorio. Las lenguas bereberes, ahora reconocidas oficialmente, resistieron la intensa estigmatización de la que fueron objeto en el pasado y siguen plenamente vivas en las montañas y el campo: se trata de las lenguas bereberes del Atlas (con 12 o 13 millones de hablantes entre el tasselhit, el tamazight del Atlas Central, la lengua judeo-Berber, el Sanhaja de Srair y el Ghomari) y el Tarifit (rifeño, con entre 6 y 7 millones de hablantes). La constitución prevé, así mismo, una disposición relativa a la protección del hasaní (lengua vehicular en el Sahara Occidental) "como parte integrante de una identidad cultural marroquí unida"<sup>57</sup>.

56 *Gobernanza y apertura política en Marruecos*. Mohamed El Ayadi. Afkar/Ideas, IEMED, 2009.

57 Desde que España cedió el territorio del Sahara Occidental a Marruecos y Mauritania tras poner fin a su administración colonial, la disputa por el control o la independencia del Sahara Occidental continúa siendo una herida abierta. La República Árabe Saharaui Democrática (RASD) es reconocida por unos ochenta países, es miembro de la Unión Africana, pero cuenta con alrededor de 180.000 personas refugiadas en los campamentos radicados en torno a Tinduf, en el desierto argelino. Varias resoluciones de las NNUU dictaminan que la solución debe decidirse a través de un proceso de libre determinación por votación de sus habitantes que incluya la opción de la independencia. Sin embargo, casi cincuenta años después, años de lucha, de altos al fuego y la denuncia permanente de violaciones de derechos humanos en el territorio anexionado por Marruecos, la población saharauí sufre el inmovilismo político de la comunidad internacional, que con su silencio va otorgando cada vez más peso a las tesis marroquíes.

## Marruecos

Según la ONU<sup>58</sup>, la **población** de Marruecos ha alcanzado los 37,08 millones de personas en 2021 y se prevé que supere los 40 millones en 2030. La migración del campo a la ciudad no ha dejado de crecer en los últimos años. Actualmente más de 23 millones de habitantes se concentran en las zonas urbanas frente a los más 13 de millones de habitantes residentes en zonas rurales (HCP, 2022).

La **natalidad** descendió en el mundo durante y a consecuencia de la pandemia de la COVID 19. En ese contexto, Marruecos también registró un descenso de casi 100.000 nacimientos en 2020 en comparación con el año anterior. En el año 2021 se produjeron 650 892 nacimientos, lo que supone una tasa de natalidad<sup>59</sup> de 17,55. El número medio de hijos por mujer se sitúa en 2,33 (frente al 1,19 en España) aunque en las zonas rurales este índice es más alto.

No obstante, Marruecos ha experimentado **profundas transformaciones demográficas**, junto con cambios culturales, económicos y sociales en los últimos años. Concretamente, se ha logrado cristalizar una transición demográfica extremadamente rápida, pasando de 7,6 hijos por mujer de media en 1962<sup>60</sup> a 5,5 en 1982, a 2,5 en 2004 y 2,3 en 2021. Para contrastar el dato, se puede decir que Marruecos consiguió en 22 años lo que Francia tardó 160 años en lograr, aunque este descenso de la fecundidad se manifiesta de distintas maneras según la zona de residencia y la clase social<sup>61</sup>.

La **mortalidad materna y neonatal** en Marruecos estuvo estos últimos tiempos entre las prioridades de la agenda política nacional. Era muy elevada y persistente. Un avance significa-

tivo que ha contribuido a disminuirla (hasta en un 68% entre 1997 y 2018) es, según el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA), el incremento de la asistencia al parto por matronas profesionales (hasta el 89% en 2017). A pesar de la inversión realizada, sin embargo, en 2021 se cuenta con una proporción de una matrona por cada 23.700 habitantes, lo que es casi cinco veces inferior a la norma recomendada por la OMS de una matrona por cada 5.000 habitantes. Por otro lado, en la última encuesta realizada por el Ministerio de la Salud, se señalan como otros elementos clave en dichos resultados<sup>62</sup> la mejora del seguimiento del embarazo, el parto en un entorno supervisado y la mejora de la calidad de los cuidados. De hecho, la proporción de mujeres que se han beneficiado de consultas prenatales cualificadas aumentó en 11 puntos entre 2011 y 2018 hasta alcanzar el 88,4%.

En los últimos diez años las muertes maternas **han descendido un 68%**, mientras que el uso de anticonceptivos ha aumentado otro 68%; sin duda, estas cifras son grandes indicadores del trabajo de sensibilización e información realizado por el Estado y las ONGs, así como del apoyo brindado por las matronas, que han desempeñado un papel clave en la supervivencia de las madres.

Como consecuencia de ello, la mortalidad de menores de cinco años disminuyó un 27% entre 2011 y 2018, de 30,5 a 22,16 muertes por cada mil nacidos vivos. Lo mismo puede decirse de la mortalidad infantil, que descendió un 38%, de 28,8 a 18,0 muertes por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal registró una tasa de 13,56 por 1000 nacidos vivos, una disminución del 38% en comparación con 2011. Por su

58 *World Population Prospects 2022*. NNUU. Department of Economic and Social Affairs Population Division. Informe disponible aquí: <https://population.un.org/wpp/>

59 Tasa de natalidad: número de nacidos vivos durante el año por cada 1 000 personas.

60 Mghari, M. *Accroissement et structure de la population. Fécondité : Niveaux, tendances et déterminants*, 1997.

61 *La femme Marocaine en chiffres: 20 ans de progrès. Haut-Commissariat au Plan (HCP)*, 2020. Según los datos de este informe oficial, entre 1962 y 2004, en las zonas urbanas, la tasa de fecundidad se redujo en 5,2 hijos por mujer. En las zonas rurales, la tasa de fecundidad descendió en 3,8 hijos (de 6,9 hijos por mujer a 3,1). A continuación, se redujo del 2,1% en 2003 al 1,9% en 2020 en las zonas urbanas, mientras que en el mismo período cayó del 3,0% al 2,4% en las zonas rurales.

62 *Résultats de l'enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) 2017-2018*. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en coordination avec le Haut-Commissariat au Plan, et avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNICEF, l'UNFPA, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et la Ligue des États Arabes, 2018.



parte, el nivel de mortalidad materna ha disminuido significativamente, de 112 muertes por cada 100.000 nacidos vivos durante el período 2009-2010 a 72,6 durante el período 2015-2016, manteniéndose el dato hasta 2018 (lo que equivale a una reducción del 35%).

También es interesante indicar que, según los últimos datos de la OMS publicados en 2020, la **esperanza de vida al nacer** en Marruecos ha pasado de los 47 años en la década de los 70 a los 73 de media en 2020 (71,7 para los hombres y 74,3 para las mujeres). Aunque, la brecha entre la ciudad y el campo encuentra en este dato otra de sus manifestaciones, pues esta tasa varía según la región y el grupo social (son más longevos los habitantes de las ciudades que los de las aldeas), especialmente debido a un mayor acceso a la atención sanitaria.

Cabe destacar la apuesta clara del país por la **implementación y generalización del acceso al sistema sanitario contemporáneo**, a pesar de que las infraestructuras y los medios de que dispone Marruecos está aún lejos de la norma de la Organización Mundial de la Salud (que recomienda un baremo de 15,3 médicos por cada 10.000 habitantes). El sistema sanitario adolece de una cruel falta de recursos humanos. Según el Colegio de Médicos Marroquí<sup>63</sup>, a nivel nacional se cuenta en 2022 con 12.617 efectivos médicos públicos y con 14.386 efectivos médicos privados para una población de en torno a los 37 millones de habitantes. Los datos del Ministerio de Sanidad muestran, por otra parte, que hay 2.126 centros públicos de atención primaria, a saber, 847 centros de salud urbanos, 1.279 rurales y 152 hospitales en todo el país, con una capacidad de 25 440 camas<sup>64</sup>.

63 *Maroc en chiffres 2022*. Haut-Commissariat au Plan.

64 Zerrouk, L. *Carte sanitaire au Maroc : Ces chiffres à retenir...Aujourd'hui le Maroc*, 2021.

## Marruecos

A nivel social, el **paro**, especialmente entre la población más joven, también es objeto de preocupación desde hace tiempo para las autoridades de un país en el que la edad media de la población era de 29 años en 2021. Se han puesto en marcha sucesivos programas estratégicos de ayuda al empleo, acompañados de medidas ejecutivas, entre otras, orientadas a mejorar la inserción laboral de los jóvenes. Sin embargo, los datos muestran que son necesarios esfuerzos mayores. Por ello, en 2022 el ministro de Inclusión Económica, Pequeñas Empresas, Empleo y Competencias asignó, ante la Cámara de Representantes, un presupuesto provisional que supera en un 58% al del año 2021 para la Oficina de Formación Profesional y Promoción del Trabajo (OFPPT), la Agencia Nacional de Promoción del Empleo y las Competencias (Anapec) y el Fondo de Promoción del Empleo Juvenil<sup>65</sup>.

La **tasa de actividad**, según los datos publicados en 2022 por el HCP<sup>66</sup> es de 45,3% entre la población de 15 años y más (que, disgregados por sexos, corresponden a un 70,4% entre los hombres y un 20,9% entre las mujeres). La tasa global de desempleo el mismo año, por su parte, se eleva al 12,3% (la tasa de paro masculina es del 10,9% y la femenina del 16,8%). No obstante, si indagamos en la tasa de paro por franja de edad, el 46,7% de los jóvenes entre 15 y 24 años está en paro (57,3% en el caso de las mujeres y 42,2% en el caso de los hombres) y, en la franja de edad que comprende los 25 a 34 años, es del 25,9% (34,5% en el caso de las mujeres y 22,8% en el caso de los hombres). Por ello, la integración de estas jóvenes cohortes en el mercado laboral nacional es un reto notable. Sin embargo, en un contexto de precario equilibrio del merca-

do laboral (donde el salario medio es de 288,35 euros), la migración internacional ha desempeñado y sigue desempeñando un papel importante para aliviar la presión sobre el mercado laboral nacional, particularmente para los jóvenes licenciados<sup>67</sup>. Los flujos migratorios, por lo tanto, han continuado creciendo hacia Europa, pero con una redistribución hacia regiones alternativas a las europeas, como Norteamérica y, en menor medida, los países árabes<sup>68</sup>.

Según los resultados de la última encuesta oficial realizada en Marruecos sobre **migración internacional** entre los años 2018 a 2019<sup>69</sup>, el Alto Comisionado para la Planificación (HCP) estimó que el número de marroquíes residentes en el extranjero (MRE) se elevaba en ese momento a más de 5 millones de personas. En dicho informe se destaca que Marruecos, especialmente por la crisis financiera del 2008 y sus consecuencias, la "primavera árabe", las guerras en Oriente Próximo y la agitación política en el África subsahariana, se ha convertido, a su vez, en país de tránsito migratorio.

Cataluña, según Roque<sup>70</sup>, también ha sido tradicionalmente un territorio de migración que ha pasado de ser emisor a receptor (primero de otras regiones de la península y desde los años 1979-80 del extranjero). Los migrantes buscaban entonces en ella el cambio de lo rural a lo urbano y su incorporación a una sociedad industrial y de servicios, con una percepción de libertad y de apertura personal mayores a los de su lugar de procedencia. A raíz de la regularización llevada a cabo por el gobierno español en 1991, el colectivo marroquí se convierte ya en el más numeroso de Cataluña, lo cual ha permanecido invariable

65 *Emplois des jeunes : Le gouvernement met le paquet pour 2023*. Aujourd'hui le Maroc, 2022.

66 *Le Maroc en chiffres 2022*. Haut-Commissariat au Plan (Enquête nationale sur l'emploi).

67 Según los resultados de la encuesta realizada por el HCP sobre migración en 2020 (14), la intención de emigrar varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo y la región. Así, es mayor entre los hombres que entre las mujeres (28,6% frente a 17,7%) y del 40% entre los jóvenes (15-29 años). Esto quiere decir que alcanza a la cuarta parte de los jóvenes con estudios secundarios o superiores y se sitúa en el 40% entre los que tienen formación profesional. Asimismo, "la intención de emigrar sigue siendo alta para los desempleados no emigrantes (50,9%)", señala el informe, deduciendo que el empleo es la principal razón de la emigración juvenil, incluyendo el empleo y las condiciones laborales (60,3%), la educación y la formación (15,5%) y el nivel de vida (8,2%).

68 Según el mismo informe, Europa ocupa el primer lugar de destino de los emigrantes marroquíes (81,1%), con Francia, España e Italia como opciones mayoritarias. Le siguen los Estados Unidos, con un 9,2%.

69 *La migration internationale au Maroc. Résultats de l'Enquête Nationale sur la Migration Internationale 2018-2019*. Haut-Commissariat au Plan, 2020.

70 Roque, M-A. *Percepciones controvertidas: migración marroquí en Cataluña*. Institut Català d'Estudis Mediterranis (ICEM), 1994.



hasta ahora. Según el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat, 2021), en Cataluña residen un total de 238.192 personas de origen marroquí (de las cuales 132.572 son hombres y 105.620 son mujeres, que representan en su conjunto el 19,05% respecto del total de la población extranjera, seguida en segundo lugar por la población de origen rumano, equivalente al 7,01%)<sup>71</sup>.

En este contexto migratorio que se ha mantenido estable entre ambos territorios, y que se caracteriza mayoritariamente por el perfil de la **reagrupación familiar**, se constata que en Cataluña residen mujeres marroquíes de primera, segunda o tercera generación. Su integración en Cataluña, especialmente a partir de la escolarización de las niñas, es muy alta, y ello abarca la socialización respecto del sistema catalán de salud.

Según Roque (15), el **género** es un elemento identitario más central en las estrategias de inserción de las mujeres marroquíes que en las de los hombres migrados, por lo que se producen más cambios en los roles femeninos que en los masculinos una vez ya en la sociedad de acogida. Las mujeres marroquíes

en Cataluña, según la autora, se encuentran entre la tradición, la transgresión y el cambio. En ello tiene mucho que ver el estado civil, el nivel de estudios, la edad, el trabajo exterior remunerado y la presencia o no de hijos junto a la mujer. En el caso de la reagrupación familiar, se suele dar una organización familiar como la del origen, lo que tiende a circunscribir a las mujeres al ámbito doméstico; ello produce su aislamiento respecto de la sociedad receptora y por tanto dificulta el aprendizaje del idioma y las relaciones sociales. El **primer objetivo de estos proyectos migratorios** es mantener unida a la familia y no, en el caso de ellas, la obtención de un trabajo exterior remunerado (aunque luego lo realicen). Por otra parte, ellas, como "reagrupadas" dependen del permiso de residencia del cónyuge reagrupante para residir legalmente en España y, en caso de divorcio, quedan en situación de ilegalidad. Sin embargo, para las mujeres migradas solas, solteras o divorciadas, el trabajo exterior es el objetivo principal que motiva el proyecto migratorio y, en este caso, la inserción sociocultural, que suele apoyarse en redes de contacto femeninas, facilita los cambios respecto del rol femenino en origen.

<sup>71</sup> Población extranjera a 1 de enero. Instituto de Estadística de Cataluña. Gencat, 2021. Disponible aquí: <https://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?b=12&lang=es>

## Marruecos

### 1.2 La situación de las mujeres

La cuestión de **la igualdad de género en Marruecos** está condicionando la amplitud de los numerosos cambios que vive el país en el marco del crecimiento económico, el progreso social o las transiciones económica, demográfica, social y societal. Durante la revisión del informe de Marruecos ante el CEDAW en 2022, este elogió al país por muchas de las medidas adoptadas en favor de los derechos de las mujeres, pero se le recomendó acelerar la aplicación de la igualdad en todos los ámbitos. La brecha de género persiste y es manifiesta en diferentes campos:

La **integración de las mujeres en el mercado laboral** desempeña un papel clave en la mejora del nivel de vida en Marruecos. Tanto es así que aumentar su acceso a las oportunidades económicas daría un serio impulso al crecimiento del PIB per cápita: un 5% de media, en el periodo 2022-2035, según un análisis de género realizado por el Ministerio de Economía y Hacienda. Según el Alto Comisionado de la Planificación<sup>72</sup> las mujeres se ven representadas en la economía nacional a través de demanda de una mano de obra aún poco diversificada. Están predominantemente presentes en la agricultura (31% de los trabajadores asalariados), con una escasa presencia de la industria (12%). La oferta de trabajo, a su vez, se ve confrontada a una población activa femenina poco cualificada (el 53% de las trabajadoras asalariadas no tiene diploma, el 31% tiene un diploma medio y el 16% un diploma superior). Mientras que dos hombres de cada tres están activos, solo lo está una mujer de cada seis. Y, aunque las tasas de paro aumentan con el nivel de estudios para ambos sexos, la situación de las mujeres es mucho más problemática, sobre todo en el caso de las mujeres con estudios superiores, que tienen grandes dificultades para encontrar empleo (33% frente al 22% de los hombres). Por ello, el gobierno marroquí ha manifestado su compromiso para adoptar una política glo-



bal para aumentar la tasa de actividad femenina del 20% actual a más del 30% en 2026<sup>73</sup>.

A **nivel legislativo**, con la reforma del Código de la familia o de la Mudawana en 2004, el rey Mohamed V impulsó una serie de medidas encaminadas al reconocimiento del papel de las mujeres y a ciertas formas de emancipación dirigidas a ellas. En vigor desde 1958, el texto del derecho de la familia se consideraba hasta entonces un texto inalterable y sagrado, puesto que inspirado en la jurisprudencia islámica: la *Charia*<sup>74</sup>. Gracias a una **sociedad civil dinámica y comprometida**, la emblemática reforma fue aprobada en medio de intensos debates sociopolíticos como un acontecimiento histórico que marcó una ruptura definitiva con la política llevada a cabo por Hassan II. Algunas de las demandas del movimiento feminista marroquí,

72 Discurso del Sr. Ahmed Lahlimi Alami, Alto Comisionado para la Planificación, en el encuentro organizado con motivo del Día Internacional de la Mujer, bajo el lema: "La igualdad de género, un imperativo para el desarrollo sostenible", 2022.

73 Droits des femmes, malgré des avancées des blocages persistents. Maroc Diplomatie, 2022.

74 Murgue, B. *La Moudawana : les dessous d'une réforme sans précédent*, Les Cahiers de l'Orient, vol. 102, no. 2, 2011, pp. 15-29.



sin embargo, quedaron en el tintero<sup>75</sup>. Posteriormente, en el contexto de la última reforma constitucional (2011), se introdujo la prohibición de toda forma de discriminación y se llevaron a cabo otras reformas legislativas que han sido un paso importante para abordar las cuestiones de género, como las reformas del Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la Ley contra la Violencia de Género<sup>76</sup>, la Ley de Lucha contra la Trata de Seres Humanos y la Ley de Protección de los Trabajadores y las Trabajadoras Domésticas. De este modo, considerando la lucha contra la desigualdad de género como un factor de desarrollo y cohesión social y, a la luz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio primero, y del objetivo 5□ relativo a la igualdad de género de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-

2030 de la ONU después, Marruecos impulsó una mejora de los derechos de las mujeres. No obstante, según la CEDAW, queda pendiente la mejora del **acceso de las mujeres a la justicia**.

En opinión de Murgue, B. (74), la **Mudawana** representa la consagración de la **mujer marroquí como persona de pleno derecho**. El nuevo código del estatuto personal promueve la igualdad entre los cónyuges en la gestión del hogar, a través de su corresponsabilidad en el seno de la familia y, por la misma razón, elimina el concepto de hombre cabeza de familia. Además, facilita el derecho de las mujeres a solicitar el divorcio, pues con anterioridad, los hombres podían ejercer el derecho al repudio y las mujeres se enfrentaban a múltiples difi-

75 Según la Asociación Democrática de Mujeres de Marruecos (ADFM), "la Mudawana continúa siendo fiel a los paradigmas tradicionales, en particular la "Qiwamah" (prevalencia) del hombre, que le confiere un estatuto superior con varios derechos y prerrogativas, y a la familia patriarcal, claramente representada por la ley sobre la poligamia, la división de los bienes en caso de divorcio y en el derecho de sucesiones". *Moudawana : Déconstruire les rapports traditionnels hommes-femmes dans la vie privée*. Kamal, H. L'Observateur, 2022.

76 La Ley nº 103.13 para combatir la violencia contra las mujeres, que entró en vigor en septiembre de 2018, tiene como objetivo brindar protección jurídica a las mujeres víctimas de violencia, a través de cuatro dimensiones para garantizar la prevención, la protección, la lucha contra la impunidad y la atención de calidad.

## Marruecos

cultades jurídicas para iniciar el procedimiento; se incluye la posibilidad de divorciarse por desacuerdo; la fijación de la edad mínima para contraer matrimonio en los 18 años, tanto para niños como para niñas; y la abolición de la tutela de las mujeres mayores de edad, permitiéndoles casarse sin el consentimiento de un tutor o la autorización, en materia de sucesiones, para que los nietos por parte de hija heredaran de su abuelo del mismo modo que los nietos por parte de hijo. Esto constituyó una innovación en la legislación marroquí e incluso en relación con la ley islámica. Así mismo, se reconoció por primera vez el derecho de un hijo ilegítimo al reconocimiento de su **paternidad en caso de que haya nacido fuera del matrimonio** por causa de fuerza mayor, ampliando el alcance de las pruebas legales que deben presentarse al juez. Anteriormente, la norma establecía el no reconocimiento sistemático del hijo nacido fuera del enlace matrimonial.

Estas fueron algunas de las medidas que en su momento supusieron un proceso promotor, a pesar de que, tal y como denuncia el movimiento feminista, en el último de sus artículos (400), se dictamina que los jueces deberán inspirarse en el **rito malekita** cuando la norma jurídica escrita sea inexistente, incompleta o imprecisa, en vez de tener que guiarse por la Constitución, la CEDAW y la Convención De los Derechos del Niño, así como por otros tratados internacionales de derechos humanos. Por este flanco, se da margen a una lectura más conservadora de los textos legales.

Algunos **datos indicativos acerca de la posición de las mujeres** en la sociedad marroquí<sup>77</sup>:

- › La proporción de mujeres **ministras** es del 24,3% (2021). Marruecos ocupa el puesto 123 de 153 países en cuanto a participación política de las mujeres, que siguen estando infrarrepresentadas en los cargos políticos regionales, locales y federales.
- › La mayoría de las mujeres **de 15 años o más** están **casadas** (57,8%), el 28,1% son solteras, el 3,3% divorciadas y el 10,8% viudas.
- › La tasa de **prevalencia de la violencia contra las mujeres** se eleva al 56,5% en mujeres con una edad comprendida entre los 18 y los 64 años (2019).
- › La proporción de mujeres **inscritas en institutos y escuelas superiores** es del 57,4% (2020). En zonas urbanas, El 90,5% de las niñas de entre 15 y 17 años estaban matriculadas, aunque, en **zonas rurales, el 39,2%**. Por el contrario, en zonas urbanas el 85,7% de los chicos del mismo grupo de edad estaban matriculados, y en zonas rurales, el 50,5%.
- › La **tasa de alfabetización femenina** en Marruecos es del 53,9% en 2019, por lo que el 46,1% de las mujeres no han tenido la oportunidad de aprender a leer o escribir<sup>78</sup>. El analfabetismo de las mujeres y niñas en las zonas rurales es uno de los problemas que preocupan y que fueron señalados por la CEDAW durante el análisis del último informe presentado por el país en 2022.
- › El 58% de las mujeres siguen estando atrapadas en la **economía doméstica** (2022).
- › La **tasa de actividad de las mujeres** sigue siendo una de las más bajas del mundo a pesar de un PIB per cápita más alto, una tasa de fecundidad más baja y un mejor acceso a la educación. Con una tasa del 21,6% en 2018, el 78,4% de las mujeres marroquíes de entre 15 y 65 años no forman parte de la población activa ni buscan trabajo<sup>79</sup>.
- › A pesar de los avances, el **trabajo de los niños y niñas** sigue siendo preocupante en Marruecos. Una encuesta nacional<sup>80</sup> estimaba en 2010 que entre 60.000 y 80.000 niñas menores de 15 años eran explotadas como empleadas domésticas, a menudo mediante explotación sexual (la dramática realidad de las llamadas *petites bonnes*). En 2020, el HCP confirmaba la evolución a la baja del trabajo infantil en el país, al estimar<sup>81</sup> en

77 *Genre, prise de décision et violence à l'égard des femmes*. Haut-Commissariat au Plan, 2022.

78 *La femme marocaine en chiffres : 20 ans de progrès*. Haut-Commissariat au Plan, 2020.

79 *Maroc : comprendre la faible participation des femmes à la vie active*. Banque Mondiale, 2021.

80 *Enquête nationale menée par le Collectif pour l'éradication du travail des «petites bonnes»*, 2010.

81 *Enquête Nationale de l'emploi*. Haut-Commissariat au Plan, 2020.

147.000 el total de niños económicamente activos, el 81% de ellos y ellas rurales, entre los cuales el 21% son niñas entre los 7 y los 17 años que, mayoritariamente, trabajan en la agricultura o como ayuda doméstica<sup>82</sup>.

- › El **matrimonio infantil** sigue dándose en Marruecos, donde el Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>83</sup> lo sitúa en el 14% de los matrimonios en 2020. Además, la tasa de natalidad adolescente (que mide el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) es del 19 por mil.

Durante la última revisión del **informe sobre igualdad de género en Marruecos ante la CEDAW**<sup>84</sup>, se destacó estos otros factores:

- › La existencia de la **poligamia** (respecto a la cual la delegación marroquí defiende que, al redactar el contrato matrimonial, cualquier mujer puede estipular su negativa a la misma).
- › La legislación marroquí sigue **sin tipificar como delito la violación marital** (aunque la violación de un hombre a una mujer -supuestamente no casados- está tipificada como infracción en el artículo 486 del Código Penal marroquí) o el feminicidio.
- › Faltan **definiciones claras de violencia doméstica**.
- › La ley 27-14 de lucha contra la **trata de seres humanos** penaliza toda explotación de personas en la pornografía, el turismo sexual y el trabajo forzado. Pero en la práctica, la protección de las víctimas no cumple esta norma, a la falta de un mecanismo de derivación y de centros de acogida específicos para las víctimas de la trata. La delegación marroquí responde a esta cuestión que existe el derecho a una indemnización

y la asistencia letrada, además de líneas telefónicas y otras plataformas electrónicas que permiten a las víctimas acceder a las prestaciones en coordinación con los servicios médicos.

- › También preocupan las dificultades de las mujeres rurales para **acceder a los servicios sanitarios** y el hecho de que muchas de ellas no estén cubiertas por un **seguro médico**.
- › Se solicita la derogación de la disposición que penaliza las **relaciones sexuales fuera del matrimonio**.
- › También se señala que el juez puede autorizar el **matrimonio de menores**, lo cual actúa en contra de la voluntad por disminuir su prevalencia.
- › Por último, se preguntó a la delegación si Marruecos estaba considerando la posibilidad de liberalizar la legislación sobre el **aborto**. A esto la delegación responde que el aborto está permitido en caso de incesto, violación o malformación del feto, con el fin de preservar la salud de la madre (aunque sigue siendo un tabú e inaccesible para la mayoría).

Cabe señalar finalmente el poder que ejercen los **medios de comunicación** en torno al mensaje de subordinación *debida* de las mujeres. Según Charfi (30), los canales de televisión por satélite, en su mayoría propiedad de los capitales petroleros, destilan constantemente el **Islam rigorista**, ritualista y retrógrado wahabí que, por desgracia, inculca a las mujeres musulmanas creencias como que no pueden ser buenas musulmanas si no se cubren el cabello, si dejan que se les transparente la más mínima parte del cuerpo o si no obedecen ciegamente todos los caprichos de su marido<sup>85</sup>. El **wahabismo** también se ha

82 Una ley que entró en vigor en 2018 regula el sector del servicio doméstico, ya que hasta el momento el empleo de niñas domésticas escapaba a todo marco normativo. Las nuevas disposiciones legales indican que todos las y los trabajadores domésticos deben tener al menos 18 años (la mayoría de edad en Marruecos) para poder firmar el contrato de trabajo obligatorio que le vincula a su empleador. La o el empleado tiene derecho a un salario mínimo garantizado de 1.542 dirhams (139 euros) al mes, una jornada laboral semanal limitada a 48 horas, un día de descanso semanal (24 horas consecutivas) y vacaciones pagadas. Sin embargo, su aplicación en la práctica ha de ser objeto de seguimiento. *Exploitées, parfois maltraitées, les "petites bonnes" du Maroc ont enfin des droits*. La libre Afrique, 2018.

83 *Comprendre l'imperceptible : Agir pour résoudre la crise oubliée des grossesses non intentionnelles*. Bureau du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), 2022.

84 *Examen du rapport du Maroc devant le CEDAW*. Haut-Commissariat des NNUU – Droits de l'Homme, 2022. Acceso a informe completo aquí: <https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2022/06/experts-committee-elimination-discrimination-against-women-praise-morocco>

85 Charfi, Abdelmajid. *Magreb/Mashrek: una religión, dos religiosidades*. Afkar/Ideas n°19, Co-edition with Estudios de Política Exterior, 2008.

## Marruecos

introducido en los discursos de algunos imanes y es ya un innegable *soft power* que ejerce su influencia, entre otros, con el objetivo de **perpetuar el rol tradicional de las mujeres**. Como consecuencia, entre otros, el porte del *hiyab* es ahora mayoritario. Aunque se trate de una cuestión profunda y compleja, en la que

se entrecruzan afectos, emociones, sentidos identitarios y un sentido de pertenencia comunitario, en ocasiones su uso por parte de las más jóvenes se justifica, en privado, como una forma de evitar la presión familiar y de la calle, antes de como una convicción real.

### 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea

En la sociedad marroquí, la salud y la enfermedad tienen un **significado** ciertamente **religioso**, aunque las concepciones concretas que tenga cada uno/a dependen muy especialmente de su nivel de estudios.

“ *La gente dice que Dios nos da la salud; que si estamos sanos es gracias a una bendición de Dios. Y que, cuando estamos enfermos, estamos frente a una prueba de Dios para ejercitar nuestra paciencia. Es el Ibtilaa.*

(Essadiqi)

En árabe se dice que **la prueba del creyente** es el *Ibtila*. Este término es recogido en 37 veces en el Corán. La prueba no es percibida como una sanción o castigo divino, sino que se entiende que las pruebas son parte de la vida y nadie puede escapar a ello. Un *hadiz* afirma:

“ *La grandeza de la recompensa va de la mano de la grandeza de la prueba.*

Las generaciones más jóvenes, especialmente en el ámbito urbano, ahora entienden la salud y la enfermedad como un resultado **derivado en parte de nuestra responsabilidad** (en función de nuestro estilo de vida, nuestra alimentación, si hacemos deporte o no, etc.) y de la polución ambiental entre otras causas científicamente probadas y conocidas. A mayor nivel de estudios, mayor asimilación de la salud con la forma en que nos cuidamos. Aun así, en el lenguaje popular sigue estando presente la referencia a Dios en la salud y la enfermedad.

A pesar de la influencia que ejerce la creencia religiosa en la concepción de la salud y la enfermedad, la población en general **confía en el sistema sanitario**, aunque con reservas, debido a las deficiencias ya citadas. Los bajos niveles de educación, la falta de concienciación, el peso del patriarcado y la pobreza repercuten directamente en la salud de las mujeres, que se enfrentan a diversas barreras espaciales, económicas, sociales y culturales.

Por ello, el uso de la **medicina tradicional** está ampliamente integrado en la vida de la población a través de la gran presencia de las farmacias tradicionales. El recurso a las plantas medicinales es muy común en el tratamiento de cualquier dolencia y en general, la creencia en el potencial sanador de las plantas es compartida. Por consiguiente, frente a la enfermedad, según Essadiqi:

“ Las personas optaran en primer lugar, si pueden, por acudir a la medicina moderna, aunque esto depende de la edad, los recursos económicos de cada cual y del entorno rural o urbano. En paralelo, recurrirá a la medicina tradicional y, si alguien no tiene recursos, optara sólo por esta última.

(Essadiqi)

Porque, como decíamos, no toda la población del país tiene aún acceso a la **seguridad social** a pesar de que en 2011 la reforma constitucional introduce la salud como derecho de todo ciudadano/a. La reciente reforma del régimen sanitario público, el AMO, se encuentra **en proceso de implementación** y encuentra dificultades para identificar e incluir en su registro, especialmente, a los trabajadores informales y autónomos. Por otra parte, el recurso a la medicina contemporánea en Marruecos sigue supeditado a otros dos obstáculos relacionados con el acceso a la salud:

› En primer lugar, la **red sanitaria** es todavía **deficiente** en las regiones preponderantemente rurales en las que la mayoría de la población no tiene vehículo propio y las distancias territoriales pueden ser amplias; esto implica tener que afrontar una serie de obstáculos en el acceso a la salud.

- › En segundo lugar, la red sanitaria, en ciertos ámbitos y supuestos, requiere de un **pago** por adelantado<sup>86</sup> y, aunque su uso es la primera opción en el entorno urbano, ello depende en gran medida de los recursos de que disponga cada persona.
- › Cabe destacar que en Marruecos existe una fuerte tendencia a la **migración del campo hacia la ciudad**; ello genera una elevada concentración de la población en las ciudades, en las que el cordón de las llamadas “periferias”, es cada vez mayor. En estas zonas se instalan las personas en situación de mayor vulnerabilidad, generalmente trabajadores/as informales y personas en riesgo de exclusión que, por motivos económicos, hasta ahora tampoco han podido optar libremente a este recurso.
- › La **falta de concienciación** entre las mujeres sobre la necesidad de atención y asistencia médica no solo se debe a la infravaloración de su salud y la falta de sensibilización al respecto, sino también a que existe un enorme déficit de centros sanitarios públicos en el país. La escasez de centros de atención sanitaria básica y su inaccesibilidad física penalizan injustamente a los habitantes de las **zonas rurales**. Algunas regiones ni siquiera tienen clínicas. A ello se añade la falta de recursos humanos, su escasa cualificación y su desigual distribución por el territorio.
- › El sistema sanitario ha sido hasta ahora incapaz de garantizar la generalización de su oferta de **atención sanitaria reproductiva para las mujeres**<sup>87</sup>.

86 Instaurado en el año 2002, el régimen público de salud, el AMO, es obligatorio para todos los y las asalariados del sector público y privado en Marruecos, abarca los familiares a cargo y es la empresa quien debe registrar al o la trabajadora en la Caja Nacional de la Seguridad Social (CNSS), lo cual ocasiona, a veces, situaciones irregulares. A partir de la reforma de 2022, la cobertura del AMO es reforzada buscando llegar a ser universal, y pasa de los 8 millones de beneficiarios a los 23 millones, aunque mantiene ciertas limitaciones: cobertura del 70% al 90% de los procedimientos médicos generales y especialidades médicas y quirúrgicas; cuidados relacionados con el embarazo, análisis de biología médica, radiología e imagen médica; atención paramédica; cuidados ópticos y medicamentos sobre la base del precio del medicamento genérico más caro. Sin embargo, el o la paciente es responsable de adelantar los gastos médicos; tiene derecho a un solo reembolso al mes; para ser válida, la solicitud debe presentarse en los dos meses siguientes al primer día de tratamiento; el tratamiento odontológico no está cubierto; La calidad de la asistencia en el sector público es muy desigual y los hospitales públicos carecen de médicos y equipos suficientes.

87 Asif, L. *Le combat des sages-femmes au Maroc*. Mediterranean Network for Feminist Information (MedFemiNiswiya), 2021.

## Marruecos



### 1.4 Concepción de la maternidad, la infertilidad y el aborto

58

Según Mezgueldi<sup>88</sup>, la **maternidad** en Marruecos es considerada un paso necesario, una **condición y un fin en sí mismo**. Le permite a las mujeres tener un lugar en la familia y en la sociedad y, por tanto, tener un estatus. La maternidad se plantea como una especie de legitimación de la identidad social femenina y refuerza su estatus de mujer-madre, el único estatus socialmente reconocido, el de esposa-madre, porque esa es la finalidad del matrimonio: tener hijos y sobre todo varones.

“

*Antes, si sólo tenías hijas, los hombres se ponían furiosos. Ahora ya se sabe que el sexo del bebé lo da el padre y entonces este tipo de críticas ya no se hacen tanto.*

**(Messouab)**

Siguiendo a Mezgueldi, tradicionalmente el **matrimonio** no se concibe como la consa-

88 Mezgueldi, Z. *La maternité dans la littérature féminine au Maroc*, Lectora, 14: 51-63. ISSN : 1136-5781 D.L. 395-1995 (2008).

gración de una pareja, sino como un medio, para los hombres, de ampliación de la familia patrilínea y, en el caso de las mujeres, como un paso hacia la maternidad, la principal obligación de la relación marital. A ello se añade también la dimensión religiosa de la maternidad en la cultura marroquí y el carácter sagrado de las madres en el Islam:

“Toma los pies de tu madre, puesto que el Paraíso se encuentra bajo sus pies”  
(Suiûtî, “Musnad Fâtimah”, p. 116: Hadiz Nº 271)

Generalmente, la maternidad es vivida positivamente por las mujeres y dada su relevancia tanto religiosa como a ojos de la sociedad, cuando se comunica la noticia, se celebra en familia y con todo su entorno, como un acontecimiento social importante.

Sin embargo, la maternidad concebida como una **obligación ante el cónyuge, la familia, la sociedad y Dios** puede ser vivida por algunas mujeres como una imposición o requerimiento no elegido. La decisión de no casarse y no tener hijos, puede conllevar consecuencias pesadas para la vida de las mujeres en función del entorno socio-familiar en el que se encuentren. De hecho, si bien la maternidad es considerada religiosa y socialmente como la realización y el desarrollo de la mujer, hoy a menudo se presenta en la literatura como la subyugación de la mujer por la sociedad y la cultura (Mezgueldi) y ya no son tan marginales las mujeres que deciden estructurar sus vidas de otro modo.

Por otra parte, las mujeres que se quedan **embarazadas fuera del matrimonio o ni-kâh** son objeto de repudia social debido al delito de *zinâ* (fornicación, adulterio). Pero

es, exclusivamente sobre las mujeres, sobre quienes recae la norma y la represión, porque la transgresión se hace visible a través del embarazo y del parto. La evolución del tratamiento social de las mujeres que dan a luz fuera del marco del matrimonio da testimonio de su contingencia en un contexto moral, político, social y económico y, en particular, de su imbricación con lo real y lo imaginario de la filiación<sup>89</sup>.

En Marruecos, donde las **relaciones extraconyugales y el aborto están prohibidos** y son motivo de prisión firme, cada año nacen 55.000 bebés fuera del matrimonio<sup>90</sup>. Ya sea a consecuencia de una relación con su pareja habitual durante el noviazgo o víctima de violación, el aborto es penado y las mujeres que se encuentran en estado de gestación fuera del matrimonio, son repudiadas por la familia y humilladas por la sociedad. Las **madres solteras**, consideradas como “prostitutas”, pierden sus empleos, encuentran dificultades para encontrar vivienda y obtener los recursos necesarios para subvenir a sus necesidades y las de su hijo/a. Sin salida, aisladas, coaccionadas y bajo una gran presión, encuentran dificultades, a veces, para establecer un **vínculo materno-filial** positivo con el bebé. Otras, por miedo a la represión de sus familias o de las autoridades, deciden abandonar al bebé nada más nacer, o suicidarse. Según la asociación Insaf<sup>91</sup>, 24 niños son abandonados cada día en el país. Según su presidenta, la mayoría de ellas creyeron en una promesa de matrimonio que no llegó o fueron violadas y, una vez que se quedaron embarazadas, se vieron abandonadas a su suerte, aterrorizadas.

Como citábamos antes, en Marruecos el **aborto** es ilegal y un verdadero **tabú** social. Una comisión creada por el rey Mohammed VI recomendó ya en 2015 que se permitiera el aborto en “determinados casos de fuerza mayor”, como violación, incesto, malfor-

89 Sechter-Funk, I. *La maternité célibataire au Maroc, entre normes et pratiques* In: *Le Maroc au présent: D'une époque à l'autre, une société en mutation* [en ligne]. Casablanca : Centre Jacques-Berque, 2015. Disponible sur Internet: <https://doi.org/10.4000/books.cjb.1052>

90 Kadiri, G. *Etre mère célibataire au Maroc, un long calvaire*. Le Monde, 2018.

91 Institución Nacional de Solidaridad con las Mujeres en Dificultad. Fundada en 1999 en Casablanca, mantiene casas de acogida para madres solteras, al igual que la Asociación 100% Mamans en Tánger.

## Marruecos

mación fetal y discapacidad mental. Pero la voluntad política ha faltado a su cita con las mujeres y no se ha avanzado nada desde entonces. Las mujeres que abortan clandestinamente son pasibles de seis meses a dos años de cárcel y las personas que los practican pueden ser encarceladas hasta por cinco años. Sin embargo, ONGs locales calculan que actualmente se podría estar practicando entre 600 y 800 abortos clandestinos diarios<sup>92</sup>. Por ello, en lo que respecta a los embarazos no deseados, las mujeres se ven constreñidas por la discreción y más abocadas a recurrir a la medicina tradicional y a la compra clandestina de medicamentos ilegales en el país. Según Essadiqi:

“ Si una mujer busca abortar, va a la herboristería. Dice que está embarazada y pregunta qué plantas no debe consumir bajo ningún concepto. Luego va a otra herboristería y pide, precisamente, esas plantas. Y se las administra. Otras mujeres hablan de un medicamento de venta ilegal en Marruecos, que mezclan con coca-cola.

el *arrar* o cedro bereber, considerado un abortivo peligroso. Las mujeres, ante un embarazo forzado, no deseado, intentan adquirirlas y mezclarlas para abortar.

“ Pero en cada lugar se sabe qué médicos realizan abortos. El problema para la mayoría, es tener el dinero para pagarles. ¡Un aborto cuesta, como mínimo, 3.000 DH<sup>93</sup>!.  
(Essadiqi)

Al ser el aborto una cuestión ilegal, no existe para esta situación la posibilidad del recurso al perfil de la curandera.

“ Las mujeres buscan soluciones solas. La curandera es conocida y a su vez conoce a todo el mundo. Sería un riesgo acudir a ella.  
(Essadiqi)

Por el contrario, en el caso de **infertilidad**, aunque se recurra a la medicina contemporánea, algunas mujeres siguen yendo, en paralelo, a consultar a la vidente o *chouafaa*. La imposibilidad de tener hijos, en Marruecos, es generalmente algo dramático y estigmatizante para las mujeres. Según Essadiqi, las parejas se casan principalmente para tener hijos. Si al cabo de un año del matrimonio la mujer no se queda embarazada, empieza a caer sobre ella la presión social. Las familias, amigos, vecinos, todos comienzan a preguntarse qué puede estar pasando y, generalmente, se responsabiliza a la mujer. Todos querrán darle consejos, soluciones, orientarla (qué hacer, qué comer, como masajearse el vientre, qué rituales realizar, qué tomar para tener más “energía sexual”, etc.)

Las plantas a las que se refiere Essadiqi, son el *msajin*, una mezcla de hierbas considerada muy potente y utilizada para “buscar” el embarazo. Precisamente por su fuerza, los médicos tradicionales creen que su uso no es apto durante el primer trimestre del embarazo, pues puede causar la pérdida del bebé. Así mismo la artemisia es considerada abortiva y neurotóxica, consumida en fuertes dosis. Una alternativa es la cocción de raíz de aristolochia o *berezatum*, que tomada en grandes dosis puede ser tóxica y se utiliza para provocar el aborto en las mujeres, la nigella o *sanûj*, finalmente o

92 Maroc : la législation de l'avortement reste lointaine. Africanews. Déc. 2022.

93 3.000 dirhams equivalen a aproximadamente 300 euros en función de la variación del tipo de cambio y es, prácticamente, un salario mensual promedio en Marruecos. Para una chica joven, esta cantidad puede ser muy difícil de conseguir sin levantar sospechas a su alrededor.

“ *La infertilidad de las mujeres se aborda con compasión. Pobrecita, meskina, no puede tener hijos -dice la gente-. Sin embargo, en el caso de los hombres es considerada una vergüenza, hchouma. No se puede admitir que un hombre es infértil. La mayoría de los hombres no quieren ni saberlo.* (Essadiqi)

En el caso de los hombres, la **esterilidad** se asocia a la idea de la **hombría fracasada** y, por ello, se intenta silenciar, dejando que la duda recaiga sistemáticamente sobre las mujeres. La reacción de las familias respecto a la infertilidad, por su parte, puede ser más dura y no es la misma, según Essadiqi, si afecta a las mujeres o a los hombres.

“ *Si una mujer no puede tener hijos, la familia política aconsejará a su marido que la deje ir, que se case de nuevo. Sin embargo, si es el hombre el que no puede tener hijos, a ella su familia le aconsejará que no lo abandone por eso, que le acompañe en la vida a pesar de todo.*

Para tratar la infertilidad sigue siendo también usual el recurso a las **curanderas**. Aunque siempre que se pueda y dada la importancia que tiene la maternidad en Marruecos, la primera opción será el recurso a los análisis y tratamientos clínicos, todas las curanderas tienen sus formas de tratar la infertilidad y, a ellas, se les paga con lo que se les pueda dar (lo cual resulta más accesible para las per-

sonas con menos recursos). Las curanderas realizan, por ejemplo, masajes para tratar de “subir el útero y las trompas de Falopio”. También preparan soluciones medicinales para beber, a base de plantas y siguiendo un ritual específico, como beberlo antes del alba y del rezo o antes de dormir. En las farmacias tradicionales, a las mujeres, ante la infertilidad, se les recomienda tomar hibisco o *qrqadil* y el *hab rachad* o semillas de berro de Alenoi para tener más “energía sexual”. A los hombres, se les propone tomar infusiones de *shej* o artemisa, puesto que se cree que ayudara a mejorar la calidad de su esperma.

Algunas personas creen que no pueden tener hijos porque les han realizado un “bloqueo”. Es el **tqaf**. Se trata de un procedimiento de magia con escrituras del Corán y un ritual particular para que un hombre, o una mujer, no pueda tener relaciones sexuales con otra persona o no pueda tener hijos en el futuro.

“ *El tqaf es cada vez más minoritario, pero quienes piden realizarlo, lo hacen por enfado o envidia. Por ejemplo, si un chico está muy enamorado de una chica que decide casarse con otro, este va a al Fqé y le pide que le haga un Tqaf para que no pueda tener buenas relaciones con su futuro marido, o no puedan tener hijos juntos.* (Messouab)

Solo el **taleb** puede quitar un **tqaf**. Maestros del conocimiento coránico, se supone que los *fuqaha* o *taleb* sólo utilizan el Corán para curar enfermedades, pero en realidad, la mayoría de ellos también recurren a la brujería<sup>94</sup>.

94 RADI, S. Chapitre V. Les fuqaha In : *Surnaturel et société : L'explication magique de la maladie et du malheur à Khénifra, Maroc* [en ligne]. Rabat : Centre Jacques-Berque, 2013. Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cjb/485>>. ISBN : 9791092046137. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.cjb.485>

## Marruecos



62

En Marruecos persiste la **creencia en el Aïn (mal de ojo), el Tkaf (bloqueo) y el S'hour (brujería)**, que pueden darse por separado o simultáneamente. Son formas de explicar los problemas individuales o familiares que implican lo sobrenatural y la brujería y aunque, según la informante clave para esta comunidad, Essadiqi, estas creencias sean cada vez menos mayoritarias, persisten porque están presentes en el Corán.

En cuanto al **tratamiento médico de la infertilidad**, en 2021 la Sociedad Marroquí de Medicina Reproductiva y Fetal (SMMR)<sup>95</sup> acogía con satisfacción la decisión del Ministerio de Sanidad de incluir determinados medicamentos terapéuticos indicados para ello en la lista de medicamentos sujetos a reembolso en el marco del Seguro Obligatorio de Enfer-

medad (AMO). Este hecho facilitará de ahora en adelante a muchos pacientes el acceso a la atención sanitaria en este ámbito, puesto que el coste de los tratamientos es muy elevado y no dejaba muchas posibilidades a las parejas con menos recursos. Esta iniciativa es una consecuencia lógica de la Ley 47-14 que regula la reproducción médicamente asistida (RMA), que reconoce la infertilidad como una patología. Se calcula que podría beneficiar a 1,75 millones de personas, pues según una encuesta del SMMR, el 11,8% de las parejas marroquíes tienen dificultades para concebir, es decir, más de 850.000 parejas. En este sentido, esta decisión representa un avance considerable en la gestión de la infertilidad y la procreación médicamente asistida.

95 G.A. Maroc : des médicaments contre l'infertilité remboursés. Bladi.net, 2021.

## 1.5 Cuidados y acompañamiento sociofamiliar que reciben las mujeres

Al igual que las mujeres senegalesas, las mujeres marroquíes (también mayoritariamente de confesión musulmana) toman muchas precauciones para preservar su salud y la del bebé que esperan hasta el final del embarazo. Según Harrami<sup>96</sup>, la **representación de la vida fetal** en Marruecos se remonta a las primeras décadas de este siglo y se admite que la vida fetal es otra, preliminar, que no es ajena a la vida subterránea de los genios o de los muertos. Se cree que es un ángel quien da forma al niño en el vientre de la madre. Cuando termina su trabajo, cuando todos los órganos están formados, el ángel escribe su destino en la frente del niño.

En ambos países se entiende que las mujeres, durante el embarazo, tienen un **vínculo más cercano con los espíritus** y, por ello, desde el primer momento están presentes la precaución y la **protección** espiritual. Esto empieza por no anunciar el embarazo hasta que este sea o esté avanzado, renunciar a salir de noche o evitar las emociones fuertes, portando amuletos protectores como la "mano de la Fatma" o *khmissa*.

“ *No se comparte la información del embarazo por miedo al mal de ojo. Se cree que si la mujer lo cuenta tendrá complicaciones. Al principio, sólo lo sabrá la pareja, sus padres y hermanos/as, quizás una o dos amigas íntimas, pero todos tendrán cuidado de no comunicarlo a nadie.* (Essadiqi)

“ *En la ciudad hay gente que le tiene fobia al mal de ojo, porque ahora en la ciudad se tienen menos hijos y se teme mucho más por cada embarazo, creo, que en el campo.* (Messouab)

En Senegal se transmite la idea de que las mujeres deben continuar trabajando y asumiendo las múltiples responsabilidades que recaen sobre ellas para promover el movimiento del feto o bebé y controlar así su tamaño. En cambio, en Marruecos las mujeres embarazadas "son tratadas como reinas", según las informantes clave, y cuentan con el **apoyo cercano muy especialmente de sus madres**. Se les recomienda **bajar la intensidad de las responsabilidades domésticas**, descansar y no levantar pesos, por ejemplo. Las mujeres del campo, sin embargo, suelen continuar con sus ocupaciones y ritmos, en general, bastante duros. Su margen de descanso dependerá de la implicación del cónyuge y del resto de mujeres de la familia.

Los **lazos de unión entre las mujeres** en Marruecos son muy fuertes. Empezando por las madres y otras mujeres de la familia hasta las amigas y vecinas, se apoyan las unas a las otras ante cualquier circunstancia. La **división de roles** (y la segregación de espacios, según las familias) **en función del género** sigue estando muy presente en la sociedad marroquí, que también atiende a las costumbres religiosas que la rigen.

Debido, antaño de forma más estricta, a la carencia de espacios propios más allá de los hogares, las mujeres en Marruecos, todavía hoy,

96 Harrami, N. Chapitre 9 : *Autour de la vie foetale Fragments du savoir féminin en matière de procreation. In. Sante de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socioculturels*, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques, Rabat, 1998, pp. 303-338.

## Marruecos

acostumbran a encontrarse semanalmente en el **hammam** (baños públicos). El *hammam* tiene un gran poder simbólico, pues representa para algunas el único lugar de encuentro exclusivamente entre mujeres en el que expresarse libremente y en un entorno de confianza. Allí comparten sus inquietudes, preocupaciones y el día a día con sus homólogas. Acudir al *hammam* va, por lo tanto, mucho más allá de una cuestión de higiene, de relajación y de autocuidado. Es una práctica a la que difícilmente renuncian por las funciones sociales (de construcción de "comunidad de mujeres") y de sororidad (creación y consolidación de redes de apoyo femenina desde la socialización de las niñas) que en él se promueven. En el *hammam*, las mujeres se masajean y las lavan entre sí o bien dejan que las trabajadoras del baño lo hagan.

Durante los **primeros meses del embarazo**, sin embargo, las mujeres que prefieren ocultar su estado de gestación (mayoritariamente en zonas rurales, pero, en general, debido a una actitud precavida **ante el mal de ojo**) pueden renunciar a al baño público hasta que se produce el anuncio, interviniendo a veces en esta decisión el permiso del cónyuge. Las mujeres que, tras comunicar su embarazo vuelven al *hammam*, también lo hacen porque consideran que el calor y el vapor del lugar ablanda los tejidos y contribuye a madurar el cuello uterino. Sin embargo, pasarán en su interior menos tiempo que de costumbre y, de media, acudirán hasta el séptimo mes.

Petrel<sup>97</sup> confirma en su estudio estas **fuertes alianzas entre las mujeres en Marruecos**. Según la autora, la tradición establece que, desde los primeros meses de embarazo hasta el 40º día del posparto, se construye una **red femenina en torno a la futura madre** liderada por su propia madre, con el fin de preservar y llevar a término el embarazo, además de transmitirle los fundamentos de la crianza de su hijo no nacido.

“ *Tras el parto, es habitual que la abuela materna se instale en la casa para ayudar a su hija. Las madres están siempre con sus hijas.*  
(Messouab)

Así, **tras el parto y durante 40 días**, la joven madre generalmente cuida de sí misma y del recién nacido sin preocuparse de las tareas domésticas cotidianas. De hecho, la red femenina formada a su alrededor durante el embarazo sigue estando muy presente para la preparación de las comidas, el funcionamiento del hogar, el cambio y el baño del recién nacido.

Durante estos 40 días, la mujer es considerada impura, por lo que se mantiene alejada de la vida religiosa.

“ *Durante los primeros cuarenta días después del parto, las mujeres no pueden rezar, ni realizar el ayuno del Ramadán. Se cree que la sangre debe limpiarse.*  
(Essadiqi)

Durante este periodo, la madre **duerme con su bebé** en la habitación conyugal mientras, en algunas familias y en función del espacio disponible, el marido lo hace en otra estancia de la casa. Los primeros días, la madre no deja solo al bebé.

A partir de entonces, **el estatus** de la joven, ya madre, **cambia**. La religión musulmana, omnipresente en la educación, socialización y funcionamiento de la sociedad marroquí, otorga un estatus muy elevado a las madres. Son muchas las referencias a ellas en el Corán. Una cita conocida por la mayoría de los musulmanes dice lo siguiente<sup>98</sup>:

97 Erminia Petrel. *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et de 2ème generation: etude à partir de 20 entretiens de femmes*. Medecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887781

98 Sumaia Younes. *La posición de la madre en el Islam*. Disponible aquí: [https://docs.google.com/document/edit?id=1Rn9sMqF0iUZ-F5Iy4A\\_RHm6s7TId5AU05GkB-HQi63WY&hl=es](https://docs.google.com/document/edit?id=1Rn9sMqF0iUZ-F5Iy4A_RHm6s7TId5AU05GkB-HQi63WY&hl=es)

“

*Un hombre se presentó ante el Noble Profeta y le dijo: “¡Oh Enviado de Dios! ¿Con quién debemos ser benevolentes (en primer término)?”. Respondió “Con tu madre”. Preguntó: “¿Tras ella quién tiene primacía?”. Respondió: “Tu madre”. Entonces repitió la pregunta por tercera vez, y nuevamente el Profeta respondió: “Tu madre”.*

*Y la cuarta vez que fue reiterada la pregunta, respondió: “Tu padre”*



## 1.6 Dieta y alimentación

Según Abu-Shams<sup>99</sup>, la **cocina marroquí** posee unas reglas no escritas, pero sí respetadas, que conllevan un contenido a la vez **social, cultural y religioso**. En este sentido, los migrantes marroquíes mantienen las mismas pautas culturales y religiosas de

su país. Pautas que están directamente relacionadas con la alimentación, dado que cada fiesta, celebración y evento religioso está acompañado de una serie de ritos alimentarios que van pasando de generación en generación.

99 Abu-Sahms, L. *La alimentación marroquí como signo de identidad de una cultura*. Eskonews & Media, 2005.

## Marruecos

Es interesante señalar que, en Marruecos, se consume más de 35 kilos de **azúcar** por persona al año y más de una tonelada al año a nivel nacional<sup>100</sup>. Presente en muchos platos de la gastronomía marroquí, especialmente en fiestas religiosas y en el mes del Ramadán, es probable que este consumo tan alto se deba, sobre todo, la tradición del té y los dulces entre la población. El azúcar, además, tiene un **peso simbólico en la sociedad**<sup>101</sup>, ya que se considera un **artículo de cortesía** cuando se acude a una casa para felicitar por un nacimiento o dar el pésame en un fallecimiento. También es un **símbolo del amor**. Las jóvenes suelen hacer alusión a que su novio *“trae el pan de azúcar”* cuando acude a pedir su mano<sup>102</sup>. Sin embargo, por ello el fenómeno de la obesidad está adquiriendo proporciones preocupantes en Marruecos. El 20% de los marroquíes están preocupados, según la encuesta nacional sobre Factores Comunes de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2017-2018, la última publicación de referencia. Según este estudio del Ministerio de Sanidad, el 20% de los adultos mayores de 20 años son obesos. Esta situación es notable en las zonas urbanas, donde se concentra el 22,8% de los casos, frente al 14,9% de las zonas rurales. La **malnutrición** afecta sobre todo a las mujeres, que representan el 29% de este colectivo, lejos del 11% de los hombres<sup>103</sup>. Se ha observado, no obstante, que la obesidad tiende a disminuir cuando el nivel de estudios aumenta<sup>104</sup> y a aumentar cuando la persona vive en un contexto de pobreza.

La **dieta marroquí**, de tipo mediterráneo, se basa en un gran consumo de **cereales y frutas y verduras**. La dieta se diversifica progresivamente, sobre todo en los hogares urbanos y las clases más acomodadas. Incluye más alimentos ricos en micronutrientes, pero el consumo

de productos animales sigue siendo muy limitado, a pesar de que los recursos del país, especialmente el pescado, son muy importantes. Los alimentos precocinados y la restauración fuera del hogar son cada vez más comunes en las zonas urbanas, lo que conduce al consumo de alimentos ricos en azúcar y grasas. Esto es indicativo de la transición nutricional que se está produciendo tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Junto con la reducción de la actividad física, estos cambios son responsables del aumento del sobrepeso y la obesidad en la población adulta<sup>105</sup>.

**Durante el embarazo**, al considerarse al embrión de origen acuoso, se recomienda a las mujeres evitar las comidas demasiado contundentes, las hierbas y las especias fuertes o afrodisíacas. La satisfacción de los **antojos o lawhème** durante los seis primeros meses de gestación se convierte en una prioridad y toda la familia se implicará en ello porque, por el contrario, se cree que el bebé podría nacer con manchas en el cuerpo.

“ *Es obligatorio darle todo lo que ella pida.*  
(Essadiqi)

“ *Si la mujer embarazada dice “me apetece”, todo el mundo lo busca para ella.*  
(Messouab)

Las mujeres acostumbran a alimentarse a base de **alimentos de temporada** y, en el campo, la alimentación gira fundamentalmente en torno a lo que cada familia cultiva en su

100 *Le sucre*. Ministère de l'économie et des Finances, 2022.

101 Siali, M. *El azúcar en Marruecos, en las alegrías y en las penas*. La Vanguardia, 2019.

102 *La curiosa 'adicción' de los marroquíes al azúcar: consumen 35 kilos al año per cápita*. El Economista. EFE, 2019.

103 *Enquête Nationale sur les Facteurs de Risque communs des Maladies Non Transmissibles 2017-2018*. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc, 2018.

104 Sellam, E.B., Bour, A., 2014. *État nutritionnel chez des femmes de l'oriental marocain (préfecture d'Oujda-Angad)*. Antropo, 31, 77-88. www.didac.ehu.es/antropo

105 *Profil nutritionnel de pays : Royaume du Maroc*. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2011.

parcela. Son habituales las verduras, las ensaladas, la leche, los yogures, el queso fresco, el pollo, las sopas y la fruta.

“

*A las mujeres se les dice:  
"¡ahora sois dos, no una! ¡Tienes que comer más!"*

**(Messouab)**

**Durante el último mes de embarazo**, la mujer se prepara para el parto de diversas maneras; estos preparativos son importantes para que el parto sea un éxito. Entre otras cosas, debe **evitar el frío**, incluso cerrando las ventanas de su casa. En cuanto a su alimentación, la prioridad de la futura madre es mantener la energía y el calor del cuerpo para favorecer el relajamiento muscular y activar el parto. Una de las bebidas utilizadas es una maceración y decocción de *flores de Jericó*, pues se considera que ayuda a abrir el útero y a atenuar los dolores<sup>106</sup>. También se le aconseja tomar **comidas más ligeras**. Se usa la llamada *habba sawdae*, hierba muy conocida en el mundo árabe y a la que se confiere un potencial vitalizante para el cuerpo.

**Después del parto**, se sugiere a las madres una **dieta rica y copiosa** para recuperar fuerzas, regenerar la sangre perdida y favorecer el flujo de leche. Para lograrlo, su alimentación se basa en unas reglas muy precisas: priman las bebidas calientes (infusiones y caldos) y se evitan las frías (como los refrescos). La comida también debe estar muy caliente (se evitan los platos fríos) y debe ser muy energética gracias a los azúcares (miel, dátiles, frutos secos y, más recientemente, el azúcar), los alimentos harinosos (cereales como la cebada o la sémola de trigo) y las grasas (mantequilla fundida, aceite de oliva o de sésamo), los frutos secos (almendras, nueces, avellanas, piñones) y las especias (canela, pimienta, comino, azafrán, etc.), además de otros condimentos (como el *habba sawdae*, el *hab rachad*, la *ktira* o el *holba* -indicadas para engordar y tener más leche-, el *zaatar* o tomillo, el anís verde o la hierbabuena).

Según Essadiqi estos son los **platos favoritos** después del parto: Un plato de pollo cocinado con cebolla, pasas, lentejas, un tipo de tortita gruesa (*msmen*) y especias fuertes como la pimienta, la cúrcuma, el jengibre y el comino "para que la sangre fluya", llamado *rfissa*; la sopa *harira*, con un gran puñado de especias, que la mujer toma cada mañana como tentempié durante los 40 días de descanso compensatorio después de cada parto; la sopa *balboula*, hecha a base de sémola de cebada, cebolla, comino, pimienta (que han evitado tomar durante el embarazo) y hierbas, como el *zaatar* o tomillo salvaje, el *holba* (para tener mejor leche materna) y el *hab rachad* (para incrementar la energía), ingredientes a los que se les añade leche; un plato dulce de harina tostada, almendras molidas, miel, aceite de oliva, granos de sésamo, azahar (o anís e hinojo) y azúcar llamado *sellou*. Se cree que, cuanto más rica y abundante sea la dieta de la madre, mayor será la cantidad de leche materna que tendrá. En el sur, la carne y una cocción de mijo son los platos más consumidos.

Durante el **Ramadán** está prohibido comer, beber, fumar o entregarse a cualquier tipo de sensualidad desde la salida hasta la puesta del sol. Las mujeres embarazadas y lactantes están exentas de ayunar en Ramadán. Sin embargo, cada día que la mujer haya comido y no ayunado debe ser recuperado antes del comienzo del siguiente Ramadán. También se prevé la posibilidad de no recuperarlo si la mujer se encarga de dar de comer a una persona enferma o vulnerable los días que no ayunó. En la práctica, algunas mujeres ayunan en el caso de que se encuentren bien.

“

*Algunas mujeres piensan que, haciendo el sobreesfuerzo de ayunar estando embarazadas, Dios será más misericordioso. Pero en general, creo que la mayoría no suele hacerlo.*

**(Essadiqi)**

106 Aubaille -Sallenave, F. *Les nourritures de l'accouchée dans le monde arabo-musulman méditerranéen*. Medievales, 1997.33,pp. 103-124.

## Marruecos

### 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto y el rol de los hombres

El **parto**, en Marruecos, es un acontecimiento que **concierna exclusivamente a las mujeres**. En los hospitales públicos no se permite a los hombres entrar a la sala de paritorio y en los partos a domicilio tampoco suelen participar de forma activa. Habitualmente, permanecen rezando fuera de la habitación para que el alumbramiento sea un éxito.

“ *Los hombres no hacen nada. Esperan fuera y rezan. Ellos se encargan de organizar las celebraciones del nacimiento.* (Essadiqi)

Como se ha dicho, en la última década Marruecos ha invertido en la **mejora de su sistema sanitario**, entre otros aspectos, creando un mecanismo de seguridad social para personas no contribuyentes primero y ampliando el que ya existía, después, para extender la cobertura médica y farmacológica a la mayoría de la población. También, a través de la inversión en infraestructuras (aunque sigan siendo deficientes, especialmente en las zonas rurales). Como consecuencia de ello y de una apuesta por la sensibilización de la población, el recurso a la medicina contemporánea es actualmente mucho mayor. De este modo, el porcentaje de mujeres embarazadas que han tenido acceso a un **seguimiento médico prenatal se sitúa en el 88,5%** (95,6% en el ámbito urbano y 79,6% en el ámbito rural).

En cuanto a los partos, el **86,1% de ellos se producen en el contexto hospitalario**<sup>107</sup>, en-

tre los cuales, el 96% de los partos en el ámbito urbano y el 73,7% en zonas rurales. Sin embargo, la CNSS alerta de que el sector privado acapara el 90% del número de partos, donde el 66% de los nacimientos se realizan por cesárea, frente al 25% del sector público<sup>108</sup>.

Según Essadiqi, si bien el recurso al medio hospitalario para dar a luz se ha ido generalizando en los últimos años, las mujeres se quejan de que en general, las instalaciones no tienen la higiene deseada, el personal no actúa con la delicadeza y el respeto necesario en un momento tan importante para ellas y puede verse cómo las mujeres se amontonan en los pasillos. Hemos constatado anteriormente los datos de parto mayoritario en el contexto sanitario y ello se ve reforzado por la opinión de Essadiqi que dice:

“ *Si las mujeres del campo pueden contar con un vehículo, acudirán mayoritariamente a dar a luz al centro de salud equipado u hospital más cercano porque, a pesar de todo, generalmente se sienten más seguras.*

No obstante, aunque de forma minoritaria (entre el 4 y el 5%), sigue habiendo mujeres que dan a luz en su casa también en el ámbito urbano. **La seguridad social**, aunque ahora abarca a la mayor parte de la población, **no cubre a todas las mujeres**. Una cesárea, aunque posteriormente es reembolsada, requiere de un pago por adelantado. Otros factores, de índole jurídica y psicológica intervienen así mismo en la decisión de acudir o no al hospital.

107 *Santé en chiffres*. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc, 2019.

108 Belouas, A. *Santé : pourquoi les Marocaines optent pour la césarienne*. La Vie Eco, 2019.



“ Por ejemplo, algunas madres solteras, repudiadas por sus familias y la mayoría de la sociedad por encontrarse embarazadas fuera del matrimonio, temen acudir a los hospitales por miedo a que la policía venga a buscarlas. (Essadiqi)

El **cambio de paradigma** hacia una mayor medicalización de los partos conlleva, a su vez, una menor transmisión y realización de las prácticas tradicionales que, con el tiempo, se

han ido perdiendo. Sin embargo, recogemos aquí algunas de las que persisten, de manera particular en el ámbito rural.

**Según Petrel**<sup>109</sup>, si la mujer vive en el campo y da a luz en su casa, lo hace con la ayuda de una **qabla** (como se llama a la matrona). Su nombre significa “la que recibe” y puede ser una mujer de la familia o una vecina. La **qabla** es una figura importante en Marruecos por sus conocimientos y experiencia, que se transmiten de madre a hija. En los últimos años, la implementación de infraestructuras médicas o dispensarios equipados para el parto en los **douars**<sup>110</sup> conllevó la puesta en marcha de programas de salud pública cuyo principal objetivo era formar a las **qablas** para **reducir la**

109 Petrel, E. *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et de 2ème génération : étude à partir de 20 entretiens de femmes*. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887781

110 El **douar** constituye una división administrativa rural, propia del África del norte.

## Marruecos

**mortalidad materna** e infantil durante el periodo perinatal.

En su estudio, Petrel indaga sobre los cuidados y soluciones medicinales que se les da a las mujeres en el marco de la **medicina tradicional** durante el parto. Las mujeres se afeitan unos días antes del acontecimiento, ya que el vello se considera muy poco saludable. Se embadurnan las manos y los pies con henna (considerada una planta sagrada que viene del paraíso) y se cuelgan “una mano de Fatma” o *khmissa* (amuleto o talismán protector con forma de mano) para protegerse del mal de ojo. Son masajeadas con aceite de oliva, se desatan el pelo (tal y como lo realizó la hija del profeta al nacer su primer hijo) y visten una túnica suelta o *gandoura*.

En cuanto se producen las primeras **contracciones**, se bebe un té dulce a base de canela, que tiene la propiedad de aumentar la intensidad de las contracciones y regularlas o una tisana a base de cáscara de naranja amarga, que tiene un efecto antiácido para el estómago. Si el parto es largo o difícil, se administra a la mujer una poción hecha con capullos de rosa machacados en agua, que tiene la propiedad de reducir las hemorragias. En lo que respecta al dolor, las mujeres del campo disponen de pocos métodos. Pueden consumir infusiones calmantes a base de tomillo, menta, clavo y canela para aliviar el dolor de las contracciones. Si el dolor de la mujer se ve agravado por el miedo, entonces es apropiada una infusión de cilantro y anís verde.

En Marruecos, el trabajo de parto se verá realizado por la **expresión del dolor**, el grito, el llanto y la oración. En oposición a la tradición senegalesa (donde expresar dolor durante el trabajo de parto es considerado una ofensa al cónyuge, al bebé y a sus ancestros), según Petrel, en Marruecos, cuando la mujer expresa el dolor durante el parto, garantiza el honor de su marido. En referencia a ello, aunque sí se considera “natural” expresar el dolor como reflejo de la dificultad del parto, este último argumento es desconocido por nuestras informantes clave.

Tal como se ha reflejado anteriormente, al igual que en el conjunto de las sociedades africanas, la **solidaridad femenina** durante el trabajo de parto en Marruecos es muy fuerte. Las mujeres presentes, primas, hermanas, amigas de la mujer parturienta, se preocupan por su bienestar y cumplen con una **función psicoafectiva y de protección** tanto de la madre como del bebé. Y, por protección, se entiende la protección divina, la más fiable según la tradición. Para ello, las mujeres vierten agua en un recipiente, después añaden azafrán y remueven la mezcla hasta que adquiere un color uniforme, mientras pronuncian la *surah al Zalalah* (temblor de tierra):

“

*Cuando la Tierra sea sacudida por el gran terremoto, y expulsa su carga [haciendo surgir a los muertos de sus tumbas], y el hombre diga: “¿Qué le sucede a la Tierra?” Ese día, la Tierra dará testimonio de todo cuanto sucedió sobre ella, por orden de su Señor. Entonces, los seres humanos acudirán al Día del Juicio en grupos para conocer el resultado de sus obras. Quien haya realizado una obra de bien, tan pequeña como un átomo, la encontrará registrada. Y quien haya realizado una mala obra, tan pequeña como un átomo, la encontrará registrada<sup>111</sup>.*

Así como los versículos que indican que Allah conoce el contenido del vientre: *Dios sabe lo que la mujer lleva en su vientre; qué parte del vientre está estrecha o dilatada. Todo se pesa ante Él.*

El trabajo de campo de Petrel refleja que la parturienta bebe la mezcla y se masajea el vientre

111 Traducción al español Surah Az Zalalah por Muhammad Isa García, disponible aquí: <http://www.noblequran.net/es-ES/al-surah/az-zalalah/quran-translation-of-muhammad-isa-garcia.aspx>

con ella. Así se ofrece a la mujer una fuerte protección contra el “mal de ojo”. El “mal de ojo” es el poder de atraer la mala suerte, de hechizar. Muchos poseen este poder sin saberlo y lo ejercen involuntariamente. Es una fuerza mágica nociva cuyo agente es el ojo. Es la manifestación, el vehículo del deseo y de los sentimientos relacionados con los celos, la envidia, la malicia, dirigidos contra los bienes, la riqueza, la felicidad, la salud y el bienestar de los demás.

Con el mismo objetivo, se quema en un brasero un conjunto de ingredientes (incienso, polvo de alumbre, goma férula, lavanda o *shibba*) sobre los que se arroja de vez en cuando un puñado de sal gruesa para ahuyentar la mala suerte. Este brasero se coloca regularmente bajo las piernas de la mujer para provocar una mejor **dilatación**.

Cuando se acerca el momento del alumbramiento, algunas mujeres se toman **infusiones** para favorecer e incrementar las **contracciones**, como una cocción de artemisa muy azucarada o de hierbabuena y canela o a base de flores de lavanda, clavo, menta, tomillo y canela. Las raíces del *wden l' hallûf* (*Ranunculus*), en decocción, se utilizan contra las menstruaciones dolorosas y los dolores de estómago, pero también para **activar el parto**. También se puede tomar una infusión de *tasekra* (*Echinops spinosus*), una planta que se considera abortiva pero que se administra también para acelerar el parto. Al mismo tiempo, su madre puede calentar agua con hierbabuena para empapar en ella un paño blanco, limpio, y dar calor a la barriga antes del nacimiento.

Siguiendo a Petrel, cuando llega el momento de la expulsión, la mujer se vuelve hacia La Meca. Se hace el silencio y las mujeres acompañan a la futura madre con sus oraciones. Este **acompañamiento religioso** es crucial ya que, según la tradición, el parto es un rito de paso en la frontera entre la vida y la muerte. Este elemento se ve reforzado por la persistencia de una aún significativa mortalidad materna en Marruecos, muy especialmente en el ámbito rural, que es donde ocurren la mayoría de los partos a en el hogar y donde la tasa de

mortalidad materna es dos veces y media mayor que en las zonas urbanas (111,1 muertes por 100.000 nacidos vivos en el ámbito rural, frente a 44,6 muertes por 100.000 nacidos vivos<sup>112</sup> en el ámbito urbano).

Por otra parte, en una cultura en la que el **pudor** es una cualidad y donde el ámbito reproductivo se relega exclusivamente a las mujeres, el **cónyuge** no suele estar presente en la habitación. El parto, aun hoy en día, se considera un “asunto de mujeres”. De este modo, se cree que el cónyuge no debe ver la sangre ni las diversas pérdidas de su esposa y, según los eruditos islámicos, tampoco está permitido que una mujer mire las partes del cuerpo de otra mujer situadas entre el ombligo y las rodillas. La única excepción son los casos de absoluta necesidad, como las consultas médicas y los partos. Pero incluso en este caso, sólo el ginecólogo, el médico o la comadrona pueden hacerlo.

En el campo, la parturienta da a luz como desea, en **posición libre**. Siguiendo a Petrel, una mujer, llamada **chaddada** (mujer de apoyo), la sostiene por detrás si decide dar a luz de pie, sentada o en cuclillas. La *qabla* se sitúa frente a ella y comprueba regularmente bajo la túnica el progreso de la dilatación. La *chaddada* también ejerce una presión continua y lenta sobre el fondo uterino para que la placenta “no suba hasta el corazón”, lo que provocaría la muerte de la madre. En el momento de la expulsión, también se encargará de humedecer y limpiar el rostro de la madre. Mientras, la *qabla* masajea el perineo con aceite de oliva, jabón o una yema de huevo para evitar desgarros perineales. En el caso del parto recostada, se cubre con un plástico el colchón para evitar mancharlo con la sangre del nacimiento.

El **sufrimiento fetal**, en este contexto, es difícil de evaluar. Siguiendo a Petrel, el color del líquido amniótico no es un indicador que tenga en cuenta la *qabla* tradicional. Del mismo modo, al no haber registro de la frecuencia cardíaca fetal, no puede detectar trastornos en su ritmo. En caso de reanimación neonatal, el recurso de la *qabla* también es limitado y se ciñe a sujetar al recién nacido por los pies,

112 Albayane. *Faire face aux inégalités sociales : Mortalité maternelle*. Santémagrheb.com, 2021.

## Marruecos

aplicarle agua fría en el ano y colocarle una pizca de pimienta en las fosas nasales.

Una vez nacido el niño o la niña, cuando se expulsa la **placenta**, la *qabla* mide cuatro dedos de ancho en el cordón umbilical y lo corta en ese punto con unas tijeras, después de atarlo con un hilo de lana rojo. El color rojo, según el Islam, es el símbolo de la vida. Según Petrel, son corrientes las escasas precauciones antisépticas y la herida umbilical rara vez se venda. En ocasiones se colocan unas hojas de *arrar* sobre la herida para que cicatrice<sup>113</sup>. Por ello, el tétanos umbilical sigue siendo frecuente en Marruecos cuando el parto tiene lugar fuera de la estructura hospitalaria. En Merzouga<sup>114</sup>, al sudeste del país, el **cordón umbilical** es seccionado con la ayuda de un junco y es anudado y apostado al abdomen del bebé gracias a una gruesa capa de henna (que también se les pone en las axilas, entre las piernas y en las partes genitales para evitar los cortes de piel en los pliegues de la misma además de en las palmas de las manos y de los pies).

En el caso de que haya **retención de la placenta**, se anuda el cordón en el muslo derecho de la paciente y se aplica presión continua en el abdomen. Otro método consiste en hacerla soplar con todas sus fuerzas en una botella vacía. A veces se dan a la madre semillas de mostaza machacadas en miel. La mostaza tiene propiedades oxitócicas. Si estas técnicas no son eficaces, se coloca a la mujer sobre una palangana con agua caliente y se le pide que puje.

Si no se comprueba la integridad de la placenta ni la cantidad de sangre perdida, y la *qabla* sólo se da cuenta de la gravedad de la situación cuando la mujer empieza a mostrar signos de shock hemorrágico, la abundancia de sangre en este momento del parto supondrá un **riesgo físico y espiritual** para la madre, ya que se cree que los malos espíritus se sentirán atraídos. Entonces, la mujer se protegerá con sal sobre las sábanas. Después, para ale-

jar a los malos espíritus de la casa, que pueden ser atraídos por la sangre del parto, la placenta, como cualquier elemento que se haya desprendido del cuerpo humano, se entierra lo más lejos posible del hogar. En el caso de que la mujer ya no deseara tener más hijos/as, la placenta se enterraba con una aguja grande y sal, pero esta práctica desapareció con el auge de los métodos anticonceptivos.

Una vez **finalizado el parto**, la *qabla* confía el niño a las mujeres asistentes para que se lo presenten al padre, que espera el nacimiento detrás de la puerta. En ese momento, la madre parturienta es denominada como **nfissa** hasta cuarenta días después del acontecimiento. Según la tradición y dependiendo de las zonas geográficas, las madres gritan tres veces si el recién nacido es un niño y sólo una vez si se trata de una niña. Del mismo modo, tradicionalmente las mujeres acompañantes muestran su alegría con fuertes gritos (un sonido gutural muy característico) por un niño, pero permanecen en silencio si el recién nacido es una niña. Antes se creía que sólo el nacimiento de un varón confirmaba la virilidad del padre musulmán, aunque esto también se va dejando atrás, celebrando de igual forma el nacimiento, al margen del sexo del bebé.

Finalmente, Petrel relata que, inmediatamente después del parto, se **masajea** a la mujer para relajar todos los músculos, masaje que finaliza con estiramientos y vibraciones de los miembros inferiores con el fin de volver a colocar la pelvis en su sitio. El décimo día, la *qabla* vuelve al domicilio para realizar un masaje muscular con el objetivo de reposicionar los órganos que hayan podido desplazarse durante el embarazo o el parto. Por último, **venda el vientre de la madre** con una tela blanca como símbolo de pureza y renacimiento para mantener el útero en posición baja.

Se recomienda a la joven madre **no salir de casa** en los 40 días posteriores al parto y no exponerse a emociones fuertes.

113 Lahsissene H., Kahouadji A., Tijane M. & Hseini S. *Lejeunia*. *Catalogue des plantes médicinales utilisées dans la région de Zaër (Maroc Occidental)*. Nouvelle série N° 186, 2009. BE ISSN 0457-4184.

114 Gelard, M-L. *Les rituels de la naissance à Merzouga (Maroc) Importance et valorisation du lait*. Abbaye de daoulas/mucem. Berbères de rives en rêve., sepia, pp.55-64, 2008. hal-00430484

## 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y otras prácticas culturales

Nada más nacer, las mujeres presentes en el parto reciben al bebé y se lo dan el bebé al **padre** o, en su defecto, al abuelo o al tío, en vez de ponerlo piel con piel con su madre. Este pronuncia en su oído derecho, en voz baja, las palabras del llamado a la oración o *Al-adhân*. Según el Corán, lo primero que el niño o la niña debe escuchar en este mundo deben ser las palabras “de sumisión a Dios”.

La **humanización del bebé** es progresiva y ocurre al ritmo de los diferentes rituales que marcan las prácticas tradicionales y las creencias en torno a la entrada del niño o niña en el islam. De este modo, por un lado, se escenifica en una primera fase el **vínculo madre-hijo** en la primera semana tras el nacimiento, al que se une el resto de la familia en torno a la imposición del nombre y, finalmente, el resto de la comunidad a partir del cuarto día hasta el bautizo, que se celebra el séptimo día. Para la entrada del bebé en el Islam, son cuatro las etapas primordiales, establecidas a través del bautismo, la elección del nombre, el corte de pelo (*hassana*, que, según las regiones en Marruecos, se refiere a un mechón y, en otras, rapar la cabeza entera del bebé) y la circuncisión, en el caso de los niños, entre los tres y los siete años.

En la cultura musulmana, es la **lactancia** la que establece el vínculo de filiación entre la madre y su hijo y no la gestación la que confiere a la mujer su función maternal. Y, a pesar de que en el continente africano está muy extendida la idea de que no es bueno darle el **calostro** al bebé, en Marruecos si se ofrece, después de limpiar el pecho con paños calientes.

“

*Las madres dan el calostro a sus bebés porque tienen miedo de que, si no lo hacen, la leche no siga subiendo o que el bebé no se acostumbre al pecho.*

**(Essadiqi)**

La **sensibilización** acerca de la **importancia de lactancia** desde el primer momento después del nacimiento en Marruecos es ya un hecho. En el sur del país, también es común darles a los niños **zum de dátíl** desde el primer momento para ayudarle a adquirir el reflejo de la succión (una práctica similar a la del *gurti* en Pakistán, como se verá más adelante). No obstante, la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura señalaba ya hace años que algunas prácticas alimentarias de los niños pequeños mostraban tendencias preocupantes<sup>115</sup>, como que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses está en franco declive, la alimentación con biberón se ha generalizado y la alimentación complementaria, aunque relativamente diversificada, sigue introduciéndose a menudo demasiado pronto o demasiado tarde.

Generalmente, **lejos de la mirada masculina**, el niño se alimenta con leche materna a demanda, sin restricciones. Antes se daba al bebé una mezcla de mantequilla derretida y polvo de artemisa blanca o *sheech*, que se filtraba y se colocaba en su boca con fines laxantes. Se pensaba que, una vez evacuado el **meconio**, el niño mamaría con más vigor, lo cual garantizaría a su vez la subida de la leche. De hecho, la artemisa blanca tiene una excelente acción contra las lombrices y otros parásitos intestinales. Pero esta práctica es re-

## Marruecos



74

sidual hoy en día, salvo en la zona oriental del país, de carácter rural y montañoso y donde una parte de las mujeres mantienen la práctica de extraer y desechar el calostro.

Una vez que la lactancia está bien establecida, es habitual darle al bebé **tisanas** a base de anís y comino. Si el niño tiene cólicos intestinales, la madre le dará una infusión de verbena, maría luisa o camomila con propiedades digestivas y antiespasmódicas. También se le puede dar una infusión de *Kammûn sofi* para aliviar los cólicos de estómago. O de semillas de alcaravea o *karwiya*, que pueden incluirse en la leche de biberón y está indicado para calmar la agitación del bebé. La lactancia suele prolongarse durante una media de 2 años y el motivo más frecuente de su interrupción suele ser la aparición de un nuevo

embarazo (cuando se deja de recomendar la lactancia, pues se piensa que estando embarazada la leche cambia y se vuelve desagradable). Algunas mujeres, especialmente del entorno rural, si no pueden amamantar al bebé inmediatamente después del parto debido al cansancio, optan por darle en primera instancia una infusión de hierbas o agua con manzanilla mezclada con leche de fórmula hasta que la leche suba.

En el caso de que la madre no pueda amamantar, el islam recomienda el recurso a las **madres nodrizas**. Según la tradición, en esa circunstancia corresponde al padre encontrarla, de manera que el niño sea simbólicamente alimentado por su madre y por su padre. Sin embargo, esta práctica (aún presente en otros países africanos) se ha ido dejando atrás en

Marruecos a medida que el país ha ido adoptando el paradigma biomédico y se ha normalizado, en tal caso, el recurso a la leche de fórmula.

Al nacer, **se limpia al bebé** (aunque no recibirá su primer baño hasta la víspera del bautismo, en el séptimo día de vida). En algunos lugares, el recién nacido recibe una gota de zumo de limón o calostro en cada ojo para prevenir las infecciones oculares. A continuación, se le masajea con aceite de oliva u otro agente graso y polvo de corteza de pino, que tiene propiedades antisépticas<sup>116</sup>. A continuación, **se envuelve** al niño hasta el cuello con un pañuelo doblado en forma de triángulo siguiendo la **técnica del tegmat**, lo que bloquea su movimiento y se cree que le calma, le ayuda a tener después una mejor coordinación y refuerza su musculatura, pues el bebé intenta moverse en su interior. Según la creencia antigua, es mejor no vestir al niño ni ponerle ninguna prenda nueva los primeros cuatro días de vida para no despertar las envidias de los espíritus cuando este es todavía vulnerable. En el sur del país, se acordona el envoltorio del niño con un lazo de lana hecha por las mujeres, preferiblemente con la lana del cordero sacrificado durante el último *Aid El Kbir*.

Inmediatamente después<sup>117</sup>, (aunque en algunos lugares a partir del tercer día de vida), algunas mujeres les aplican **khol** (polvo de antimonio, con propiedades antisépticas) en los ojos tanto para limpiarlos como para proteger a los bebés del mal de ojo y los *jnûn*<sup>118</sup>. En el sur del país (concretamente en Merzouga) se cree que los *jnûn* o malos espíritus pueden "cambiar" al bebé por uno de los suyos (en un efecto mágico imperceptible), razón por la cual las madres peinan y maquillan con *khol* a los niños a su semejanza para, así,

conseguir engañarlos. La **fusión entre madre e hijo** en los primeros días se escenifica a través de su **semejanza física**. Se cree que, cuanto más se parezca el bebé a ella, más se mantendrá alejado de este universo mágico que podría ser letal para él. Para protegerlo, se pondrá también un espejo y un cuchillo al lado del bebé como método de persuasión. A partir **del** tercer mes, la madre empezará a destaparle, sólo durante el día, soltándolo poco a poco los brazos, luego el pecho y después las piernas.

También en esta región, el **rol de los hombres** justo a partir del parto consiste en organizar las diferentes festividades que la familia ofrecerá a familiares y amigos para celebrar el nacimiento.

El tercer o cuarto día del nacimiento en la región de Marraquesh, se realiza **la laghmata**. La esencia de esta fiesta se replica en el resto de las regiones del país. El día marca el fin del periodo en el que el bebé se ve amenazado y se cree que su vida corre peligro. El padre del bebé (o el abuelo) procede al tradicional **corte de pelo** del mismo (generalmente un mechón, aunque en el sur es común rasurar la cabecita del bebé por completo). Para los eruditos, este rito representa el paso del bebé al mundo de los humanos. El pelo se corta, porque era aquel que estaba presente en la vida intrauterina y cortarlo significa la supresión de todo vínculo con su anterior existencia, en la que estaba en comunicación con el mundo de los espíritus. A veces, se unta la cabecita del bebé con azafrán. Según la tradición, se da en limosna a las personas más vulnerables o se guarda el equivalente en oro o plata del peso del cabello cortado. Y, una vez el pelo cortado, el bebé ya puede quedarse solo, por ejemplo, en una habitación.

116 Según explica Petrel en su estudio, se piensa que, realizado todas las mañanas hasta los 18 meses, este masaje tradicional a base de aceite y polvo de corteza de pino favorece la buena circulación venosa y que, más adelante, reducirá las fiebres debidas a la dentición, facilitando la perforación de los dientes.

117 Marie-Luce Gelard. *Les rituels de la naissance à Merzouga (Maroc) Importance et valorisation du lait*. Abbaye de Daoulas/MuCEM. Berbères de Rives en Rêve, Sepia, pp.55-64, 2008. hal-00430484.

118 Según Gélard, en Merzouga no se nombra a los *jnûn* o malos espíritus bajo ningún concepto so pena de atraerlos. Se habla de ellos como "los que la sal disimula": *uidar ar tsntl tisint*. Son conocidos por detestar todos los sabores, aromas y perfumes, particularmente la sal y, por ejemplo, el clavo. Y se cree que cuando una mujer da a luz, un *jinn* lo hace a su lado. A continuación, tratara de intercambiar el espíritu de ambos bebés. Por eso, la idea de que son "ladrones de bebés" está muy extendida entre quienes todavía creen en este universo mágico.

## Marruecos

El **bautismo**, *aqiqâ* o *sabouaa* tiene lugar, tal como dicta el Corán, el **séptimo día de vida**. Durante la **ceremonia del nombre o tasmiya**, el padre o el imán presente revelan el nombre del bebé. Por tradición, el abuelo paterno (en su defecto el padre) le recita el *Adhan* o llamada a la oración al bebé en cada oído y pide su protección divina. A continuación, se le baña. A veces, al agua se le ponen raíces de menta y hojas de alheña para traerle buen augurio; finalmente, se sacrifica un cordero (o, en función de los recursos económicos de la familia, una vaca), que se comparte en el banquete organizado para la ocasión.

La **elección del nombre** de pila del bebé suele estar a cargo del padre, aunque los eruditos aconsejan<sup>119</sup> que el nombre sea decidido entre padre y madre y, actualmente, en el norte de Marruecos esto estaría más bien a cargo de la abuela materna. Si es un niño, la elección suele hacerse entre los 99 nombres dados a Alá a los que se añade el prefijo: "siervo de..." (Abdel...) y el nombre del profeta. Se piensa que esta tradición debe mantenerse para, al menos, uno de los hermanos. Para una niña, el nombre suele inspirarse en una familiar o allegada fallecida o bien en cómo transcurrió el parto. Si fue difícil, una opción es Rabha (victoriosa) o Aisha (viva; llena de vitalidad).

En el contexto de las celebraciones, debido a la afluencia de personas que originan y que se acercan a los bebés, las mujeres consideran como muy importante tomar medidas para la **protección espiritual** de los mismos. Como decíamos, el mal de ojo es algo muy temido en el marco de la sociedad marroquí<sup>120</sup>. Y no se

trata de una creencia que únicamente perviva en las zonas rurales.

“ Las madres toman medidas “por si acaso” también en el ámbito urbano, donde el uso de anticonceptivos y el control de la natalidad están más normalizados y las mujeres tienen más temor, si cabe, a perder el bebé que esperan. (Essadiqi)

El **mal de ojo** es una expresión de la envidia. Según Saâdia Radi<sup>121</sup>, destruye todo lo que toca, causa fatiga, enfermedad o muerte, pero también peleas en las familias, entre vecinos o amigos, provoca la ruina de un negocio, etc. En resumen, puede atacar todo lo que es relevante para la felicidad en la vida de una persona. El mal de ojo lo puede dar cualquiera, aunque algunas personas son más propensas que otras a hacerlo. Cuando, por ejemplo, se mira a alguien o algo con envidia, la envidia basta para provocarlo. No se trata de una decisión voluntaria ni meditada. Esta envidia dañina lo provoca y se denomina *hsed* (celos, envidia). Se menciona claramente en la surah “El Amanecer”<sup>122</sup>.

Por ello, ante estas **celebraciones**, en las que muchas personas se acercan al bebé, los invitados e invitadas están sujetos a ciertas normas restrictivas: no hay que observarlo demasiado ni hacerle demasiados cumplidos. La práctica más habitual para proteger a los bebés es conservar su cordón umbilical. Cuando se cae, se coloca en una peque-

119 Stacey, A. *Lo que dice el islam acerca de los niños (parte 1 de 5): Dios garantiza los derechos de los niños*. En islamreligion.com, 2015.

120 Según un sondeo publicado en el libro “El Islam a diario” del antropólogo Hasan Rachik y realizado en 2006 sobre una muestra de 1.156 personas de diferentes partes de Marruecos, el 90,9 % de los encuestados creen en el mal de ojo, y el 85 % en los genios y en la magia negra. *Las supersticiones resisten al paso del tiempo en Marruecos*. La Información, 2013.

121 Saâdia Radi, *Surnaturel et société. L'explication magique de la maladie et du malheur à Khénifra, Maroc*, Rabat, Centre Jacques-Berque, coll. « Description du Maghreb », 2014, 192 p., EAN : 9791092046120.

122 “Busco la protección del señor del amanecer contra el mal que ha creado; Contra el mal de las tinieblas; contra el mal de los que soplan sobre los nudos; contra el mal del envidioso, cuando tiene envidia”. Capítulo 113 del Corán: el alba. Sûrat al-fálaq, revelada en la Meca, 5 versículos.

ña bolsa de lona debajo de la almohada. Este talismán permanecerá en este lugar hasta que el bebé da sus primeros pasos. A los siete años, la madre muestra a su hijo el cordón umbilical, para que nunca olvide su infancia ni su religión. Así mismo, se coloca un libro del Corán bajo su cama o cuna y un poco de sal o comino cerca de la almohada incluso, el día previo al bautizo, se dispone un trozo de hilo rojo en la frente del bebé.

Otros ritos de protección tienen que ver con **ahuyentar el cham** y éstos son realizados por unas curanderas especializadas en la protección de bebés llamadas *faragha*. El *cham* es el nombre en árabe del olor, aunque en este caso se refiere a protegerles del mal olor, por ejemplo, el de la muerte. Para explicar qué es el *cham*, Essadiqi explica un ejemplo:

“

*Una amiga mía tenía una hermana que murió repentinamente cuando era muy pequeña. Cuando le pregunté cual había sido la causa de su fallecimiento, me explicó que había sido por el cham. Se había producido un accidente de tráfico frente a su casa y una persona había muerto en el impacto. La pequeña presencié lo ocurrido en la calle y creen que le llegó el olor de la muerte, que el cham se la llevó.*

El *cham* se considera **muy peligroso**, especialmente para los bebés. Por ello, no se lleva a los bebés a un entierro, a lugares en los que acaba de morir una persona, pero también se dice que no hay que tocar al bebé sin antes lavarse bien, si acabas de visitar a una *chouafaa* o después de practicar el acto sexual, como otros ejemplos. Son hechos por los que se cree que el bebé podría, incluso, morir. Algunos de los rituales ancestrales para combatir el *cham* en los niños consisten en, por ejemplo, poner un poco de alquitrán vegetal o *katran* en la frente, orejas y narinas del bebé.

Finalmente, se protege al bebé de los **malos espíritus**.

“

*Si un niño se despierta llorando, con miedo, se le pone un saquito de jizama o lavanda debajo de la almohada. Para ahuyentar los malos espíritus, también se usa mucho la shibba, que se puede colocar debajo de la almohada o se puede quemar para dispersar su olor en la casa. Otro compuesto es el arrar, que también se puede quemar, como el shibba. Algunas mujeres confían más en el poder del shibba o el arrar y usan uno u otro o bien los mezclan. Y, por último, se usa el aldun, que es una piedra blanca que se pone al fuego.*

**(Messouab)**



## Conclusiones

- › Tal como comenta Petrel, E. (2019)<sup>123</sup> en el caso de las mujeres marroquíes en situación de migración, el descubrimiento de **diferentes enfoques médicos** explica la vivencia de una experiencia difícil, a veces como una transgresión, que acentúa su **sentimiento de fragilidad y vulnerabilidad**. La migración marroquí en Cataluña, que cuenta con décadas de antigüedad (contrariamente, por ejemplo, a la migración femenina senegalesa, que es más reciente), se sitúa en el tira y afloja entre la cultura de origen y la de acogida, aunque su medida tiene que ver con si la mujer es migrada de primera, segunda o tercera generación, además de con su nivel de estudios, su nivel económico y su entorno sociofamiliar.
- › Las tradiciones expuestas en torno a la maternidad y el parto en Marruecos en el marco del parto en el domicilio son ahora, generalmente, consideradas **antiguas o incluso anecdóticas**. Sin embargo, algunas de ellas persisten aún hoy, especialmente entre las mujeres del ámbito rural o urbano sin recursos ni cobertura médica.
- › En general, las mujeres marroquíes acuden al **sistema sanitario convencional**, aunque es necesario tener en cuenta que el recurso a la medicina tradicional se realiza en paralelo.
- › Tomar en cuenta que a menudo las mujeres marroquíes **comunican tardíamente el embarazo** y este factor puede retrasar su acceso a la salud durante el primer trimestre del embarazo; el promedio de visitas prenatales (puesto que es el número que contempla el reembolso del AMO o caja de salud marroquí) es de cuatro.

123 Petrel, E. *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et de 2ème génération : étude à partir de 20 entretiens de femmes*. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887781

## Recomendaciones

- › Ante la llegada de una mujer migrada, tenga el origen que tenga y sea cual sea su situación administrativa, tomarla a cargo rigiéndose por **criterios estrictamente clínicos**, con la misma **generosidad y atención** que a cualquier paciente nacional. Recordemos que las mujeres migradas se encuentran en general en una situación de vulnerabilidad (precariedad, estrés, ansiedad, soledad, exclusión social) y, precisamente por ello, necesitan más del calor humano, del apoyo y de la profesionalidad del personal del sistema sanitario, muy especialmente en torno al parto y máxime si se trata de una mujer primípara.
- › Las demandas de las parturientas de apoyo y cuidados en torno al parto y la maternidad pueden resultar ambiguas en Cataluña, tanto para el cuidador, en la incompreensión de sus peticiones, como para la paciente, en su tira y afloja entre integración y respeto a las tradiciones. Para ofrecer a la paciente un trato lo más respetuoso posible con sus convicciones culturales, parece importante **definir y evaluar sus demandas antes de pensar en darle una respuesta**.
- › A mayor nivel de castellano o catalán hablado por la mujer parturienta de origen marroquí, mayor **nivel de integración y de comprensión** del sistema sanitario catalán. A menor nivel de dominio de uno o los idiomas de destino, por el contrario, más arraigo existirá respecto a su cultura de origen. Es precisamente a ellas a quienes será necesario prestar mayor atención, escucha y disposición para lograr que tenga una experiencia de parto, parto y posparto positiva. En segundas generaciones, las mujeres pueden sentirse más alejadas del origen cultural de sus progenitores y no reproducir los rituales antes descritos, aunque, en general, podría ser relevante perpetuar las costumbres relacionadas con el Islam (aunque no en todos los casos). Por ello, se recomienda **dialogar con ellas** sobre sus preferencias con anterioridad.
- › A veces en las clínicas universitarias se da el caso de que los estudiantes (hombres y mujeres) acudan al momento del parto. Sin embargo, en el caso de las mujeres marroquíes, la **presencia de un hombre** o incluso una mujer aun no cualificada frente a su desnudo es muy intimidatorio y contrario a los preceptos del islam. Esto no se aplica, generalmente, si consideramos al médico o matró, anestesista, o cualquier hombre o mujer que participe activamente del proceso de parto.
- › Si existen dificultades lingüísticas, tratar de involucrarse relacionalmente con ellas con calidez y empatía por otros medios para hacerles sentir en **confianza y bienvenidas**. Tengamos presente que el momento en torno a un nacimiento está cargado de representaciones subjetivas y diferentes formas de expresión del dolor y de la preocupación.
- › Algunos hospitales españoles requieren de una consulta preanestésica antes del parto, para la cual un análisis de sangre realizado durante el primer mes de gestación parece ser imprescindible<sup>124</sup>. Es probable que, en el caso de las mujeres marroquíes, acudan pasado el tercer mes a una primera visita prenatal. Por lo tanto, en la medida de lo posible y para evitar un

124 Rico Berrocal, R. *Accoucher à Melilla. Les pratiques médicales à l'épreuve des « parturientes sans droits » à la frontière hispano-marocaine*. Revue Internationale francophone d'anthropologie de la santé, 2022. <https://doi.org/10.4000/anthropologie-sante.11634>



trato discriminatorio, solicitar los **análisis pertinentes** desde esta primera visita para poder administrar la analgesia peridural llegado el momento del parto (si es que la madre lo desea).

- › El parto en medio sanitario y postura recostada es el más habitual en Marruecos. Sin embargo, si las mujeres lo desean, permitir la **postura libre** y su movilidad durante el trabajo de parto.
- › Ante una **expresión extrema del dolor**, recordar que existe una creencia, a veces interiorizada (otras veces no) según la cual de ese modo se honra el nacimiento del bebé. Esto puede verse entrecruzado por la soledad y/o el miedo a lo desconocido, además de una situación personal ligada al estatus de mujer migrada que quizás sea difícil y la ausencia de analgesia peridural si esta ha sido la opción deseada.
- › Ofrecer la posibilidad de **elección** en cuanto al o la **acompañante de la parturienta** durante el trabajo de parto. Es posible que esta prefiera ser acompañada por el cónyuge, pero podría escoger, en su defecto, compartir ese momento con su madre o una amiga.
- › Preguntar a la madre si desea **realizar el baño** del o la recién nacida o no para no interferir con los ritos del bautismo, que ocurren al séptimo día de su nacimiento.
- › En cuanto a la dieta del posparto en el hospital, se recomienda ofrecer **carne halal**, pues es la única que puede consumir cualquier musulmán y la ingesta de proteína es espacialmente adecuada tras el parto.



**Vivencias, creencias y  
prácticas de las mujeres  
durante el embarazo,  
parto y posparto en**

**China**



## 1.1 China en datos

La **República Popular de China** se encuentra en el este del continente asiático y en la orilla occidental del océano Pacífico. Tiene una superficie terrestre de 9.596.900 km<sup>2</sup>. Por su amplitud territorial ocupa el primer puesto en Asia y el cuarto a nivel mundial, tras Rusia, Canadá y EEUU.

China comparte **frontera por tierra** con 14 países: la República Popular Democrática de Corea (al este), Rusia y Mongolia (al norte), Kazajistán, Kirguizistán, Tayikistán, Afganistán, Pakistán, India, Nepal, Bután (al oeste), Myanmar, Laos y Vietnam (al sur), y mira a otros seis países a través del mar: la República de Corea, Japón (al este), Filipinas (al sureste), Brunéi, Malaysia e Indonesia (al sur). Esta frontera terrestre es de aproximadamente 22.117 km<sup>125</sup>.

Su **población** se eleva a 1.437.651.014 habitantes, lo que equivale aproximadamente al 20% de la población mundial. Tan solo Pekín, su capital, cuenta con 20.463.000 habitantes. En cuanto a su división administrativa, China consta de veintitrés Provincias, cinco Regiones autónomas (Tíbet, Xin-jiang, Guanxi, Ningxia y Mongolia Interior) y cuatro Municipalidades directamente bajo el Gobierno Central (Beijing, Shanghai, Chongqing, Tianjin), además de

dos Regiones Administrativas Especiales (Hong Kong, Macao).

La Constitución china establece en su artículo 19 que el Estado promueve el uso nacional de la **lengua** Putonghua (conocido como chino mandarín), aunque es muy utilizado el cantonés, además de otros dialectos locales, como el *minnan* (taiwanés).

China es un país **oficialmente aconfesional**. Las religiones tradicionales de China son el taoísmo y budismo; el confucianismo, por su parte, es un sistema de conducta con enorme influencia en la historia del país. Es difícil realizar un cálculo de los practicantes de las distintas creencias, aunque una estimación aproximada sería la siguiente: budistas (unos 100 millones); taoístas (unos 20 millones); musulmanes: (unos 20 millones); protestantes, (unos 15 millones); cristianos católicos (unos 5 millones).

Desde un punto de vista político, la República Popular de China se articula a través de un **sistema dirigido por el Partido Comunista Chino**, cuyo órgano supremo es el Congreso Nacional, que se reúne cada cinco años y elige un Comité Central, el órgano de mayor poder entre Congresos.

En 1978, en el Tercer Pleno del XI Congreso del Partido Comunista Chino (PCCh), Deng Xiaoping lanzo la "política de reforma económica y apertura al exterior", que supuso el inicio de un proceso gradual de introducción de elementos de la economía de mercado en China. El proceso de reformas iniciado por

125 Oficina de información diplomática. Ficha país: República Popular (de) China. Ministerio de Asuntos Exteriores de España, 2022.

## China

Deng Xiaoping en 1979 ha dado lugar a un sistema político caracterizado como **"socialismo con características chinas"**, que se basa, desde el punto de vista económico en una economía mixta o economía de mercado, pero con predominio de la propiedad pública; y, desde el punto de vista político, en el liderazgo del Partido Comunista, que ostenta el control de las diversas estructuras políticas.

A lo largo de los años se han ido introduciendo otras reformas políticas de importancia, aunque siempre dentro de la "democracia socialista con características chinas", que presupone el liderazgo del PCCh. Así, en 1998 se enmendó la Constitución para incluir el concepto de **"Estado socialista de derecho"**. En el XVI Congreso, en 2002, se adoptó la llamada "teoría de las tres representaciones" (Jiang Zemin), según la cual "el PCCh representa a las fuerzas avanzadas de la producción, las fuerzas avanzadas de la cultura, y las amplias masas populares", admitiendo por primera vez a los empresarios privados en el PCCh, con lo que este paso a ser un partido interclasista.

Xi Jinping, el actual líder del PCCh, fue elegido presidente de la República Popular China el 14 de marzo de 2013<sup>126</sup>.

En lo que concierne a los aspectos sociales de la **economía** china, según la OIT, más de una

década de crecimiento medio en torno al 10% de la producción a partir de los años 1990 dio lugar a una mejora rápida y sostenida de las condiciones de vida de numerosos trabajadores. De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial, el número de víctimas de pobreza extrema pasó de ser de unos 770 millones de chinos en 1978 a 360 millones de personas que sobrevivían con un dólar o menos al día en 1990, hasta a una cifra ligeramente superior a los 150 millones a finales del 2000 y a 82 millones en 2013. El gobierno dice haber acabado con la pobreza extrema en 2020<sup>127</sup>. Sin embargo, esta etapa de muy rápido crecimiento entre los años 1990 y 2000 trajo consigo una **explosión de la desigualdad**: hacia 2015, medida por el índice de Gini<sup>128</sup>, China era la más desigual entre diez regiones o grupos de países<sup>129</sup>.

Según la Oficina Nacional de Estadísticas china (BNE por sus siglas en inglés), la **tasa de desempleo** global en diciembre de 2022 fue de 5,70%, aunque la tasa de desempleo juvenil, del 18,40%. La segunda economía del mundo se ha visto afectada, también en 2022, por las estrictas restricciones por el COVID-19, que han interrumpido las cadenas de suministro y han afectado a las pequeñas empresas creadoras de empleo; además, hay que sumar a ello la incorporación de millones de personas al mercado laboral nacional cada año<sup>130</sup>.

126 En octubre de 2017 se celebró el XIX Congreso del PCCh, cuyo principal resultado fue la confirmación de la primacía política del secretario general del PCCh y presidente de la República Popular china. En aquel entonces, el Congreso del Pueblo eliminó, en una maniobra criticada, el límite presidencial de dos mandatos.

127 (AFP) Pobreza, clima, ingresos: los avances de China con Xi Jinping. France 24, 2022.

128 El índice de Gini mide en qué medida la distribución de la renta o del gasto de consumo entre los individuos u hogares de una economía se desvía de una distribución perfectamente equitativa. La curva de Lorenz representa los porcentajes acumulados de la renta total percibida frente al número acumulado de perceptores, empezando por el individuo u hogar más pobre. El índice de Gini mide el área entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de igualdad absoluta, expresada como porcentaje del área máxima bajo la línea. Así, un índice de Gini de 0 representa una igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 (o 1) implica una desigualdad perfecta. 40 o 0,4 es el nivel de alerta establecido por las Naciones Unidas. Según Navarrete (3), el índice neto de Gini en China en 2015 equivalía a 50 cuando el promedio en la OCDE era de 30 aunque, en 2021, había descendido a 39, según la OCDE.

129 Tal como recoge un artículo, uno de los mayores énfasis políticos del informe de Xi Jinping durante el 19º Congreso (2017) estaba en la necesidad de combatir con eficacia la desigualdad. Más que medidas ad hoc, al abordar lo conseguido en los últimos cinco años se destacan cuestiones como la reducción de los niveles de pobreza ("el número de personas en situación de pobreza se redujo en más de 60 millones de personas y la proporción de población afectada se contrajo de 10.2 a sólo 2.4%"), la sostenida alza de los niveles de empleo ("en promedio, cada año se crearon 13 millones de puestos de trabajo") y el crecimiento del ingreso de las personas ("que ha sido más acelerado que el de la economía, tanto en las áreas urbanas como en las rurales"). Navarrete, J E. China en 2018-2022: el segundo quinquenio, comportamiento económico e influencia global. Economía UNAM vol.15 no.44 Ciudad de México may./ago. 2018.

130 Según la OIT, 70 millones de personas se incorporaron a la población activa en China entre los años 1994 y 2000. Tan solo en 2021, según el ministro de Recursos Humanos y Seguridad Social, Zhang Jinan, se estimaba que 15 millones de personas se integrarían a la nueva fuerza laboral urbana. Empleo de China se mantendrá generalmente estable en 2021. Xinhua news español, en xinhuanet.com.

## 1.2 La situación de las mujeres

### Historia de su acceso a la educación, al trabajo y el proceso involutivo debido a la tradición y los retos demográficos

Para entender mejor la evolución de la sociedad china y la posición de las mujeres en su seno, cabe referirse brevemente a su **historia**. Hasta el año 1912, China fue un gran imperio con una sociedad extremadamente patriarcal. Las mujeres no tenían un estatus social ni político, vivían segregadas y estaban subordinadas a la tutela de los hombres (padres, cónyuges o hijos varones en caso de viudedad).

Según Nie<sup>131</sup>, bajo el sistema feudal de la China Antigua, hasta el siglo XIX, el "ritualismo" y las tradiciones culturales expresamente orientadas y dirigidas hacia las mujeres fueron los pilares del "modelo educativo" del momento. Un "modelo educativo" que quedaba limitado espacial y temporalmente al entorno familiar. La virginidad, así como la figura de la **mujer sumisa y obediente**, eran sus valores fundamentales. Según Nie, estos valores, o virtudes, dejaron una impronta tan profunda, que en algunos casos ha llegado hasta nuestros días.

Tras la Primera Guerra del Opio (librada entre China y Gran Bretaña de 1839 a 1842), China abrió las puertas al colonialismo occidental provocando un importante avance del pensamiento liberal que provenía de occidente. Esta política aperturista permitió los **primeros atisbos del despertar de la mujer china** frente a su ancestral subordinación al hombre. La nueva coyuntura social trajo consigo la creación, por primera vez, de escuelas femeninas promovidas por misioneros extranjeros a las que acudían las hijas de familias chinas más progresistas, en clara contraposición al todavía imperante modelo social tradicional.

En 1898 se fundó la primera escuela de niñas en Shanghái, en la que se impartían cuatro asignaturas: filología china, filología extranjera, ciencia médica y costura. En diez años, fueron apareciendo otras nuevas, hasta alcanzar en 1907, un total de 428 escuelas femeninas. Sin embargo, en aquella época, según Nie, la educación escolar femenina mostraba un fuerte **carácter elitista** desde el punto de vista social, apoyado en la admisión única de alumnas de familias de clase social alta, de buena condición, ejemplares y con buena conducta.

En 1919, el Movimiento de "Cultura Nueva" permitió por primera vez en la historia del país que las mujeres pudieran acceder a la enseñanza superior. En 1920, inspirado en el sistema educativo japonés, se instauraba la educación mixta (en contraposición hasta la entonces educación segregada por sexos) de igual contenido y evaluación para todos los menores. En ese momento, surge el **movimiento de liberación femenina** y la sociedad china empezó a ser más abierta<sup>132</sup>.

Tras la guerra civil (que se prolongó de 1927 a 1949) se instauró la **República Popular China de Mao**, en la que se consolidó, a través de la Constitución, el **derecho y la igualdad educativa entre mujeres y hombres**. Entre 1930 y 1950, después de su existencia durante siglos, decae también la institución de las *mui tsai*. Las *mui tsai* eran niñas originarias de un campesinado pobre que eran cedidas en adopción a familias más ricas. La familia adoptante debía garantizar su manutención y a veces el envío de una pequeña cantidad de dinero a sus padres a cambio de la colaboración de la adoptada en las tareas domésticas hasta llegada la edad de casarse, cuando se le pagaría su dote. A pesar de que algunas de estas niñas fueron tratadas como un miembro más de la familia, generalmente vivieron y murieron

131 Nie, Nan, (2020). *Mujer y educación en la China actual*, TRIM, 18: 71-94.

132 L ien Tan, Pan. *Estatus social, papel y lenguaje de las mujeres chinas*. Estudios de Asia y Africa, vol. XL, num. 2, mayo-agosto, 2005, pp. 379-394 El Colegio de Mexico, A.C.. Distrito Federal, Mexico. Disponible aquí: <https://www.redalyc.org/pdf/586/58640204.pdf>

## China

en la clandestinidad, fueron utilizadas como servidumbre, víctimas de abusos y, llegada la edad del matrimonio, muchas de ellas no recuperaron su libertad<sup>133</sup>. De hecho, en algunas regiones del país, se les llamaba *yatou* (niña esclava)<sup>134</sup>. Y, si decayó, fue en parte porque los temas relacionados al sistema *mui tsai* (trabajo infantil, trata de personas y esclavitud) también fueron foco de atención de comisiones consultivas y organismos especializados de la Sociedad De Naciones<sup>135</sup>, creados con el objetivo de hacer recomendaciones a la Asamblea y el Consejo de la SDN sobre cuestiones internacionales urgentes. Poco después de su fundación en 1919 y en el transcurso de los años veinte y treinta, la OIT, el comité para la trata de mujeres y niños, y las comisiones sobre esclavitud se interesaron por la situación de las *mui tsai* y, la presión de las organizaciones no gubernamentales y de activistas internacionales, lograron que el tema entrara en la agenda de Ginebra para ser investigado. Sin embargo, no es hasta finalizada la Segunda Guerra Mundial, y ya en el contexto de la revolución China de 1949, que se da paso, por lo menos en teoría, a la erradicación de la subordinación y la venta de mujeres.

Sin duda, en los años 1950, el triunfo de la **Revolución Comunista china** supuso para las mujeres un importante **salto hacia la igualdad** con respecto a lo vivido anteriormente. Entonces, se aprobó su derecho a la propiedad y, en consecuencia, la posibilidad de alcanzar cierta independencia económica; se adoptó el **Código de Familia** que a partir de entonces impedía, por ejemplo, arreglar matrimonios, vender a las hijas o el concubinato; se aprobó la **Ley del**

**Matrimonio** (en 1950 y reformada en 1980) para garantizar sus condiciones igualitarias y regular el divorcio; y, también se legalizó el **aborto**. Por otra parte, el PCCh promovió activamente la **incorporación de las mujeres al mundo del trabajo**.

El logro de esta nueva situación económica y formativa contribuyó a mejorar las oportunidades y las condiciones de las mujeres, y fue paralela a la conquista de un estatus más igualitario en la familia y ante el derecho que también cambió su posición en la sociedad. Sin embargo, a pesar de los avances logrados desde entonces, la mentalidad tradicional continúa enraizada en el contexto social de cierta parte de la población y el choque moral entre los aspectos feudales y modernos parece una constante en la cultura china. Las reminiscencias machistas han perdurado hasta hoy en día y las fuerzas tradicionalistas comienzan ahora a resurgir.

Uno de los causantes tiene que ver con que el Estado deposita en las mujeres la responsabilidad de contribuir en los ajustes demográficos. Los **retos demográficos** en China son ampliamente conocidos y el **rol de las mujeres** en el **servicio al Estado** en este ámbito ha estado en el corazón de sus políticas públicas. De este modo, el número de hijos que cada mujer puede tener ha oscilado a lo largo de las últimas décadas, siendo esta decisión una prerrogativa del Estado: si bien en el pasado, el Partido Comunista imponía la "política del hijo único" (1979) para limitar el crecimiento poblacional<sup>136</sup>, en 2016 flexibilizó este supuesto a dos hijos y actualmente apuesta por promover hasta tres nacimientos por mujer (después de que en 2021

133 Jimenez Estacio, MM. *La invisibilidad de la mujer china: Las mui tsai, y otras formas de explotación*, 2015. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5339171>

134 RODRIGUEZ GARCIA, Magaly. *La Sociedad de Naciones y el tratamiento del sistema mui tsai. Relac. Estud. hist. soc.*, 2014, vol.35, n.138, pp.73-108. ISSN 2448-7554. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-39292014000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292014000200004&lng=es&nrm=iso)

135 La Sociedad de Naciones (1920 - 1946) fue la primera organización intergubernamental creada para "desarrollar la cooperación entre las naciones y garantizar su paz y seguridad". A menudo se hace referencia a ella como la "predecesora" de las Naciones Unidas.

136 Esta política tuvo un impacto muy importante, entre otros, sobre el abandono de niñas y el aborto. Entre 1971 y 2010, se practicaron en China casi 330 millones de abortos según las informaciones de su Ministerio de Salud. *China practicó casi 330 millones de abortos entre 1971 y 2010*. La Vanguardia, 2013.

<https://www.lavanguardia.com/vida/20130316/54368469844/china-millones-abortos.html#ixzz2Noepk8l0>



el índice de natalidad cayese hasta mínimos históricos).

Al ampliar la medida en la actualidad, se pretende contrarrestar el rápido y preocupante nivel registrado de envejecimiento de la población<sup>137</sup>. Y es que, en 2020, en comparación con el recuento anterior de 2010, la población aumentó un 5,38% en 10 años (es decir, un 0,53% en promedio por año), según la Oficina Nacional de Estadísticas. Se trata del registro de progresión poblacional más baja desde los años 1960 e implica que la población jubila-

da actual ya es mayor a la población activa, lo cual se traduce en una **crisis demográfica** que ocurre en un contexto de freno económico y de pandemia del COVID (cuyo impacto en la desaceleración de la natalidad ha sido visible a escala mundial).

Actualmente, la **tasa de fertilidad** es de 1,7 hijos por mujer y la mortalidad infantil (por cada 1000 nacimientos) es de 9,9 (ha disminuido a la mitad desde 2010, cuando se elevaba a 18,1). Por ello, durante el recientemente finalizado XX Congreso del Partido Comunista Chino<sup>138</sup>,

137 La tasa de natalidad en el país más poblado del mundo cayó a 7,52 nacimientos por cada 1.000 personas, revelaron datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), por debajo de los 8,52 por 1.000 en 2020, y el más bajo desde que comenzaron los registros comparativos en 1978. También, es el menor nivel desde la fundación de la China comunista en 1949 según *China: tasa de natalidad registra baja histórica en 2021*. Deutsche Welle, 2022. Por otra parte, en un artículo publicado por la revista *Qiushi* (del Comité Central del Partido Comunista), la Comisión Nacional de Salud alertó que, para 2035, se espera que más del 30% de la población china sea mayor de 60 años.

138 Jinping, X. *Enarbolemos la gran bandera del socialismo con peculiaridades chinas en lucha unida por la construcción integral de un país socialista moderno*. Informe presentado ante el XX Congreso Nacional del Partido Comunista de China 16 de octubre de 2022. Texto íntegro disponible aquí: [https://www.fmprc.gov.cn/esp/wjdt/zyjh/202210/t20221026\\_10792080.html](https://www.fmprc.gov.cn/esp/wjdt/zyjh/202210/t20221026_10792080.html)

## China

el partido gobernante enfatizó que el país no solo necesita una política que incremente las tasas de natalidad, sino que también reduzca los costos del embarazo, el parto, la escolarización y la crianza”<sup>139</sup>.

El líder del PCCh, Xi Jinping, declaraba ante las NNUU en 2015 que *China va a esforzarse más para destacar la igualdad de género como una de sus políticas de Estado básicas, reconocer la importancia del papel de las mujeres al sostener la mitad del cielo y apoyarlas a la hora de hacer realidad sus sueños y aspiraciones profesionales y vitales*<sup>140</sup>. Sin embargo, en la práctica, para alcanzar el objetivo demográfico marcado, en vez de facilitar a las mujeres la conciliación entre el trabajo y la crianza, se documenta en prensa la presión ejercida hacia a las mujeres para “volver a casa y dedicarse a la maternidad”<sup>141</sup>.

Según Qin (2019), el último congreso le sirvió al líder de China para encabezar un **retorno a los roles tradicionales de género** y, como resultado, las mujeres chinas están siendo excluidas de los trabajos por empleadores que las penalizan si tienen hijos y por funcionarios del partido que las animan a enfocarse en la vida doméstica. Al mismo tiempo, las que han logrado seguir trabajando cada vez están ganando menos respecto a los hombres. Así que, si hace treinta años, cuando el país comenzó a implementar reformas en el mercado laboral, las mujeres chinas ganaban poco menos del 80% de lo que ganaban los hombres, en 2010, los **ingresos promedio de las muje-**

**res** en las ciudades chinas habían caído a un 67% respecto de los hombres (y a un 56% en el campo).

En definitiva, en este momento es patente el contexto de **retroceso en derechos para las mujeres**<sup>142</sup>, que refleja el distanciamiento del partido respecto de su ambición original de liberarlas de la opresión patriarcal, y que ocurre en torno al llamamiento a favor de que, ahora, adopten su “papel único” en la familia. Las alusiones morales a la filosofía del confucianismo<sup>143</sup> en lo que al rol de las mujeres<sup>144</sup> se refiere (circunscrito al de esposa y madre e insistiendo en la obediencia de las mujeres a sus maridos), están, por lo tanto, de vuelta. Respecto a ello, un conocido proverbio chino que ilustra el lugar que tradicionalmente han ocupado los hombres y las mujeres en el orden social<sup>145</sup> dice:

“ zhòng nán qīng nǚ, 重男轻女  
Da importancia al hombre y  
réstala a la mujer.

139 *China aplicará medidas para aumentar la tasa de natalidad, según medios*. Deutsche Welle a través de efe, global.chinadaily.com.cn, octubre de 2022.

140 *Promoting Women's All-round Development. Building a Better World for All*. Remarks by H.E. Xi Jinping, President of the People's Republic of China at the Global Leader's Meeting on Gender Equality and Women's Empowerment. New York, 2015. Full speech access: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Initiatives/StepItUp/Commitments-Speeches/China-StepItUp-CommitmentSpeech-201509-en.pdf>

141 Quin, A. *En China, las mujeres son presionadas para volver al hogar y dedicarse a la maternidad*. The New York Times, 2019.

142 Recientemente se han debilitado también los derechos de las mujeres en cuanto a la división de bienes en los procesos de divorcio.

143 Confucianismo: conjunto de normas que rigieron el funcionamiento social durante siglos, prohibidas tras la revolución comunista de 1949.

144 Tarasco Michel, M., & Gómez Álvarez, J. E. *Reflexiones éticas desde el confucianismo: la mujer*. Medicina Y Ética, 31(2), 473-487, 2020. <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/232/446>

145 Lien Tan, P. *Estatus social, papel y lenguaje de las mujeres chinas*. Estudios de Asia y Africa, vol. XL, num. 2, mayo-agosto, 2005, pp. 379-394 El Colegio de Mexico, A.C. Distrito Federal, Mexico. <https://www.redalyc.org/pdf/586/58640204.pdf>

## Otros datos sobre la posición de las mujeres en la sociedad china:

- A lo largo de la última década (confirmando lo expuesto anteriormente), la clasificación de China en el índice global de brecha de género del Foro Económico Mundial se desploma de manera importante, desde el puesto 57 de 139 países en 2008 al 102 en 2022<sup>146</sup>.
- La proporción actual de mujeres que ocupan escaños parlamentarios es del 24,9%.
- Durante muchos años la participación de la mujer en el **mercado laboral** chino fue de las más altas del mundo. En 2021 la tasa de actividad femenina era del 62% tras treinta años de sucesivos descensos<sup>147</sup>, frente a la de los hombres, equivalente al 74%.
- Entre los años 1997 y 2018<sup>148</sup>, se produjo un aumento exponencial del acceso de mujeres a la **educación superior** (de casi un 20%). En 2020, las mujeres representaban el 49,6% de los estudiantes de posgrado y el 52,5% de los alumnos universitarios a tiempo completo<sup>149</sup>.
- Antes del año 2001 los abusos físicos en el matrimonio no eran contemplados como motivo de divorcio. En 2022<sup>150</sup> el Tribunal Supremo de China anuncia la ampliación de lo estipulado en la **Ley de Violencia Doméstica** de 2016, que ya prescribía castigos para otro tipo de abusos como palizas, tullimientos o la restricción de la libertad personal<sup>151</sup>.
- Para encontrar algún tipo de estadística oficial y reciente sobre violencia de género en China, hay que remontarse al año 2011, cuando la Federación de Mujeres de China, ligada directamente al Partido Comunista y después de hacer más de 100.000 entrevistas, publicó un informe asegurando que **una de cada cuatro mujeres casadas** en China había sufrido algún tipo de violencia<sup>152</sup>. Considerando el censo de matrimonios de aquel momento, se llegaba al dato de **90 millones de mujeres víctimas de violencia de género**. Sin embargo, la encuesta no incluía a mujeres no casadas, por lo que la cifra real debía ser presumiblemente superior<sup>153</sup>. Los medios locales recogen el agravamiento de la violencia de género durante los confinamientos por la pandemia del COVID 19, aunque no ha sido posible acceder a datos contrastados.

146 Global Gender Gap Report. Insight Report, July 2022. World Economic Forum. Informe disponible aquí: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2022.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf)

147 Tasa de población activa, mujeres (% de la población femenina mayor de 15 años, base de datos sobre la estadística de la OIT (ILOSTAT))

148 Cifras de las alumnas admitidas en la educación superior. Los datos de Grado contienen los estudiantes de licenciatura regular y de diplomatura de curso corto con duración de 3 años. Datos del Ministerio de Educación de República Popular de China, 2018.

149 *Se reduce brecha salarial de género en China con más mujeres en puestos de dirección, según encuesta*. Observatorio de la Política china, 2020.

150 *Ampliación de la Ley China de Violencia Doméstica facilita la solicitud de órdenes de alejamiento*. Efeminista.com y Onu Mujeres, Julio de 2022.

151 La Ley de Violencia Doméstica en China comprende el castigo de la violencia ocurrido entre los miembros de una familia, sin contemplar de forma particular el patrón de la violencia de género. En su nueva interpretación, la ley concreta la definición de «violencia doméstica» y detalla el tipo de evidencias que se pueden presentar para probar que los familiares de una víctima han sido sometidos a «abuso mental o físico» mediante técnicas como «el sometimiento al frío o al hambre» o «el acoso» y puedan así solicitar una orden de protección, por la cual se prohíbe a los abusadores contactar con las víctimas y sus familiares durante un período de tiempo.

152 *El 8 de marzo en China: la violencia machista aumenta durante la epidemia de coronavirus*. El Mundo, 2020.

153 A falta de datos oficiales, la ONG feminista china Equality realizó un seguimiento a la aplicación de la Ley contra la Violencia Doméstica desde su implementación el 1/3/2016 hasta el 31/12/2019, a través de la información ofrecida por los medios locales. Según su informe, los medios informaron un total de 942 asesinatos relacionados con la violencia doméstica, provocando la muerte de 1.214 personas (vecinos y transeúntes como implicados), de las que casi el 7% eran menores. Debido a que en bastantes casos no se reportó el número de muertes desglosado por sexo, se puede determinar que al menos 920 mujeres (incluidas niñas) fueron asesinadas, lo que representa el 76% de las víctimas. Esto significa que, en promedio, al menos tres mujeres mueren cada cinco días en China por violencia doméstica. *Informe de seguimiento de cuatro años sobre la aplicación de la ley contra la violencia doméstica de la República Popular China*. Equality, 2020. Informe completo aquí: [http://www.equality-beijing.org/editor/attached/file/20200704/20200704133754\\_7100.pdf](http://www.equality-beijing.org/editor/attached/file/20200704/20200704133754_7100.pdf)

## China

### Historia de la migración china hacia Cataluña

Para comprender mejor a las mujeres originarias de la cultura china que acceden al sistema de salud en Cataluña, creemos que es interesante, también, tomar en cuenta la influencia que el proyecto migratorio ejerce sobre sus vidas. Para ello, partimos de la base de un interesante estudio realizado por Beltrán (2009) en torno a la historia de la migración china en Cataluña.

Según este estudio (Beltrán<sup>154</sup>), la presencia de población china residente en España cuenta con una larga historia que se remonta a finales del siglo XIX, aunque el volumen de sus residentes no ha sido realmente significativo hasta el año 2000. Las primeras referencias a la presencia china en Cataluña y, en concreto, en la ciudad de Barcelona se remontan al surgimiento del barrio de Pekín en la década de 1870. Era un núcleo de barracas en el distrito de Poblenou, junto a la playa en los límites con Sant Adrià del Besòs, cerca de La riera d'Horta, donde se asentaron familias de origen chino que habían emigrado desde Filipinas.

Según este autor, durante la primera parte del siglo XX, la toponimia volvió a imprimir un carácter oriental a una parte de la ciudad de Barcelona cuando el distrito V se convirtió en el "barrio chino" (aunque ninguna persona china residía en él). El nombre fue fruto de un invento literario de intelectuales franceses que, cargado de prejuicios orientalistas, habían utilizado el término de barrio chino para referirse a una zona cercana al puerto donde se concentraba la prostitución y la venta de drogas. Y ello hasta que, en la década de 1990, el barrio comenzó a llamarse "el Raval".

Beltrán relata que, en realidad, fue en torno a la década de 1920 y durante la Segunda República (1931-1936) cuando se produjo

la primera llegada significativa de chinos a España y Cataluña. Se trataba mayoritariamente de buhoneros o vendedores ambulantes que iban de pueblo en pueblo por toda la geografía española y europea con una maleta llena de pequeñas mercancías. Durante la guerra civil (1936-1939) su actividad cesó y algunos de ellos participaron en las Brigadas Internacionales a favor de la República.

Posteriormente, en 1949, la fundación de la República Popular China origina la expulsión de los extranjeros del país y, entre ellos, de los misioneros españoles, que se refugiaron en Hong Kong y en Taiwán y que, a partir de entonces, contribuyeron a enviar a España a estudiantes chinos para completar sus estudios.

Entre 1953 y 1973, España reconoció a Taiwán como la representante de China ante el mundo (en la misma línea que las Naciones Unidas) y, durante la década de 1970 llegaron nuevos migrantes chinos, algunos de ellos desde otros países de Europa. Como explica este investigador, la mayoría abrió restaurantes de comida china que poco a poco fueron ganando una aceptación popular que se consolidaría en la década de 1980. Otro momento clave del movimiento migratorio hacia Cataluña se produce con la integración de España en la Comunidad Económica Europea (1986). Ante las expectativas de una subida generalizada del nivel de vida y la apertura de nuevas oportunidades de negocio, los 124 residentes chinos que había en Cataluña en 1981 pasaron a ser 387 en 1990. Aunque el desencadenante de una llegada más significativa de nuevos residentes fue, sin lugar a dudas, el acontecimiento de los **Juegos Olímpicos de Barcelona de 1992**. En un fenómeno sin precedentes, los residentes chinos en Cataluña se incrementaron hasta 8.547 en 2000 y hasta 42.291 en 2008. En la actualidad, según los últimos datos publicados por el Idescat<sup>155</sup>, la población china residente en Cataluña en 2021 se ele-

154 Beltrán, J. *La inmigración china en Cataluña*. Departament de Traducció i Interpretació Universitat Autònoma de Barcelona, 2009. [https://www.researchgate.net/publication/228424292\\_La\\_inmigracion\\_china\\_en\\_Cataluna](https://www.researchgate.net/publication/228424292_La_inmigracion_china_en_Cataluna)

155 *Población extranjera a 1 de enero. Por países (2021)*. Instituto de Estadística de Cataluña. Generalitat de Cataluña.



va a 63.753 personas (de las cuales 32.343 son mujeres y 31.410 son hombres), lo cual corresponde al **5,6% del total de la población extranjera**, en cuarta posición tras la comunidad marroquí, rumana e italiana.

La comunidad china, al igual que la marroquí, es además una de las que más ha recurrido a la **reunificación familiar** como modo de entrada en España, ofreciendo un reflejo de la importancia dada a la conservación de la unidad familiar. Así mismo, es relevante el elevado **número anual de nacimientos de madres chinas** en Cataluña. En el año 2000 el Idescat registra 253 nacimientos vivos de madres con nacionalidad china, y la cifra de nacimientos aumenta año a año

hasta estabilizarse en torno a los 1000 por año durante quince años (con su cifra más elevada en 2008, cuando estalla la crisis financiera internacional, y es de 1.420). En 2015, el número de nacimientos comienza una tendencia a la baja (con 751 nacimientos registrados) que continua en los años posteriores hasta llegar a su desplome, en el año 2021, como consecuencia de la pandemia de la COVID 19 y en consonancia con la tendencia mundial (con 473 nacimientos registrados<sup>156</sup>). En ese momento, el dato representa el 2,6% respecto del total de los 18.207 nacimientos de madres extranjeras inscritos el mismo año (y que, en su conjunto, representan el 31,7% del total de nacimientos en Cataluña).

<sup>156</sup> *Nacidos vivos por madre extranjera* según el sexo y la nacionalidad de la madre. Idescat. Generalitat de Catalunya, 2021. Tabla disponible aquí: <https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=2332&lang=es>

## China

En el año 2013, el Gobierno adopta la **Ley de Emprendedores 14/2013**, a través de la cual se intenta promover la inversión extranjera sobre suelo español para paliar la crisis inmobiliaria y financiera. La ley estipula que cualquier extranjero extracomunitario, inversor o profesional altamente cualificado, puede conseguir un visado de dos años en España a cambio de una inversión en el territorio equivalente, al menos, a 500.000 euros. Y, desde entonces a esta parte, 883 ciudadanos chinos se acogen a la llamada "Golden Visa"<sup>157</sup>.

Según los datos de Beltrán, aproximadamente el 70% de los migrantes chinos en España y en Cataluña procede de la provincia de Zhejiang, al este del país, de donde provenían, originalmente, aquellos buhoneros de las décadas de 1920 y 1930.

Según el autor, la migración internacional afecta a **todas las clases sociales** chinas, no sólo a los más desfavorecidos, y las cadenas migratorias familiares se utilizan en toda su extensión, por lo que el contacto y los **vínculos con sus orígenes** no se pierden, sino que están muy presentes, sobre todo para la primera generación. La comunidad china tiende, en opinión de Pen<sup>158</sup>, a retener su estructura sociofamiliar y sus actividades culturales con relativo poco contacto con las actividades sociales locales o nacionales del país al que emigran. La **familia** es un **aspecto primordial de su vida social**.

Otras procedencias tradicionales son las de Taiwán (como es el caso de la informante clave en este estudio) y Hong Kong, especialmente importantes hasta la década de 1990, cuando la nueva llegada de qingtianeses se convirtió en mayoritaria. Junto a estos, también es destacable un grupo procedente de Shanghái, la ciudad más poblada de China. Este último grupo se caracteriza por su ascendencia urbana y un nivel educativo promedio más elevado que los

de Qingtian. Y es que la división urbano-rural que ha marcado la vida china durante el último medio siglo, también es evidente en el contexto migratorio catalán. Los estereotipos mutuos entre ambos segmentos de la población china, en opinión de Beltrán, se reproducen aquí.

La migración ejerce, sobre las mujeres, **diferentes influencias**. Por un lado, en el contexto del embarazo, parto y posparto, en general **no cuentan con la familia extensa** y por lo tanto tampoco con los importantes apoyos ofrecidos por las madres y suegras. Al mismo tiempo, resulta mucho más complicado para ellas encontrar matronas especialistas en posparto en sus lugares de destino. En este sentido, los cónyuges deben involucrarse en acometer ciertas tareas del hogar y de cuidado de los niños en mayor medida que en origen, incrementando así, aunque de forma temporal, la **igualdad de género** en sus relaciones. Pero, por otra parte, la ausencia de las madres y de las suegras también permite a las mujeres tomar distancia respecto de los mandamientos tradicionales y tener un nivel de **autonomía mucho mayor** en relación a las prácticas que desean perpetuar o adaptar en función de sus propios criterios y conocimientos entre la cultura de origen y la de destino, incrementando así su **control de su propio cuerpo y de sus decisiones**.

157 «Golden Visa»: chinos y rusos, los que más han utilizado esta vía. Legalteam, 2022.

158 LY PEN, D. *Patologías prevalentes en pacientes de etnia china*. *Medifam*. 2001, vol.11, n.7, pp.34-44. ISSN 1131-5768. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000700004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000700004)

### 1.3. Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea

Según Ly Pen<sup>159</sup> (2001), es difícil explicar en pocas palabras la teoría china de por qué enfermamos, pues esto, según su estudio, nos llevaría a las bases filosóficas de la Naturaleza misma, donde la del hombre es solo un componente más. La Naturaleza está en continuo cambio y esto se manifiesta básicamente en dos aspectos, el *yin* (que representa la oscuridad, la luna, lo femenino, la pasividad, lo que cede, etc.) y el *yang* (que representa la claridad, el sol, lo masculino, la actividad, lo que resiste, etc.). Según el autor, no son principios opuestos ni contrarios, sino **complementarios** e interdependientes y son tan importantes el uno como el otro, pues la ausencia total de uno anula al otro.

Por lo tanto, en una persona sana, el *yin* y el *yang* están en un continuo **equilibrio dinámico**. La obstrucción (déficit) o el desbordamiento (exceso) en la circulación de la energía (*qi*), produce un desequilibrio que se convierte en enfermedad. Otro elemento clave es el *shen* o *espíritu-shen*, que constituye la forma más inmaterial de la energía (el *qi*), englobando el conjunto de nuestras funciones psíquicas y espirituales, que pueden clasificarse como los 5 elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua. Cada uno de estos cinco elementos se asocia a una serie de órganos y a un posible significado cuando aparece la dolencia en un paciente que evidencia un desequilibrio. A cada uno también se le asocia un color, un sabor, unas aptitudes, etc. Finalmente, el *qi* es inseparable de la sangre, y ésta es el vehículo del *shen*, que la conduce. El *shen* también genera el apoyo entre los cinco elementos y es considerado la conexión de nuestro ser con el universo.

A esto también apunta el estudio de Reyes<sup>160</sup>, cuando asevera que la Medicina Tradicional China (MTCH) considera al **cuerpo humano como un todo**, y atribuye la enfermedad al desequilibrio entre sus diferentes elementos. Por ello, el tratamiento, más que destinado a la curación de un síntoma concreto, se enfoca al restablecimiento del equilibrio corporal, enfatizando la necesidad de llevar una vida sana, mediante una buena nutrición, la práctica de la relajación y de ejercicios respiratorios. El principal objetivo de la MTCH por lo tanto, además de curar enfermedades, es mantener una buena salud.

“

*Nuestro concepto de la salud se basa en la prevención de la enfermedad partiendo de una dieta especial en función de la estación del año y el rango de edad. Por ejemplo, en invierno, si tengo las manos y los pies fríos, debo comer alimentos yang, que son calientes. Y luego, cada día adaptamos lo que comemos a lo que nos ocurre (resfriado, dolor de cabeza, etc).*

(Chung)

Según Reyes (2008), para conseguir mantener la buena salud, se parte de un axioma fundamental: la existencia individual del ser humano resulta inseparable de la vida cósmica total. En esa **relación ser humano-universo**, se

159 Pen, Ly. *Atención al inmigrante. Patologías prevalentes en pacientes de etnia china*. Medifam vol.11 no.7 jul. 2001. Artículo disponible aquí: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n7/hablemosde.pdf>

160 Ariel E. Reyes G. *Evolución Histórica de la Medicina Tradicional China*. Comunidad y Salud. 2008, vol.6, n.2, pp.42-49. ISSN 1690-3293. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932008000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000200005)

## China

juega el estado de salud de cada individuo. El autor cita un texto antiguo que recoge una conversación entre el Emperador Amarillo y Chi Po, su primer ministro, en la que el primero le pregunta por qué, antiguamente, algunas personas habían podido vivir hasta 120 años sin verse debilitadas, y eso ya no ocurría. A lo que Chi Po contestó:

“ *Los antiguos, que conocían la manera adecuada de vivir; siguieron el modelo del Yin y Yang, que es el modelo permanente del cielo y la tierra: permanecieron en armonía con los símbolos numéricos que son los grandes principios de la vida humana, comieron y bebieron con moderación, vivieron su vida diaria siguiendo un modelo ordenado sin excesos ni abusos.*

Con 3000 años de historia, esta concepción de la salud y la enfermedad se materializa en la **Medicina Tradicional China** (MTC), originaria de la antigua China, que ha perdurado y evolucionado a lo largo de la historia. La MTC entiende que **no existen enfermedades, sino enfermos**, y se trata de una **medicina holística** (Reyes) ya que tiene en consideración no sólo lo que sucede en el órgano afectado, sino también lo que sucede en todo el **organismo** y a nivel de las **emociones**: se trata la manera de manifestarse y cómo responde éste a las influencias externas y a los estímulos del entorno.

“ *Para nosotras, estar sanas implica estar físicamente bien y sin preocupaciones, porque en nuestro concepto de salud, las emociones también son importantes.*  
**(Chung)**

Hoy en día, el recurso a la **Medicina Tradicional China** a través de cualquiera de sus técnicas, como la fitoterapia, acupuntura, digitopuntura, moxibustión, etc. está ampliamente extendido en la cultura del país, especialmente entre las personas mayores de 40 años. Combinada con una dieta adaptada que contribuya a restablecer el equilibrio, la MTC ayuda a reforzar el organismo e interviene en el tratamiento de los síntomas manifiestos, cuyo origen se encuentra en los “malos hábitos” de las personas.

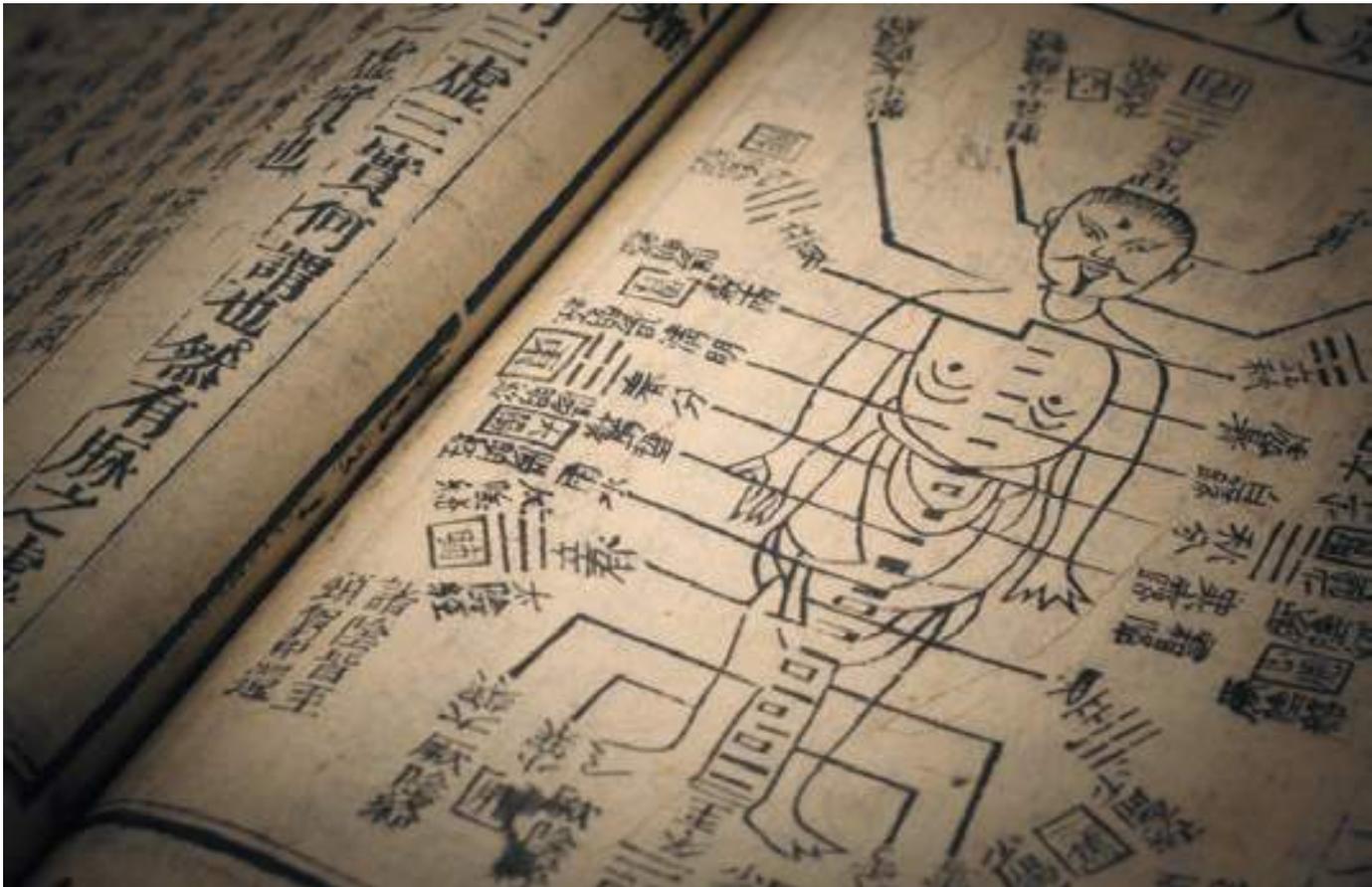
“ *Si un recién nacido tiene un problema de salud, se va a culpar a la madre por haber hecho algo que no debía durante su embarazo, como realizar obras en su casa, coger un martillo, comer algo que no debía...*

*Si un niño manifiesta síntomas (de enfermedad), puede pensarse que ha cogido un “golpe de viento” o que podía tener falta de higiene en sus manos, etc.*

*Entre los veinte y los treinta años, se recomienda tener buenos hábitos alimentarios, entre los treinta y los cuarenta años se recomienda hacer ejercicio, estiramientos por la mañana o antes de ir a dormir, empezar a hacer una dieta más ligera y dejar de beber y fumar.*

*Ya, a partir de los cincuenta años, se nos dice que hay que poner el foco en la alimentación y el ejercicio suave. Muchos jubilados empiezan en ese momento a hacer thai-chi.*

**(Chung)**



En general, las **enseñanzas del equilibrio entre el yin, el yang y el shen** se transmiten en cada familia (el poder de los alimentos y las hierbas, qué dietas seguir en cada circunstancia, masajes, etc) y es por ello que popularmente se conocen y prosiguen los cuidados y autocuidados en el marco de la medicina tradicional china en el contexto de la vida cotidiana.

Cuando una enfermedad es manifiesta, según Chung, se tiende a recurrir a las diversas técnicas de la MTC para su tratamiento y, todas las personas que puedan recurrir a la medicina clínica occidental, lo harán en paralelo. En cuanto a ello, según el estudio de Wang<sup>161</sup>, desde la fundación de la República Popular China, la medicina clínica occidental y la medicina china han coexistido institucionalmente y forman conjuntamente el sistema sani-

tario chino. De modo que las mujeres chinas en suelo chino a veces recurren al pluralismo médico y se acogen, efectivamente, a varios registros médicos: a pesar de la diferenciación social en términos de origen geográfico, clase social y generación demográfica, la mayoría de ellas acuden al hospital o clínica de orientación médica occidental para dar a luz, y cumplen más o menos con los mandatos de reposo posparto y dietética promovidos por la medicina china.

En cuanto al sistema sanitario en China, **Mao Zedong nacionalizó el sistema sanitario** tras su llegada al poder en 1949 y las campañas médicas públicas incrementaron la esperanza de vida, pero en un país esencialmente agrícola y pobre, la atención de la salud seguía siendo escasa y de baja calidad.

161 Wang, S. *S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de sante périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris*. Anthropologie et Santé, 2022. Estudio disponible aquí: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/10670>

## China

En los **años ochenta** y con el inicio de las reformas económicas, el **PPCh introdujo la liberalización** del sistema de salud e instauró un nuevo modelo basado en el beneficio económico, la disminución de la aportación del Estado, y la autorización de entrada de empresas para su financiación. Esto acabó implicando que los presupuestos de los centros sanitarios dependieran en gran parte de la venta de medicamentos y otros servicios. Y que la gran mayoría de los tratamientos deban ser financiados por los pacientes, razón por la cual se disparan las **diferencias entre zonas ricas y pobres del país** ante la salud y se hunde la confianza de la población en el modelo sanitario.

China no tiene un sistema sanitario universal<sup>162</sup>. El sistema funciona a través de un **seguro** para trabajadores de áreas urbanas, pagado mayoritariamente por la empresa contratante; un seguro para residentes de áreas urbanas, que corre a cargo del Estado y que cubre a aquellos que no trabajan; y un nuevo seguro cooperativo, para las zonas rurales. Los dos primeros cubren cada uno a cerca de 300 millones de personas, mientras el tercero a más de 800 millones. En total, China asegura que el 95% de la población, de 1400 millones, tiene acceso a una sanidad básica.

Sin embargo, la amplia cobertura pública no implica que la atención sea gratuita. Los pacientes están obligados a pagar, de media, más del 30% de los gastos médicos, lejos del 20% de máximo que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Además, los precios por tratamientos de enfermedades más allá de la atención primaria son muy elevados y una buena parte de la población no se los puede permitir. Como tampoco es accesible, por el mismo motivo, la **sanidad privada**.

“

*Cuando una persona sabe que tiene una enfermedad grave, la familia empieza a ahorrar para poder pagar el tratamiento.*

**(Chung)**

Como afirma Rodero (2020), basándose en los datos de la Asociación de Médicos de China, en el país hay más de 4,5 millones de médicos y enfermeros, aunque la ratio por paciente es todavía baja. Y la disparidad de la cantidad y la calidad de los servicios entre la ciudad y el campo es importante. Mientras los hospitales y la variedad de tratamientos en grandes ciudades como Pekín, Shanghái o Guangzhou se acercan a los estándares de los países desarrollados, en las provincias del interior del país la **cobertura es deficiente**.

Por lo tanto, además del **coste económico** que es necesario asumir en relación a cualquier tratamiento y a las dificultades relativas a las **largas distancias** territoriales que hay que recorrer para recibir una atención de calidad, hay que añadir los **obstáculos administrativos** que plantea la burocracia china a quienes pretendan ser atendidos en una provincia distinta a la de su residencia habitual. Este sistema, el *hukou*, similar al padrón, otorga derecho a la sanidad o la educación solo en la provincia de nacimiento y conseguirlo en una gran ciudad ajena es caro y complicado, lo que hace que muchos tengan que conformarse con tratamientos médicos de peor calidad.

Por todo ello, la RPC busca ampliar la cobertura sanitaria y reducir los costes para los pacientes en un momento en el que, especialmente tras los impactos de la pandemia de la COVID 19, y en el que, como se ha dicho anteriormente, la población envejece, las nuevas clases medias exigen mejor atención en el sector. Para ello, en los últimos años China triplicó el presupuesto sanitario, en 2018 invirtió el 6,4% de su PIB en el sector y la tendencia se mantiene. Sin embargo, las inversiones también provienen del sector privado, con todo lo que ello implica en clave de competitividad.

162 Rodero, JM. *El sistema sanitario en China: casi público, pero ni universal ni gratuito*. Nius Internacional, 2020.

## 1.4 Concepción de la maternidad, el embarazo no deseado, la infertilidad y el aborto

A pesar de las diversas religiones representadas en su territorio, China es un país de inmensa mayoría atea, donde las mujeres siempre han trabajado fuera de casa y, debido a las diversas políticas de Planificación Familiar, existe el **derecho de abortar** hasta casi la última semana de embarazo.

“*Es verdad, en China abortar es muy común, casi todas las mujeres han abortado alguna vez porque es fácil tener un accidente y antes existía la política del hijo único. Pero el proceso también es muy cruel. Sobre todo, en el ámbito rural, se realiza mediante legrados a menudo sin anestesia porque de esta manera es más barato o porque, a veces, los médicos parece que quieren castigar a las mujeres. Los médicos a veces dicen “es un momento, te aguantas”.*

**(Chung)**

Ante el aborto, dado que se trata de un derecho, pero también hasta ahora, de un recurso políticamente necesario y por lo tanto extendido entre las mujeres, se busca el apoyo de la madre y las tías, pero su realización no suele contarse más allá de la familia. Porque la existencia del derecho al aborto no impide que

una buena parte de la sociedad tenga valores familiares muy conservadores. Por ejemplo, ser **madre soltera** en China no sólo supone un fortísimo estigma social, sino también una anomalía administrativa que casi roza la ilegalidad<sup>163</sup>; a una mujer soltera no se le permite congelar sus óvulos, tener hijos por subrogación está completamente prohibido y están excluidas de las actuales ayudas para la procreación de hasta un tercer hijo.

Al mismo tiempo, según diversas fuentes, el acceso al derecho al **divorcio** es cada vez más difícil en China. Por un lado, la separación unilateral no existe; los jueces sólo conceden divorcios si ambas partes aceptan. Para llevarlo a cabo de forma unilateral, se contemplan las alegaciones de abuso, drogadicción, adulterio o dar pruebas de que la otra parte ya realiza desde hace tiempo su vida al margen del núcleo familiar. Ahora, con el objetivo de reducir aún más las separaciones y **fomentar la familia nuclear**, en 2021 se introdujo un periodo legal de “recapacitación” o “periodo de enfriamiento” que obliga a las parejas a tomarse un mes de pausa antes de proceder siquiera a los trámites del divorcio. Para el Estado chino, el modelo del matrimonio sigue siendo el **garante de una sociedad “estable”**.

Por otro lado, en China, donde tener un hijo (ahora hasta tres) se ve como una expectativa y como una necesidad, la **infertilidad** ha sido y sigue siendo un **tabú**. En este país las mujeres suelen tener un poder de decisión familiar relativamente alto. Sin embargo, debido a la gran importancia que se concede a la fertilidad y la capacidad de procrear, las parejas sufren la presión de familiares y amigos para tener un hijo y, si no pueden lograrlo, existe

163 Las madres solteras son excluidas del sistema sanitario público y ahora también de las ayudas ofrecidas a las familias para tener hasta tres hijos. *China ofrece incentivos a las mujeres que tengan hijos, pero las madres solteras no están incluidas*. Infobae, 2022. <https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2022/07/08/china-ofrece-incentivos-a-las-mujeres-que-tengan-hijos-pe-ro-las-madres-solteras-no-estan-incluidas/>

## China

una tendencia en la sociedad a percibir que “la falta de hijos es siempre culpa de la mujer”<sup>164</sup>.

“

*Lo primero que se piensa es que la infertilidad es un problema de las mujeres. Los hombres creen que si el bebé lo llevas tú, quiere decir que el problema está en ti.*

**(Chung)**

Debido a la percepción tradicional del género y la cultura social, la infertilidad aún conduce a la **estigmatización y la discriminación**, así como a la **inestabilidad del matrimonio**.

“

*A pesar de los cambios, en China todavía hay una mentalidad tradicional. Si, la infertilidad puede llevar al divorcio. No tener un hijo, es no tener un nieto y es perder el apellido del padre, lo cual se considera muy importante a ojos de toda la familia. Se dice que “hay que perpetuar nuestra sangre”.*

**(Chung)**

98

Todo ello genera una enorme presión mental para las mujeres, que además sufren de estrés y depresión debido a los altos costes que puede conllevar un tratamiento.

“

*Las mujeres llevan un enorme peso encima. Puede llegar a ser incluso difícil convencer al marido para que se haga las pruebas de la infertilidad.*

**(Chung)**

En cuanto a tratamientos, mientras que la medicina occidental la infertilidad encuentra sus **causas** en una insuficiencia ovárica prematura y en el síndrome del ovario poliquístico (en el caso de las mujeres), la Medicina Tradicional China tiene en cuenta una serie de elementos mucho más amplia. La terapia busca lograr el **equilibrio entre la energía reproductiva, la sangre, y el yin y yang** de los órganos internos.

Según los postulados de la MTC, la infertilidad puede venir inducida por una debilidad de la función renal por un factor genético que puede estar causando una insuficiencia de energía (*qi*) o sangre (*xue*) y, de este modo, generar que no haya sangre que nutra al útero ni al movimiento (*qi*) y que la fecundación se vea perjudicada. Otro motivo puede ser que la energía (*qi*) o la sangre (*xue*) estén estancados, ocasionando una insuficiencia de *yin*, pues no hay suficientes estrógenos para que madure el folículo ni se engrose la pared del endometrio. Si, por el contrario, hay insuficiencia de *yang*, es porque falta acción y calor (“frio en el útero”). De este modo, se considera imprescindible que la zona inferior al ombligo (abdominal y lumbar) esté protegida del frío para que haya una adecuada circulación de la sangre y que esta no se estanque. Por ello se recomienda no ingerir continuamente alimentos y bebidas frías, que favorecen el “frio en el útero” cuando se busca el embarazo o durante el primer trimestre del mismo.

Al mismo tiempo, se toman en consideración las **emociones**. Según la MTC, cada órgano del cuerpo está ligado a una emoción. Por ejemplo, el corazón se considera el órgano que alberga el *shen* (capacidades intelectuales y emociones), va ligado a la ansiedad y se considera que su alteración hace que no pueda ejecutar bien sus funciones. Las emociones como la ira, la irritabilidad y la frustración repercuten de manera directa y negativa, por su parte, al hígado, encargado de almacenar la sangre y mantener una correcta circulación energética y sanguínea; el pulmón está ligado a la tristeza y el bazo a la preocupación; por ello se recomienda evitar las emociones intensas, ya que impiden un flujo energético adecuado y normal. También

164 El estigma social de las mujeres infértiles en la provincia de Zhejiang, China: un estudio basado en un cuestionario. Mundo fertilidad, 2021.

se analiza la **dieta** de la mujer, pues una dieta inadecuada y la falta de ejercicio dañan y debilitan el bazo, que tiene como funciones la formación de sangre, la contención de ésta dentro de los vasos sanguíneos, la contención del embrión en el útero y el control de los músculos. Se considera que una dieta incorrecta provoca, al mismo tiempo, que no haya una adecuada circulación de *qi* y de *xue*. Finalmente, se considera que el exceso de ejercicio y de actividad sexual debilitan por igual el bazo y el riñón y, por lo tanto, a la esencia reproductiva<sup>165</sup>.

Por ello, la Medicina Tradicional China trata la infertilidad a través de diversas técnicas, con los objetivos de regular todas las características del ciclo menstrual, equilibrar las emociones, tonificar y favorecer la circulación del *qi* y del *xue* y tonificar el *yin*, el *yang* y *jing*, para que puedan ejercer correctamente sus funciones.

En el caso de la **infertilidad masculina**, la MTC considera el riñón y el bazo como órganos importantes para su fertilidad, donde el riñón regula la calidad del esperma y el bazo transporta nutrientes necesarios para la producción y maduración de este<sup>166</sup>.

Cabe señalar que la OMS reconoce el buen resultado de la **acupuntura** en el tratamiento de diversas patologías y alienta a considerar la MTC como una parte importante del sistema de salud en su plan estratégico 2014-2023<sup>167</sup>.

Los avances y cambios de los últimos tiempos en China hacen que el recurso a los tratamientos de la infertilidad, ya sea en el marco de la medicina occidental, de la medicina tradicional china o de ambas, sea cada vez más común. Sin embargo, persiste el temor de las parejas a compartir que están siguiendo este proceso de cara a la familia y la sociedad.

En cuanto a la vivencia de la **maternidad**, sin duda las **políticas públicas respecto a la natalidad china**, que fijan la cantidad de hijos que las mujeres pueden tener, se entremezclan con la realidad y el sentir de las mujeres frente a ella. Las mujeres han tenido que someter sus deseos a la voluntad de las autoridades desde 1979 hasta ahora, cuando la máxima descendencia admitida por mujer casada ha pasado de uno a tres hijos.

“ *La maternidad en China es un tema de mujeres y ellas llevan, también, todo el peso del control de la natalidad en casa, lo cual es muy duro. A veces los hombres no quieren usar anticonceptivos, y luego son ellas las que deben abortar.*  
(Chung)

“ *En China, una buena familia, una familia feliz, es una familia grande, con muchos hijos, en la que unos se cuidan a los otros. Por ello, las políticas de planificación familiar también afectan a los hombres. Pero las estrategias para no quedarse embarazadas recaen sobre ellas.*  
(Chung)

Según un estudio que analiza las **implicaciones** que tuvieron las distintas **leyes de con-**

165 *La medicina tradicional china para tratar la infertilidad femenina*. Fisiocampus. <https://www.fisiocampus.com/articulos/la-medicina-tradicional-china-para-tratar-la-infertilidad-femenina-o-masculina>

166 RAMOS PADILLA, Kenia; BAÑOS HERNÁNDEZ, Ihosvani. *La Medicina Tradicional China en la infertilidad masculina*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, [S.I.], v. 22, n. 6, p. 1069-1076, oct. 2018. ISSN 1561-3194. Disponible en: <<https://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3688>>.

167 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organización mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1)

## China



100

**rol de la natalidad**<sup>168</sup>, expone que ,durante mucho tiempo, antes de la revolución de Mao Zedong, se admitían las prácticas de abandono o ahogo de las niñas recién nacidas. Por ello, Mao impulsó la Ley del Matrimonio de 1953, que a partir de entonces obligó a los padres a hacerse cargo y educar a todos los hijos nacidos vivos. Al principio, Mao creyó en la importancia de promover una población joven como factor determinante para el impulso del desarrollo del país. Mas adelante, ante la natalidad disparada en las zonas rurales, se haría famoso el eslogan “dos hijos es suficiente, uno es mucho mejor”. Hasta que, en 1979, se instauró la “Política de Planificación de nacimientos” conocida como la “política del hijo único”.

“

*A partir del año 1979 se empezó a mirar el sexo del bebé (antiguamente daba mala suerte hacerlo). Si era niña, se abortaba para tener la oportunidad de que el hijo único de la familia fuese varón.*

**(Chung)**

Con posterioridad, en 1994, la “Ley de Protección de la Mujer y el Niño” reveló al mundo, a su vez, la parte insoportable de aquella difícil situación del bebé “de más”. La ley prohibía el nacimiento de niños con

168 Chicoine JF. *Et le bébé chinois?* Pediatric Child Health. 2001 May;6(5):273-9. French. PMID: 20084249; PMCID: PMC2804558. Disponible aquí: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804558/>

defectos físicos o mentales, lo cual abrió la puerta a esterilizaciones forzadas, al aborto de todos los bebés con cualquier malformación o al abandono para la adopción, aplicándose esto con más rigor en el caso de las niñas. El **infanticidio de las niñas** fue la muestra de que, a pesar de los cambios promovidos en el país en relación a la posición de las mujeres, su bajo estatus social persistió<sup>169</sup>. No deja de sorprender que la medida del hijo único en China estuvo en vigor hasta el año 2013, cuando se flexibilizó hasta admitir la posibilidad de un segundo hijo.

“

*Hay muchos casos, y es conocido, de familias que han tenido más hijos de lo que está permitido y entonces, lo esconden. No se le hace el registro civil y aunque en los pueblos a veces se consigue que el niño vaya igualmente a la escuela, no siempre es posible. Cuando llegan los inspectores para ver cuánta gente vive en una casa, se le esconde. A esos niños se les llama “niños fantasmas”.*

(Chung)

En el momento actual, de **lucha institucional contra el envejecimiento de la población**, los medios ya recogen cómo la promoción por parte del Estado del nacimiento de **tres hijos por mujer**, tampoco ha sido bien acogida por todas ellas<sup>170</sup>. En primer lugar, porque, como decíamos anteriormente, las mujeres empiezan a sufrir, como consecuencia de este llamamiento patriótico respecto de la natalidad nacional, una discriminación laboral expresa. En segundo lugar, porque en el ámbito urbano el coste de la vida es elevado, a veces no se cuenta con todo el apoyo familiar en el hogar (por las migraciones del campo a la ciudad de los más jóvenes) y, por lo tanto, la medida implica una mirada distinta en función de la clase social y lugar de residencia del matrimonio<sup>171</sup>. Por otro lado, y, en tercer lugar, en la cultura china se espera que las nuevas generaciones de adultos asuman la manutención de sus padres<sup>172</sup>, en un contexto en el que la cobertura sanitaria pública escasea y las pensiones son tan bajas que resulta imposible vivir de ellas. Por lo tanto, la voluntad del gobierno chino de paliar la pirámide demográfica invertida, una vez más, mediante la planificación familiar estatal, choca con la realidad, difícilmente asumible para muchos, de añadir un bebé más a la familia.

En China existe, en definitiva, una estrecha vinculación entre las **construcciones familiares y el contexto político, socioeconómico y demográfico**. Teniendo en cuenta esas normas invasivas y punitivas<sup>173</sup>, el impacto de la política nacional de Planificación familiar sobre la maternidad no solo constituye

169 Avilés, MF. *El papel actual de la mujer en China y el surgimiento de movimientos feministas: desafíos y retos*. Programa Universitario de Estudios sobre Asia y África, 2016. Estudio disponible aquí: <http://pueaa.unam.mx/blog/el-papel-actual-de-la-mujer-en-china-y-el-surgimiento-de-movimientos-feministas-desafios-y-retos>

170 Arroyo, S. *No hay cheque bebé que valga: por qué la política china del tercer hijo va a fracasar*. *El Confidencial*, 2021.

171 Según relata Arroyo en el *Confidencial* (2021), mientras que para las clases sociales más altas esta medida supone acceder a más libertades, y para las clases sociales más desfavorecidas, especialmente del entorno rural, tres hijos suponen garantizar un sueldo adicional en el hogar. En el caso de las clases medias y particularmente las residentes en el entorno urbano, sin embargo, la medida se percibe como una fuente de preocupación y estrés, además de por el coste de la vida, entre otros factores, por la competitividad existente en el marco del mercado laboral, y la necesidad de los padres de ofrecer a su descendencia una educación de excelencia que también es costosa.

172 El confucianismo tenía una larga tradición de venerar a sus ancestros; el respeto por los antepasados se transformó en una obligación filial para con los familiares vivos. Citado en Pacheco, M. L. (2019). *Valores de la comunidad china sobre la maternidad*. Universidad Nacional de Villa María.

173 Liu, T. *La política de Planificación Familiar de China y su impacto*. Universidad de Valladolid, 2021. Estudio disponible aquí: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/51746/TFG-E-1330%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## China

una **violación de los derechos sexuales y reproductivos** de su ciudadanía, sino que es importante también desde un punto de vista subjetivo y emocional. Por ejemplo, la maternidad de una madre soltera, que no se ajusta a la política nacional de China, es sin duda vida con más estrés y situaciones limitativas (acceso a la vivienda, al trabajo, a la salud o a las ayudas sociales) que la de una mujer casada.

Para **buscar el embarazo**, en China se practican algunos **rituales** para limpiar el cuerpo, el alma y favorecer que este se produzca pronto y en las mejores condiciones. Por ejemplo, se dan baños fríos, se reza a los dioses y se ingieren alimentos particulares. En la práctica popular, existen al menos, tres formas de pedirle a los dioses la llegada del embarazo<sup>174</sup>: la primera consiste en ofrecer sacrificios a los dioses encargados del parto, como Guanyin, Bixia Yuanjun y las diosas de las flores; la segunda, en rezar comiendo alimentos que se considera que favorecen el embarazo (huevos pintados de rojo, lechuga y *taro*<sup>175</sup> o ñame); la tercera, por último, en distribuir objetos como un farol, una muñeca de arcilla o un cuenco *qi-lin* que representan los buenos augurios para tener un hijo.

**Durante el embarazo**, se les recomienda a las mujeres vivir en un estado armónico, de tranquilidad, como forma de protegerse a sí mismas y al feto, debido a la conexión entre ambos. Por el contrario, debe evitarse que las mujeres embarazadas acudan a entierros, bodas, inauguraciones (u otras grandes celebraciones) y se expongan a **emociones intensas**.

“

*Durante el embarazo se nos dice que debemos estar en un estado más puro. Llevar una alimentación rica y equilibrada, pasear y evitar las hierbas, porque se sabe que generalmente, el treinta por ciento de su potencial puede ser tóxico para el embarazo. Beber agua tibia y no cambiarse de casa o hacer reformas, porque se cree que el ruido puede alterar el carácter del bebé. Hay que crear un entorno armonioso.*

**(Chung)**

En cuanto a la **maternidad**, el estudio de Pacheco (2019) destaca que despierta un sentimiento de **honor y de amor hacia los ancestros y las raíces**, como una experiencia muy valiosa en la familia. Una experiencia vivida con respeto, gratitud y como la celebración de la continuidad de la línea patrilínea. En la cultura china es fundamental el concepto de la **piEDAD filial**, considerado la base de dicha cultura (y principio de la filosofía de Confucio), que se refiere a la virtud por la cual los hijos deben amar y respetar a sus padres con honor y obediencia. Así mismo, Pacheco subraya el sentimiento compartido respecto a la **generosidad de los padres** para con los hijos a la hora de transmitirles la enseñanza de las costumbres familiares y de involucrarles en las tradiciones culturales. Pero, además, en la crianza de los niños son muy importantes los abuelos:

174 *Rituel de la naissance en Chine*. Chine Informations. [https://chine.in/guide/rituels-naissance\\_3430.html](https://chine.in/guide/rituels-naissance_3430.html)

175 El taro es una planta tropical que se usa principalmente como vegetal por su cormo comestible, y también como legumbre. Se trata de un alimento tradicional en muchas áreas tropicales del mundo. El taro se hierva, se cuece, o se corta y se fríe como tempura. La variedad pequeña redonda se pela y hierva, se vende a veces congelada, empacada con sus propios líquidos o enlatado. En China, el taro se usa a veces como un ingrediente en el *niangao*, una especie de dulce denso, hecho de harina de arroz y que se come durante el Año Nuevo Chino. <https://boletinagrario.com/ap-6,taro,543.html>



“

*En China no hay tanto individualismo con el nacimiento de un bebé. El bebé se considera de todos (en la familia) y el amor que se le da al bebé es de todo el entorno familiar. Los abuelos lo miran mucho y las abuelas lo cuidan para que la madre descanse. Incluso a pesar de la migración, los abuelos envían cajas de juguetes a los niños cada dos o tres meses. Quieren que su vida sea la mejor posible, mejor de la que ellos tuvieron.*

**(Chung)**

Por otra parte, a diferencia de lo que ocurre en la cultura occidental, cabe señalar que en la cultura china el **embarazo** está muy **poco medicalizado**. Las mujeres embarazadas no suelen acudir a las revisiones durante el embarazo salvo en las zonas urbanas. Al igual que en Senegal, se considera que el embarazo “no es una enfermedad” y, para las mujeres chinas, someterse a controles médicos durante los meses de gestación equivale a considerar el embarazo como tal.

## China

“ Como mediadora, acompaño a mujeres chinas en el hospital. En nuestra cultura es muy importante conservar la energía y la sangre para que el feto se desarrolle en buenas condiciones. Por eso aquí (en Barcelona) las embarazadas chinas no entienden la práctica de extracción de sangre casi cada mes y me dicen: “¡llevo un bebé dentro y me acaban de sacar cuatro tubos!”  
(Chung)

Para ellas, esto equivale a disminuir su energía vital y ponerse en una situación de riesgo.

“ También acuden poco al médico por pudor, tienen miedo de que el seguimiento médico lo tenga que realizar un hombre. Prefieren que sea una mujer. Además, en Cataluña, la barrera idiomática es muy grande. Temen no entender bien lo que se les dice. Creo que el rol de la mediadora, para las mujeres chinas, es fundamental.  
(Chung)

## 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres

104

Según un estudio de Botton<sup>176</sup> en el que cita a Lévi-Strauss, el **matrimonio** en la China tradicional reunía las características señaladas por los antropólogos en la mayoría de las sociedades y constituía tanto un “intercambio” de mujeres, con el fin de forjar alianzas y consolidar grupos de poder, como un medio de asegurar la descendencia. En China se conjugaron, además, elementos de orden económico, ideológico y religioso para hacer del matrimonio el elemento **clave de una sociedad estable**. Se puede decir que, hasta el establecimiento de la República Popular en 1949, la gran mayoría de los chinos se casaban sin conocerse hasta

el día de su boda. La intermediación de la dote y el paso de las mujeres a constituir, por ello, casi una “propiedad” de la familia del contratante, derivaba, en el marco de una sociedad tan tradicional como patriarcal, en el establecimiento de una **jerarquía en la pareja** inmediatamente después del matrimonio. A partir de la promulgación de la **Ley del Matrimonio en 1950**, se establece que éste es un contrato basado en el afecto y el consentimiento, que se realiza entre iguales sin interferencia de terceros y se libera a las mujeres del matrimonio feudal y de la opresión que habían estado sufriendo hasta entonces.

176 Botton, F. *Tendencias actuales en el matrimonio en China*. ESTUDIOS DE ASIA Y AFRICA, VOL. 52, NUM. 3 (164), 2017, PP. 535-566. Disponible en línea aquí: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eaav52n3/2448-654X-aaa-52-03-00535.pdf>

En 1980 la ley fue **revisada**, fundamentalmente para paliar los datos demográficos del momento, así que, por un lado, se aumentó la edad mínima de casamiento de 20 a 22 años para los hombres y de 18 a 22 para las mujeres, y por el otro, el **control de la natalidad** se convirtió en un **deber legal** para hombres y mujeres, incentivando el casamiento y los embarazos tardíos<sup>177</sup>.

Sin embargo, Botton recuerda que en la República Popular China el individuo tiene la **responsabilidad de participar en la meta principal de la Revolución**, y dado que el correcto manejo de sus asuntos amorosos puede influir en esta meta final, **compete al Estado definir los límites de la libertad de amar** y de elegir a quién se ama. "Enamorarse no es ceder a un impulso, no es responder a una atracción irracional". En todos los escritos de los años cincuenta y sesenta, según ella, se reconoce que la inclinación natural es sentirse atraídos por la belleza física, el carácter, la posición, el dinero y la educación, pero el criterio fundamental recomendado para amar a otra persona es, sin embargo, la **compatibilidad política**. Por ello, Botton sostiene que los viejos prejuicios y las diferencias reales impedían que los habitantes de la ciudad se casaran con los del campo y que las trabas burocráticas podían matar con facilidad las pasiones más ardientes.

Lo anterior, por tanto, ayuda a comprender la **base de las relaciones familiares y su interconexión con las leyes del Estado**.

Posteriormente, se aprueban las **Enmiendas a la Ley del Matrimonio de 2001** (todavía vigente), tras un proceso de cuatro años de consultas, para ofrecer soluciones a las lagunas judiciales que en cuanto a disputas familiares se planteaban con frecuencia. Considerando la nueva ley como una actualización de la anterior a su tiempo, se admiten los matrimonios nulos, la sepa-

ración de bienes, la violencia doméstica, el derecho de visita a los hijos tras el divorcio, el derecho de compensación a la parte "sin falta", culminando en 2011 con la adopción de la titularidad inmobiliaria en caso de divorcio<sup>178</sup>.

Lo cierto es que, en la actualidad, en China se sigue creyendo que el matrimonio no es la unión de dos jóvenes, sino la **unión de dos familias**. Partiendo del estudio de Sen, cuando la mujer se queda embarazada, se suele convertir en el **centro de la atención** de todos sus miembros. El círculo familiar más estrecho, generalmente formado por el marido y su madre, y/o su suegra, está muy presente, para proporcionarle los **cuidados** necesarios. Recordemos que, según la Ley de Matrimonio de 2001, es obligación de los hijos mantener a los padres y a los abuelos, por lo que, a menudo y muy especialmente en el ámbito rural, parte de la familia extensa convive junto a la familia nuclear en el mismo domicilio.

“ Las mujeres embarazadas reciben el apoyo de su suegra, su madre y sus tías, que se lo van explicando todo: cómo cuidarse, cómo cuidar del bebé, cómo organizarlo todo, etc. (Chung)

Los clásicos interpelan, en este sentido, a los **cónyuges** para que se impliquen en proporcionar bienestar a las mujeres embarazadas y sus futuros bebés.

177 Ley de Matrimonio de la República Popular China. Adoptada por la III Sesión de la V Asamblea Popular Nacional celebrada el 10 de septiembre de 1980 y modificada, de acuerdo con la "Decisión sobre Enmiendas de la Ley de Matrimonio de la República Popular China", aprobada por la XXI Sesión del Comité Permanente de la IX Asamblea Popular Nacional, y que tuvo lugar el 28 de abril de 2001. Texto disponible aquí: [https://www.fmprc.gov.cn/esp/lfsu/200304/t20030401\\_759546.html](https://www.fmprc.gov.cn/esp/lfsu/200304/t20030401_759546.html)

178 Borao J.E. *Legislación sobre Matrimonio y Familia en la República Popular China*. Encuentros en Catay, Universidad Fujen, No. 27, pp. 46-87. <http://homepage.ntu.edu.tw/~borao/2Profesores/Encuentros%20en%20Catay%201.pdf>

## China

“ Si el marido trata a su esposa como siempre y no le da un confort psicológico especial y cuidado tierno, o si llega al extremo de sentirse que su hogar es desagradable y busca placeres en otra parte porque su esposa está enferma durante el embarazo, o si no es feliz con su esposa y se enoja con ella, este [comportamiento] es suficiente para hacer el embarazo agitado o molesto, influyendo directamente en el feto. Yun Qin, 1937<sup>179</sup>

El entorno de la mujer embarazada también debe **evitar contrariarla** (pues se cree que las emociones negativas podrían ser el origen de enfermedades fetales) y satisfacer sus antojos<sup>180</sup>.

“ Los hombres pueden hacerle masajes a la mujer embarazada para mejorar la circulación de la sangre, encargarse de todas las tareas pesadas y deben cumplir con los antojos: es una forma de mostrar amor. También se encargan de todas las preparaciones para el parto y las celebraciones del nacimiento. (Chung)

En este sentido, a falta de presencia de otros familiares en el **contexto migratorio**, ciertas prácticas derivadas de la tradición china en torno al embarazo y, muy especialmente, du-

rante el posparto, o las versiones más estrictas de las mismas, pueden estar en declive o ser aplicadas en función de su propio criterio. Además, se evoca los **cambios de rol de los hombres** en este contexto, pues las parejas, para respetar la práctica del “mes dorado” (periodo de descanso durante el posparto), deben cocinar para las mujeres, generalmente, por primera vez. Este hecho, según lo que recoge el estudio de Wan (2022), lleva a los hombres a tomar **consciencia del peso que recae sobre las mujeres** con la realización de las tareas domésticas. Así, aunque ellos las asuman tan solo de forma temporal, asimilan todo lo que implica y aprenden a valorar ese trabajo “invisible”.

“ Se intenta seguir las prácticas como en China, pero en el contexto migratorio a menudo la familia extensa no está presente, las familias son más pequeñas, no tienen tanto apoyo y no se encuentran matronas chinas, entonces son los maridos los que ayudan más directamente a las mujeres. (Chung)

En definitiva, todo el apoyo familiar debe **garantizar la serenidad y el descanso** a la futura madre. De este modo, es habitual que las mujeres embarazadas reposen mucho durante el estado de gestación y después del parto, y eviten cualquier situación que pueda suponer un riesgo: realizar trabajos duros, cargar pesos e incluso colgar la ropa, para evitar levantar los brazos y provocar así un parto prematuro. Esta costumbre puede chocar con algunos de los **consejos de la medicina occidental**, que recomienda a las mujeres embarazadas la realización de ejercicios como andar o nadar.

179 Educación fetal según los clásicos chinos. Tāi Jiào 胎教. Aporte y traducción del Profesor Dr. Alí, JP. Fuente: Journal of Chinese Medicine. Number 106, 2014.

180 Maldonado-Duran, JM. *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud, 2011.



“ *En el campo, las mujeres embarazadas siguen trabajando, pero reducen el tiempo y evitan las tareas pesadas.*  
(Chung)

Según San<sup>181</sup>, durante el embarazo, también es importante proteger a la mujer de los **malos espíritus** y de cualquier mala influencia. La embarazada debe evitar los funerales y las visitas a enfermos. Para alejar a los malos espíritus del feto, la mujer lleva un pequeño espejo colgado del pecho. Otras mujeres llevan un imperdible con un hilo rojo sujeto a la ropa durante el embarazo.

También se le aconseja que lea, observe cuadros bonitos y escuche música clásica por el bienestar del feto. Se cree que el **pensamiento y el comportamiento** de la embarazada deben ser impecables porque en la cultura china ambos son inseparables (de nuevo relacionándolo con el equilibrio del yin y del yang), el uno afecta al otro y todo ello es transmitido al bebé.

Por otra parte, en la sociedad china sigue existiendo mucho secretismo en torno a los **temas sexuales**. Existen muchos tabúes a la hora de tratar temas relacionados, directa o indirectamente, con el sexo; y apenas hay educación sexual, especialmente en las zonas rurales. Culturalmente, sin embargo, aunque son permitidas durante el embarazo, las **relaciones sexuales** son evitadas durante el

181 San, A. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'État de Sage-Femme : *Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité. Les difficultés rencontrées.* École des sage-femmes Baudelocque. Faculté de Médecine de Paris Descartes, 2013

## China



108

primer trimestre para no provocar abortos y se suele esperar cien días después del parto antes de volver a entablarlas.

**Tras el parto**, globalmente se considera que la joven madre ha quedado debilitada y podría fácilmente caer enferma, por lo que “cumplirá su mes” con la extendida práctica del **zuo yuezi**<sup>182</sup> (literalmente, “sentarse un mes”) mientras **su familia se ocupa** de la higiene **del recién nacido**, de las tareas domésticas y de su propia dieta. Según esta tra-

dición, presente en otros países asiáticos<sup>183</sup>, las mujeres deben permanecer en una suerte de confinamiento o **enclaustramiento** en su hogar, seguir una serie de recomendaciones dietéticas estrictas y asumir ciertas prohibiciones.

Para promover su perpetuación en los núcleos urbanos, han proliferado (como un gran negocio) los **centros especiales** para el cuidado de mamás y bebés tras el parto, en el que la nueva madre descansa, es correc-

182 Según un artículo, el *zuo yuezi* constituye uno de los tres momentos de oro de las mujeres para mejorar su salud y vitalidad a través de la alimentación y la medicina tradicional china. El primero ocurre durante la pubertad y el tercero ante la menopausia. *Madres nuevas, tradición antigua*. Noticias de Taiwan, 2007.

183 La práctica del confinamiento de las mujeres parturientas se encuentra también en la tradición de los países musulmanes, tal como se recoge en el apartado que estudia las creencias y prácticas en torno al embarazo, parto y posparto en Marruecos.

tamente nutrida y el bebé es colocado en la guardería. Algunas familias, de forma alternativa, contratan a una mujer (o matrona profesional), generalmente mayor que, en primer lugar, se hace cargo de los cuidados del bebé; en segundo lugar, es responsable de transmitir las instrucciones de cuidados a la madre y comprobar que las sigue; y, en tercer lugar, se encarga de proporcionarle una dieta equilibrada según las categorías tradicionales, con objeto de restablecer la salud de la mujer, protegerla de futuras enfermedades y favorecer la secreción de leche materna si la mujer desea amamantar.

“ En el caso de que se lo puedan permitir, es común contratar a una matrona específica para el posparto porque esto reduce los disgustos entre la pareja y con los suegros. Cada uno tiene su opinión sobre lo que hay que hacer, así que, si se contrata a una persona se sigue su recomendación porque son profesionales.

(Chung)

La recomendación a las mujeres de descansar al máximo tras el parto reposa sobre la creencia de que todo esfuerzo provoca una **pérdida de qi (energía)** y de **calor**. Por ello se considera ideal dormir si es posible diez horas diarias y **evitar “el frío”** con medidas como no ducharse o lavarse el cabello<sup>184</sup>, no salir de casa, no tomar bebidas frías ni agua común (sino agua destilada del vino de arroz) y seguir una dieta precisa de alto nivel nutritivo y proteico que se vincula con la medicina tradicional y se considera “calentadora”.

“ Esta práctica va cambiando. Ahora hay aparatos eléctricos. Las mujeres pueden ducharse y lavarse el pelo con calefacción en el baño, cerrando bien la puerta y secándose muy bien. También pueden ventilar quedándose en otra habitación mientras tanto. Hay muchas mujeres que siguen respetando la tradición, pero ya no son todas y algunas adaptan así su práctica.

(Chung)

En las familias tradicionales estrictas, la mamá permanece en casa sin levantarse de la cama e incluso el marido debe alejarse de ella hasta que se recupera totalmente.

“ Después del parto las mamás tienen que hacer un descanso absoluto. Sus madres o suegras se encargan de todo. Por ejemplo, en ocasiones, la abuela no pone al bebé dormir con la mamá para que ella pueda descansar, dormir bien y reponerse.

(Chung)

Esta tradición comprende también un conjunto de reglas y prácticas más generales, tales como no realizar ejercicios y sujetar su abdomen mediante una faja o el uso de bragas altas. Por último, se recomienda evitar las situaciones que expongan a la madre a **emociones in-**

184 Según un artículo de Noticias de Taiwán, esta tradición ha dejado de tener sentido hoy en día, pues se sustenta en la precaución de que la madre no enferme en una época en la que no existían aparatos eléctricos como los secadores actuales y el pelo, generalmente largo, se dejaba secar al aire; por ello, se consideraba un riesgo que la madre permaneciese con la cabeza húmeda. De igual modo, la recomendación de no realizar ejercicio se sustentaba sobre la idea de evitar que las mujeres parturientas volvieran demasiado rápido a su trabajo en el campo.

## China

**tensas**, como celebraciones, noticias en televisión o redes sociales. En China se suele decir que "cada lágrima de una mujer que acaba de dar a luz equivale a 500 gramos de oro" y en la Medicina Tradicional China se dice que "por los ojos se pierde *xue* y, por tanto, *qi* y líquidos"<sup>185</sup>.

Un estudio comparativo de literatura científica<sup>186</sup> analiza los impactos sobre la **depresión post parto debido a la práctica del confinamiento de las mujeres**. Los resultados no son concluyentes empíricamente hablando, pero apuntan a diversas situaciones como reflejo de la realidad; en el caso de que las mujeres convivan en un entorno familiar agradable, generalmente perciben su confinamiento como un modo de protección física y psíquica en el que pueden recibir un reconocimiento y el máximo apoyo para sí mismas y respecto del cuidado de su bebé. En esta situación, el encierro como tal no es correlacionable con un incremento de la depresión posparto. Mientras que si, por el contrario, no existe una armonía familiar, se destaca el incremento de la conflictividad con la figura de la suegra (tradicionalmente por encima de la nueva madre en la jerarquía familiar y considerada como responsable de su cuidado). Además, la falta de apoyo del cónyuge, que generalmente tiende a alinearse con su madre, el sentimiento de incapacidad de controlar las decisiones sobre el cuidado de los niños y, por tanto, de cumplir su función materna o la sensación de sentirse atrapadas en pisos pequeños y superpoblados, son motivos que intensifican las fricciones interpersonales no deseadas. En este se-

gundo supuesto, la probabilidad de sufrir una depresión posparto se ve incrementada.

Si la joven madre saliera de su casa antes del final de este periodo, ello sería considerado un **presagio de desgracia**. En este caso, según la tradición, se rocía vinagre para ahuyentar las malas influencias.

En cuanto a todo ello, se recoge que las mujeres de todos los niveles educativos y clases **siguen por lo menos algunas de las reglas tradicionales**, aunque las mismas reglas varían de región en región y existen diferencias en cuanto a su perpetuación entre el ámbito rural y el urbano. Según un estudio<sup>187</sup>, hoy en día las mujeres con una situación socioeconómica más acomodada y aquellas que se encuentran en un contexto migratorio eligen con mayor libertad si desean o no asumir estas prácticas y cómo llevarlas a cabo. Algunas mujeres deciden practicar tan sólo las recomendaciones que tienen base científica<sup>188</sup> y otras, apuestan por adoptar sus propias estrategias para hacer posible su seguimiento considerando las limitaciones presentes en sus vidas. Por su parte, cada vez son más los médicos que, en China, alertan de los riesgos cardiovasculares que ocasiona la práctica del *zuo yuezi* en su versión más estricta<sup>189</sup>.

185 *Zuo yuezi o la antigua tradición china del posparto*. 1Cel, 2019. <http://1cel.cat/es/blog/posparto-chino-zuo-yuezi/>

186 Wong, J. & Fisher, J. *The role of traditional confinement practices in determining postpartum depression in women in Chinese cultures: A systematic review of the English language evidence*. *Journal of Affective Disorders* 116 (2009) 161–169. Key Centre for Women's Health in Society, Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, Australia. Estudio disponible aquí: [https://www.academia.edu/11302086/The\\_role\\_of\\_traditional\\_confinement\\_practices\\_in\\_determining\\_postpartum\\_depression\\_in\\_women\\_in\\_Chinese\\_cultures\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_the\\_English\\_language\\_evidence](https://www.academia.edu/11302086/The_role_of_traditional_confinement_practices_in_determining_postpartum_depression_in_women_in_Chinese_cultures_A_systematic_review_of_the_English_language_evidence)

187 Remoiville, J. *Pratiques et croyances culturelles autour de la naissance en chine urbaine contemporaine : etude de cas à Hangzhou*, 2015. Estudio disponible aquí: <https://gsrl.hypotheses.org/files/2016/06/remoiville.pdf>

188 Callister LC, Eads MN, Yeung Diehl JP. *Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in Chinese women*. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011 Nov-Dec;36(6):387-94. doi: 10.1097/NMC.0b013e31822de397. PMID: 22019919.

Estudio disponible aquí: [https://www.researchgate.net/publication/51735436\\_Perceptions\\_of\\_Giving\\_Birth\\_and\\_Adherence\\_to\\_Cultural\\_Practices\\_in\\_Chinese\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/51735436_Perceptions_of_Giving_Birth_and_Adherence_to_Cultural_Practices_in_Chinese_Women)

189 *Una tradición china prohíbe a las mujeres salir de casa hasta un mes después del parto*. ABC Internacional, 2015. <https://www.abc.es/internacional/20150810/abci-tradicion-china-mujeres-parto-201508101152.html>



## 1.6 Dieta y alimentación

Las embarazadas suelen realizar una dieta muy específica durante el embarazo y después del parto. Según Ly Pen (2001), especialmente entre las personas de una cierta edad, existe la creencia de que los alimentos son "calentadores", "neutros" o "enfriadores" (en una nueva referencia al *yin* y el *yang*). Dicha clasificación no responde a la temperatura del propio alimento, sino a su naturaleza intrínseca.

De este modo, como el embarazo se concibe como un estado "caliente", siguiendo el concepto de equilibrio entre el *yin* y el *yang*, se orienta a las mujeres a disminuir la ingesta de los alimentos considerados "calentadores" (carnes rojas, grasas en general, picantes, jengibre, ajo, etc.) y a aumentar la de alimentos "enfriadores" (frutas, verduras, etc.). Sin embargo, también se cree que ingerir alimentos "enfriadores" en exceso durante el

## China

primer trimestre podría provocar un aborto espontáneo. Así que, en función del trimestre o del mes de gestación, se recomiendan unos alimentos y se evitan otros. En general, para tener un embarazo satisfactorio según la Medicina Tradicional China, se deben favorecer los sabores dulces y evitar los picantes y ácidos. El menú ideal se compone de un 60% de cereales, un 30% de verduras y un 10% de proteínas<sup>190</sup>.

“

*En el último trimestre se recomienda llevar una dieta más ligera, "ir picando".*

**(Chung)**

Aunque, días **antes del parto**, generalmente, se aconseja **comer abundantemente** y tomar **bebidas calientes** como una forma de mantener el equilibrio entre *yin* y *yang*, ya que se considera que la pérdida de sangre durante el parto intensificará el estado "frío" en el cuerpo de la madre (estado *yin*). Puesto que en China los partos suelen llevarse a cabo de manera tradicional, sin anestesia, ni otro tipo de ayudas médicas, esta medida se considera una forma de afrontar con suficientes reservas energéticas el esfuerzo físico al que va a enfrentarse la mujer.

La **dieta yang**<sup>191</sup>, rica en carne y huevos se mantiene durante varias semanas **después del parto**, hasta que se recupera el equilibrio entre el *yin* y el *yang*. En esta etapa, se evitan los alimentos crudos o considerados "enfriadores". Por lo tanto, las frutas y verduras quedan tradicionalmente proscritas, a excepción de las zanahorias, que por su color se consideran "calentadoras". La sal también está prohibida porque se dice que provoca dolores

de espalda incurables y que bloquea la circulación del *qi* (energía). Según San<sup>192</sup>, para darles **fuerte, calentar su cuerpo y restablecer su equilibrio** durante los primeros días tras el parto, a las mujeres se les recomienda tomar **caldos calientes** como sopa de arroz o sopa de verduras y huesos con tuétano y gelatina para, después, empezar a comer pescado o pollo al vapor. Se considera que el hígado y los riñones de cerdo refuerzan a su vez las funciones del hígado y los riñones de la mujer parturienta, por lo que constituyen otros alimentos de la dieta del posparto en China. En el caso de que se haya producido una cesárea, se evitan la carne de vacuno y los mariscos, ya que se considera que alargan los procesos de cicatrización.

“

*Efectivamente, la dieta de las mujeres que acaban de dar a luz se basa en mucha sopa y bebidas calientes. Cada semana después del parto se aumenta la cantidad que se ingiere a la vez y se introducen nuevos alimentos. Por ejemplo; la primera semana, sopa de arroz. La segunda semana, arroz con otros ingredientes y sopa. La tercera semana, ya se les añaden hierbas a las comidas para eliminar la sangre.*

**(Chung)**

190 *Une belle grossesse avec la médecine traditionnelle chinoise*. Medoucine, 2018.

191 *Atención sanitaria a la población de origen chino*. Cultura sanitaria: Embarazo Y parto. Salud y cultura.com

192 San, A. *Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité. Les difficultés rencontrées*. Université Paris Descartes. Faculté de médecine, École de sage-femmes Baudelocque, 2013. Estudio disponible aquí: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921592/document>

La ingesta de una sopa con jengibre y azúcar moreno<sup>193</sup> sin refinar se consume específicamente para **eliminar la sangre acumulada en el organismo** durante el embarazo, considerada impura. Por otra parte, se cree que la sopa con col blanca, zanahorias, coliflor y patatas, o bien la papaya, los cacahuetes y las manitas de cerdo favorecen la **producción de leche para la lactancia**.

“

*Para la leche materna, también son conocidas la sopa de lubina y la sopa de piel de cerdo. Las recetas de las comidas cambian según las regiones.*

**(Chung)**

Se consumen cereales (fundamentalmente arroz, pero también la avena, el mijo, el arroz o la quinoa) en forma de cremas y **se evitan los estimulantes** como el café y el azúcar. Así mismo, para esta etapa se consideran muy nutritivos los **frutos secos** (cacahuetes, anacardos, nueces) y la fruta deshidratada (aunque sin azúcar). A la comida se le añaden **fortalecedores** como el aceite de sésamo y también se ingiere el ginseng.

Igualmente son muy recomendables las **bebidas calientes**: infusiones de frutos rojos, de plantas medicinales para eliminar las toxinas, de hinojo, anís estrellado, de dátiles chinos, bebidas vegetales o leche de cabra, por ejemplo. Fuera de las comidas, se recomienda a la madre beber mucho **té** y evitar el agua del grifo, ya que se cree que es preferible que las mujeres parturientas beban agua purificada. En general, se les ofrecerá un termo con agua hervida o la versión más tradicional, agua destilada de vino de arroz.

Otra cuestión importante, a partir de la observación de Sen, es que todos los alimentos deben consumirse a **temperatura media**. Se cree que es necesario que la diferencia de temperatura entre el cuerpo y el mundo exterior no sea demasiado grande para alcanzar el equilibrio del *yin* y el *yang* tras el parto.

Por todo lo explicado anteriormente, es habitual observar que, si la mujer debe quedarse en el hospital después del alumbramiento, ésta rechace la comida del centro sanitario para alimentarse con aquellas **preparaciones de sus familiares**.

Al mismo tiempo, según Wang (2022), otras mujeres, refiriéndose al contexto de la migración, buscan un compromiso entre las recomendaciones de la medicina tradicional china y las de la medicina clínica occidental. Por ejemplo, ante la prohibición de consumir frutas frescas (crudas) tras el parto, hierven la cantidad de fruta recomendada por el médico occidental con ginseng (considerado un “calentador”). Esta adaptación en destino testimonia sobre la existencia de una **reconfiguración de las estrategias de las mujeres migrantes** en una negociación permanente entre la biomedicina, sus propios estilos de vida en el contexto migratorio, la cultura de acogida y la MTC.

193 El *congee* es una crema o sopa de origen asiático con 2000 años de antigüedad, recomendada en la MTC para el posparto y que, en función de los gustos, regiones y necesidades, puede adoptar múltiples variantes. Se parte de la cocción lenta de mijo o de arroz hasta que esta adquiere una consistencia de crema o *porridge*. Una vez realizada la crema, se le añaden láminas de ginseng y azúcar moreno para tomar en el desayuno. Otra posibilidad en el marco de la receta dulce consiste en añadir a la crema bayas de goji y dátiles rojos u otros cereales, como la avena. La cocción del cereal también se puede realizar con leche o con caldo de pollo en vez de agua. Al mediodía, el *congee* puede ser aliñado con salsa de soja, aceite de sésamo y ser acompañado con puerros hervidos o, a partir de la segunda semana, con un ingrediente proteico como, por ejemplo, el pollo. Disponible aquí la receta de base: <https://youtu.be/r02Zu2cQ1A8>

## China

### 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto

**D**urante el **proceso de dilatación**, en la cultura china se recomienda a las mujeres caminar para facilitar la circulación del *qi* (la energía) y evitar todo tipo de bloqueo<sup>194</sup>.

“ *Antes del parto, en China las mujeres acostumbran a comer y beber de forma abundante para tener mucha energía, especialmente si se trata de un primer parto (que podría ser más largo). Incluso, es posible comer algo ligero en la sala de partos. Por ejemplo, algunas mujeres llevan consigo láminas de Ginseng, para darles fuerzas. Aquí, las mujeres no entienden por qué no les dejan ni beber ni comer, tan solo mojar los labios. Si una mujer está sudando mucho y tiene sed, necesita beber. Aunque, frente a los profesionales, ellas asumen todo lo que se les dice con mucho respeto.*

**(Chung)**

Tal como se ha citado anteriormente, el **parto** en China no suele estar demasiado medicalizado. Es habitual el parto **sin anestesia** epidural y, en ocasiones, se utiliza la

**acupuntura** para ablandar el cuello uterino y ayudar a ablandar los canales de transmisión del dolor.

“ *Hay dos razones para no usar la epidural en China. La primera, porque el parto se vuelve más caro. La segunda, porque se cree que puede causar dolor lumbar en el futuro.*

**(Chung)**

“ *En China todo se paga. No es lo mismo un parto natural que con epidural o una cesárea, el precio también varía en función de las noches que las mujeres pasan en el hospital, también se paga la atención del médico. La mayor parte del coste sanitario va a cargo de los usuarios.*

**(Chung)**

Según las fuentes consultadas, a diferencia de lo que ocurre en otras culturas, las mujeres de origen chino no suelen adoptar una **postura** diferente a la habitual en los hospitales occidentales (como dar a luz de pie o en cuclillas), ni presentan costumbres especiales respecto a la manera de cortar y atar el cordón umbilical<sup>195</sup>. A veces se conserva la **placenta** a efectos de medicina tradicional.

194 El proceso del embarazo y parto en China. [https://prezi.com/gsp\\_evk5kwax/proceso-de-embarazo-y-parto-en-china/](https://prezi.com/gsp_evk5kwax/proceso-de-embarazo-y-parto-en-china/)

195 Atención sanitaria a la población de origen chino. Salud y Cultura. Portal informativo para la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario <http://www.saludycultura.uji.es/china5.php>



“

*Hay costumbre, a veces, de llevarse la placenta a casa. Se considera que puede curar ciertas enfermedades o simplemente puede dar energía a las mujeres. A veces se seca, para disponer de ella como tratamiento si hay un familiar enfermo, o se cocina y puede ayudar a la mujer a recuperarse.*

**(Chung)**

Por otra parte, en la cultura china también está presente la preocupación por la **protección espiritual**. En ese sentido, según Pacheco, en el momento del parto se prenden velas rojas para alejar las almas de las tinieblas.

Un factor destacable es que en la cultura china las mujeres suelen contener la **expresión del dolor** durante el parto y este es un aspecto al que es necesario prestarle atención. Aunque las personas de todas las culturas sienten el dolor con igual intensidad, no todas lo expresan con el mismo énfasis debido a las enseñanzas culturales recibidas. En la cultura china puede llegar a estar **socialmente mal considerado** que la mujer se queje demasiado durante el parto. Este bajo énfasis expresivo puede ser interpretado erróneamente por el personal sanitario como un bajo nivel de dolor y no ser tal.

Por otro lado, queda recogido en el estudio de Wang (2022) que la **incomprensión del idioma** en el país de acogida migratoria puede ser un causante clave en la percepción negativa del parto en el marco del sistema sanitario. El autor destaca una entrevista realizada a una mujer china que dio a luz en París, en la que ella relató lo siguiente:

## China

“*Tumbada en la cama y rodeada de los desconocidos cuidadores, además de que no entendía gran cosa de lo que me decían, en mi cabeza pensé inmediatamente en una expresión china: ‘ren wei dao zu, wo wei yu rou 人为刀俎我为鱼肉’ [ellos son el cuchillo y la plancha, yo soy el pescado y la carne en la plancha]. Mi vida está en sus manos y no puedo decidir nada. Creo que los cuidadores estaban igual de preocupados por estos problemas lingüísticos. Bajo la emoción y el estrés, me gritaban que empujara con los fórceps en la mano; y yo no podía dejar de llorar. Cuando pienso en ello, fue muy difícil para ellos y para mí. Mi cuerpo ya no me pertenecía. Me daba miedo y sentía que no había esperanza. Durante esas pocas horas, sentí que estaba viviendo exactamente lo contrario de lo que mis médicos chinos me dicen a menudo: somos los dueños de nuestros cuerpos, y el cuerpo y la mente no se separan.*

(Extracto de la entrevista realizada en chino en el marco del estudio de Wang, traducida al francés por la autora, octubre de 2016, París, distrito 19).

Otro elemento que puede causar sorpresa a ojos de la cultura occidental, puede centrarse en la falta de costumbre en la cultura china del **contacto piel con piel** entre la madre y el bebé. Entre otros motivos, inmediatamente **después del parto**, en la cultura china se recomienda a las mujeres calentar su cuerpo por la pérdida de sangre y de energía ocasionados en el proceso. Por ello, se cubren con

mantas calientes para **aumentar la temperatura de su cuerpo**, ingieren bebidas calientes o caldos y permanecen en reposo.

“*Las mujeres se tapan de arriba abajo porque después del parto todos sus poros están abiertos y, por los poros, entra el frío. Por eso a veces incluso se ponen gorros. El cuerpo está en un extremo de yin, deben tapar cada parte de su cuerpo para evitar el resfriado.*  
(Chung)

El estudio de Wang (2022), relata además otra experiencia de percepción negativa en cuanto a la dieta propuesta por el hospital, no adaptada a los preceptos de la MTC. Tras dar a luz, una mujer que es entrevistada siente que su cuerpo está “desgarrado y dañado” y que la única forma de recuperar su cuerpo es seguir las prescripciones de la medicina china. De este modo, **se niega a comer las bandejas de maternidad** (esperando los alimentos que le trae su marido) y, una vez en casa, se niega a **comer fruta y otros alimentos considerados “fríos”** durante varias semanas.

Finalmente, contrariamente a las recomendaciones de la OMS, en China se considera popularmente el **calostro** como impuro, por lo que habitualmente no se le ofrece al recién nacido.

“*En general, las mujeres en la cultura china desechan el calostro, no lo consideran leche.*  
(Chung)

Por ello, para promover la extracción del calostro y la **subida de la leche**, las mujeres suelen realizarse masajes alrededor de los pechos con aceite de sésamo o friccionando encima de la ropa.

## 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y prácticas culturales

“ *Inmediatamente después del parto, en China, el bebé es examinado por el médico y después la madre de la mujer o su suegra se encarga del bebé. La mamá debe guardar un reposo absoluto.*

**(Chung)**

Tal como avanzaba Chung y lo ratifica el estudio de Sen, antes de la subida de la leche, la madre no da su **calostro** por considerarse impuro. De hecho, las **tasas de lactancia materna** en China son relativamente bajas y varían considerablemente de una región a otra. Una encuesta realizada en 2019<sup>196</sup> señalaba que, por un lado, tan solo el 11,3% de las encuestadas habían amamantado a sus hijos en la primera hora tras el parto; por otro lado, la tasa de lactancia materna en China no llega al 30% de los casos y es ofrecida al bebé durante el menor tiempo posible (en torno a cuatro meses de media).

“ *En los primeros momentos después del parto, mientras no sube la leche, algunas madres dan al bebé agua con miel o con azúcar.*

**(Chung)**

Detrás de esta caída en picado de la tasa de lactancia materna se encuentra, entre otros causantes, la introducción de la **leche artificial** en los años setenta. Y, aunque, desde la década de 1990 hasta la actualidad, se intensificaron las campañas de sensibilización que abogan por la lactancia materna exclusiva de una duración de cuatro a seis meses, el mensaje se ha topado sistemáticamente con la

difícil **realidad de la vida laboral** de las jóvenes madres y con las **prácticas ancestrales del “mes dorado”**. La mayoría de las mujeres prefieren dar el biberón porque les permite, durante el *zuo yuezi*, que otra persona pueda ocuparse del recién nacido y, por otra parte, reincorporarse más rápidamente al trabajo.

“ *La lactancia se da el mínimo de tiempo posible, todo depende de la situación laboral de cada mujer. Yo diría que en la ciudad se da entre uno y tres meses porque, si la mujer debe volver al trabajo, necesita descansar por las noches. Algunas mujeres se extraen la leche, la congelan y sus maridos se la dan al bebé, pero creo que todavía no son muchos los que lo hacen.*

*También hay un tema de pudor al dar el pecho.*

**(Chung)**

Un estudio recoge que, tras el nacimiento, las madres parecen mostrar lo que, a ojos de la cultura occidental, puede ser (mal) interpretado como un **desinterés de las madres hacia el recién nacido**. San (2013), que analiza las dificultades culturales encontradas por matronas parisinas en la atención del parto a mujeres de origen chino, señala que les llama la atención el aparente desinterés que demuestran las madres chinas hacia el recién nacido, ya que parecen tener una “actitud distante”, como si algunas madres no apreciaran especialmente el contacto piel con piel justo después del alumbramiento, por ejemplo. Para

196 Encuesta señala que la tasa de lactancia materna en China es inferior al 30%. Xinhua español, 2019.

## China

evitar esta mala interpretación, recordemos que ello responde, por un lado, a la costumbre de adoptar una **posición de reposo absoluto** después del parto, que implica que sean las otras mujeres de la familia las que se ocupen del cuidado del bebé. Tanto es así, que se cree que la madre debe seguir siendo objeto de cuidados hasta pasado un mes después del parto, ya que la salud y la supervivencia del recién nacido, tan frágil en esos momentos, depende en gran medida de la salud de su madre. Ella debe centrarse en hacer todo lo posible por **recuperarse**.

“ Al mismo tiempo, en China no tenemos la costumbre del contacto físico, viene de Confucio. Es una costumbre de miles de años que se considera que está bien. El contacto piel con piel aún no ha llegado a nuestra cultura. (Chung)

Por otro lado, siguiendo la creencia en el equilibrio del *yin* y del *yan*, la costumbre llama a evitar el frío y a **envolver a los bebés** en telas, “muy tapados” o “constantemente con manoplas” para calentar su cuerpo. Es necesario mantenerlo en un lugar cálido, sin exponerlo a corrientes de aire, ya que en su estado *yin* (frío), las consecuencias podrían resultar muy graves. Estos cuidados y precauciones se mantienen entre uno y tres meses tras el parto.

Por ello, y al igual que su madre, el recién nacido se mantiene alejado de la sociedad durante el periodo del *zuo yuezi*, debido a una creencia que encontramos también en países musulmanes, **se evita la admiración** del bebé para no atraer la atención de mentes celosas. Por eso, San (2013) recoge en su estudio que, en algunos casos, antes se consideraba preferible ponerle motes peyorativos al bebé que alabar su belleza, para desviar la atención de la envidia.

Según la tradición, se celebra el **nacimiento de los niños**, sin embargo, el de las niñas no.

Antiguamente, el nacimiento de una niña se relacionaba con el pago de una dote o importante cantidad de dinero para “casarla” y se la concebía como una ayuda menos importante para su posterior incorporación al trabajo agrícola (o a la economía familiar). Y, aunque la parte más conservadora de la población pueda seguir considerando el nacimiento de una niña como menos honroso, poco a poco esta creencia va quedando atrás.

“ Esto está cambiando, pero sí que, en general, las familias esperan tener, al menos un varón para que no se pierda el apellido paterno. (Chung)

**Para anunciar el nacimiento**, es costumbre que el papá envíe dinero y vino a los familiares de su esposa para comunicarles el sexo del bebé. También se envían huevos rojos o pasteles a sus amigos y parientes para comunicar la buena noticia. En las zonas rurales, tradicionalmente las mamás reciben un huevo cocido si es niño y nada si es niña. Cuando termina el primer mes, se organiza una fiesta en la que se presenta al bebé a la comunidad. Se le afeita la cabeza y la madre puede cruzar el umbral de su casa. Entonces, la comunidad acude a felicitarle y hacerle regalos.

Los **ritos del nacimiento** representan la encarnación de la cultura tradicional china:

En primer lugar, se celebra el rito de **las “tres mañanas”**, que consiste en que la tercera mañana después del parto, para celebrar el nacimiento, la abuela del bebé le envía huevos pintados de rojo, fideos secos finos, pasteles de semillas y otros alimentos. Más tarde, se celebra una **ceremonia del baño** para el bebé, en la que se utiliza agua caliente hervida y perfumada con plantas medicinales en la que se arrojan monedas y frutas de buen augurio. Al mismo tiempo, se bendice al bebé para **ahuyentar a los malos espíritus**. Tras este baño ritual para desearle felicidad y longevidad, a los varones se les viste con ropas rojas, un color asociado al *yang* y a la felicidad, mientras que a las niñas

se les viste con ropas verdes como color asociado al *yin*, a la riqueza y a la fertilidad.

En segundo lugar, se celebra el rito del “**trigésimo día**”. Ocurre treinta días después del parto, la cabeza del bebé es afeitada por un barbero y los padres le hacen un regalo. El cabello fetal del bebé se guarda o se cuelga junto a la cama.

Finalmente, el rito del “**centésimo día**” tiene que ver con la ceremonia del bautizo (y nombramiento del bebé), durante el cual es de especial relevancia la reunión de los tíos maternos. Antes de esta celebración y hasta un mes después del parto, los padres pueden poner reparos a darle **nombre al bebé**. En China se considera tradicionalmente que da mala suerte elegir el nombre del bebé antes de su nacimiento y, de hecho, algunas familias esperan hasta un mes tras el parto para decidirlo (lo que causa, a veces, problemas con los procedimientos del registro administrativo).

Por otra parte, el nombre de pila, que en China se coloca detrás del apellido, tiene un significado referencial.

Tampoco es extraño que el nombre cambie a lo largo de su vida. Como anécdotas culturales del pasado, se recoge que antiguamente, las personas más temerosas de los malos espíritus podían elegir ponerles a los niños nombres de niña para protegerlos, pues se creía que los malos espíritus las despreciaban. O, en la época anterior a la República Popular China (1949), muchas niñas carecían de nombre, ya que se les llamaba por el orden de nacimiento: primera hija, segunda hija...etc.

En cualquier caso, a pesar del respeto que existe respecto a las tradiciones culturales entre la población china, cada vez más, las mujeres adoptan las estrategias ligadas a la maternidad que mejor se adaptan a sus propios criterios, contexto personal y tiempos lo cual, tanto en el contexto de los núcleos urbanos en China como tras el emprendimiento de un proyecto migratorio, se traduce en una mayor igualdad de género en el seno familiar y un cambio en la percepción de las familias en torno al nacimiento y la celebración de la vida de las niñas.

“

*Los nombres en China se crean, se inventan las palabras, tienen que tener un significado bonito para la familia. La familia piensa, busca un nombre para cada bebé y situación. Por ejemplo, si el primer bebé ha sido una niña, pero se esperaba un niño, se le puede llamar con una palabra que significa “la que trae el varón”, esperando así que el próximo bebé sea un niño.*

*Aunque esto ocurría más antes del 1979, ahora no tanto.*

**(Chung)**

## Conclusiones

- › Los cuidados básicos de la **Medicina Tradicional China** son transmitidos de padres a hijos, por lo que las prácticas asociadas a la MTC (dieta, masajes, uso de hierbas o fortificantes) forman parte de la vida cotidiana en la cultura china.
- › En función de la edad de la mujer y el tiempo que haya transcurrido desde su llegada a Cataluña, es probable que haya vivido una **situación difícil o traumática de aborto** con anterioridad. El conocimiento de esta información puede ser pertinente en el marco de los exámenes prenatales, sugiriéndose que sea tratada con extrema sensibilidad y empatía.
- › El **embarazo y el parto** están **escasamente medicalizados** en la cultura china. Existe un temor al impacto de la **extracción de sangre** sobre su organismo y realizar múltiples visitas prenatales genera que las mujeres perciban que el sistema sanitario trata el embarazo como si fuese una enfermedad.
- › Así mismo, por pudor, las mujeres chinas en general prefieren **evitar que sea un hombre quien realice las pruebas** prenatales o se encargue del parto.
- › En la cultura china, el cuerpo de la mujer se enfrenta a una prueba de gasto energético muy importante durante el parto. Para asegurar y mantener su energía, la MTC recomienda a las mujeres **comer y beber de forma abundante** hasta que llegue el momento de la expulsión.
- › Por otra parte, las mujeres han sido socializadas en la contención de la expresión del dolor y existe una **mala concepción social sobre la expresión del dolor durante el trabajo de parto**. La contención de la efusividad al respecto no debe ser interpretada como una ausencia o un bajo grado de percepción del dolor.
- › Creencia de que la medicación puede contener un **nivel de toxicidad** dañino para con el cuerpo de la mujer y el bebé, que en ocasiones lleva a evitarlos.
- › Numerosas mujeres realizan la **práctica del “mes dorado” tras el parto**, aunque cada vez más se observan formas distintas de mantenerla en vigor, de tal forma que las mujeres recuperan el control sobre su cuerpo, sobre sus decisiones y se posicionan de una forma más igualitaria en el marco de las relaciones de género y de poder. En su versión más estricta, sin embargo, las mujeres permanecen confinadas, en reposo absoluto, siguen una alimentación estricta, evitan todo contacto con el aire, el frío y esto conduce a evitar el baño y lavado del cabello durante un mes tras el parto.
- › Considerando la tradición china del “mes dorado”, la madre de la joven madre o su suegra (en su defecto, una matrona profesional) se encargan de los **cuidados del bebé y de la madre** desde el parto hasta pasado un mes, cuando se estima que esta ha podido alcanzar su recuperación.
- › Según el estudio de Pen (2001), el mayor **obstáculo** para los pacientes chinos en el acceso al sistema sanitario español es el **lingüístico**, que implica una seria dificultad para señalar sus sintomatologías o explicar cómo se sienten, además de la inseguridad, el estrés y el temor generados por la posible falta de comprensión acerca de la aplicación del tratamiento que corresponda.
- › El estudio de Wang (2022) también revela que el **sentimiento de “parto deshumanizado”** es habitual entre las mujeres par-





turientas de origen chino. Esto se debe a que, en la cultura china, el **bienestar mental y físico son un todo** (concepciones ligadas al equilibrio del *yin*, el *yang* y el *shen*). Las mujeres chinas pueden vivir negativamente los partos medicalizados, centrados en el instrumental y la cirugía, en los que no solo perciben que "pierden el control de su cuerpo" sino que, además, debido a las dificultades lingüísticas, sienten que no se les proporciona una atención o **cuidado de las emociones**.

- Por otra parte, las mujeres migrantes chinas con un mayor nivel de estudios, en un contexto en el que no cuentan con la presencia de la familia extensa (y la presión

que ello conlleva respecto del respeto a la tradición), salen con facilidad de la **dicotomía "occidental" vs "china"** en lo que respecta la vivencia del embarazo, parto y posparto. En ello influyen otros factores sociales que, en su conjunto, resultan ser determinantes en la búsqueda de compromisos entre las dos culturas y el recurso a la medicina occidental y la medicina tradicional china. De este modo, surge una suerte de **emancipación de estas mujeres**, por la reapropiación de las prácticas tradicionales y la libre valoración y asunción de las recomendaciones de la medicina occidental.

## Recomendaciones

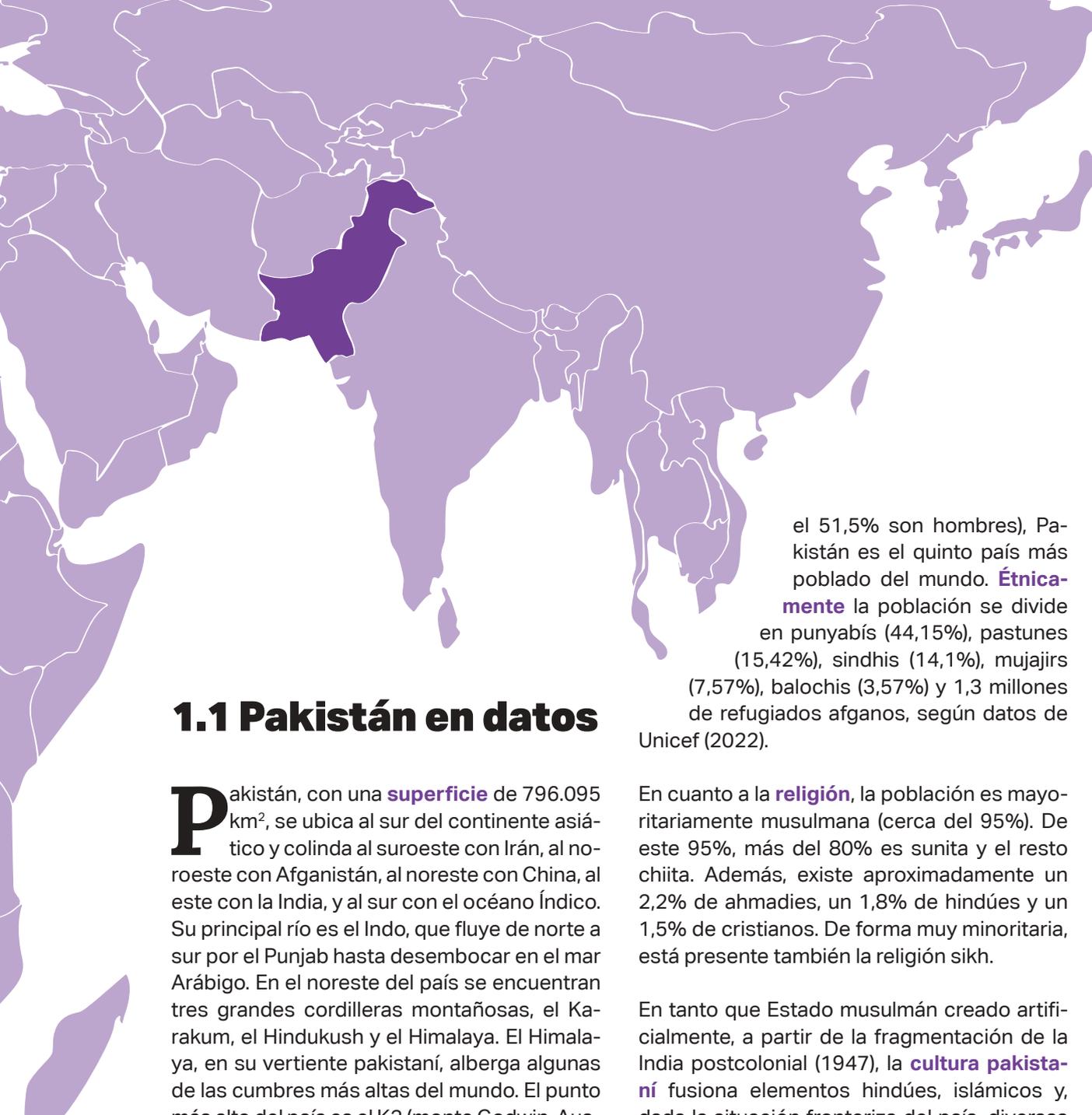
- › Tomar en cuenta las creencias de la cultura popular china en referencia a la recomendación de no realizar **ejercicio durante el embarazo y el posparto** y, ante ello, ofrecer los argumentos científicos sobre los aspectos positivos del ejercicio tanto para ellas como para los futuros bebés en estas etapas o bien sugerir, mediante las explicaciones pertinentes, el tipo de movimientos pasivos recomendados.
- › Explicar detenidamente cuál es la importancia y para qué se utilizan las **extracciones de sangre** en los controles prenatales y tranquilizarlas sobre la regeneración de la misma, así como cuáles son las motivaciones científicas que sustentan la contraindicación de la ingesta de **comida y bebida justo antes y durante el trabajo de parto** respecto a la inyección de analgesia epidural. En el caso de no acogerse a la anestesia, valorar la posibilidad de flexibilizar la norma.
- › Esclarecer con las mujeres el posible nivel de toxicidad (o ausencia de este) en el recurso a la **analgesia epidural** o la ingesta de otros componentes recomendados en el marco del embarazo.
- › Respecto a la aparente alta **tolerancia al dolor** durante el trabajo de parto de las mujeres de origen chino, incluso sin haberse administrado la analgesia epidural: más allá de las dificultades que esto pueda conllevar respecto de la evaluación del dolor por parte del personal médico y sanitario, recuerden que se trata de una enseñanza cultural inculcada, con especial énfasis, a las mujeres. Por ello será positivo hablar, empatizar con ellas y **generar la confianza necesaria** para facilitar su bienestar físico y mental durante el parto y poder identificar así sus necesidades para reducir el dolor.
- › **Evitar mostrar signos de sorpresa** si la madre no desea el contacto piel con piel con su bebé. El contacto físico también responde a una enseñanza cultural y lo que más le puede preocupar a la madre tras el parto es cubrirse totalmente con el objetivo de **proporcionar calor** tanto a su cuerpo como al del recién nacido. Ante ello, tratar de establecer una comunicación respetuosa que ponga en valor el sentir de las mujeres.
- › En el marco de la cultura china, del restablecimiento del equilibrio de las madres tras el parto y de la práctica de la dieta yang, es habitual que, en el caso de que las madres deban permanecer en el hospital, prefieran alimentarse con la comida que le prepare su familia (a base de **alimentos "calentadores"**). Quizás el centro pueda plantear la realización de alguna receta tradicional china como, por ejemplo, la crema de arroz que las mujeres chinas suelen ingerir durante la primera semana. De cara a su salida del hospital, sugerir formas alternativas para la incorporación de la fruta en su dieta de recuperación (por ejemplo, hervidas con ginseng).
- › Tratar de reservar fondos del centro para ofrecer un servicio de mediación cultural o **traducción** a las madres, capaz de garantizar la total comprensión entre ellas y el personal médico-sanitario. Este factor se considera clave para que ambas partes puedan vivir una experiencia positiva. Si, por el contrario, esto no puede darse, tratar de establecer otras formas de comunicación con ellas que contribuyan a su relajación, su percepción de cuidado, atención y bienvenida.
- › En el caso de que una mujer no haya realizado el seguimiento prenatal recomendado por la medicina clínica occidental o las actividades de preparación al parto, esto puede ocasionar incomprendiones entre personal médico-sanitario y ellas mismas, generando al mismo tiempo una percepción de experiencia negativa o de violencia. Sin embargo, es realmente necesario centrar la atención en la probable **situación laboral** complicada de estas mujeres, a la que puede añadirse la **falta de apoyo** (muy especialmente si ha migrado sola), la **dificultad idiomática** y las creencias culturales en torno al embarazo en las que ha podido ser socializada.





Vivencias, creencias y  
prácticas de las mujeres  
durante el embarazo,  
parto y posparto en

# Pakistán



## 1.1 Pakistán en datos

**P**akistán, con una **superficie** de 796.095 km<sup>2</sup>, se ubica al sur del continente asiático y colinda al suroeste con Irán, al noroeste con Afganistán, al noreste con China, al este con la India, y al sur con el océano Índico. Su principal río es el Indo, que fluye de norte a sur por el Punjab hasta desembocar en el mar Árabe. En el noreste del país se encuentran tres grandes cordilleras montañosas, el Karakum, el Hindukush y el Himalaya. El Himalaya, en su vertiente pakistaní, alberga algunas de las cumbres más altas del mundo. El punto más alto del país es el K2 (monte Godwin-Austen), con 8.645 metros de altitud. El sureste pakistaní, especialmente la frontera con la India, es una región desértica.

La República Islámica de Pakistán es una **república federal parlamentaria** cuya organización territorial se compone de la capital federal Islamabad; cuatro provincias: Baluchistán, Punjab, Sindh, Jaiber Pajtunja (KPK); y los territorios de Gilgit-Baltistán y Azad Jammu y Cachemira. El antiguo cinturón tribal (*Federally Administered Tribal Areas*) se ha incorporado a la provincia de Jaiber Pajtunja.

Con una **población** (2022) de 227,4 millones de habitantes (el 48,5% son mujeres y

el 51,5% son hombres), Pakistán es el quinto país más poblado del mundo. **Étnicamente** la población se divide en punyabís (44,15%), pastunes (15,42%), sindhis (14,1%), mujajirs (7,57%), balochis (3,57%) y 1,3 millones de refugiados afganos, según datos de Unicef (2022).

En cuanto a la **religión**, la población es mayoritariamente musulmana (cerca del 95%). De este 95%, más del 80% es sunita y el resto chiita. Además, existe aproximadamente un 2,2% de ahmadíes, un 1,8% de hindúes y un 1,5% de cristianos. De forma muy minoritaria, está presente también la religión sikh.

En tanto que Estado musulmán creado artificialmente, a partir de la fragmentación de la India postcolonial (1947), la **cultura pakistaní** fusiona elementos hindúes, islámicos y, dada la situación fronteriza del país, diversas influencias procedentes de Afganistán, Irán, China y la India, que se entrecruzan con las prácticas y tradiciones ancestrales de cada etnia.

De acuerdo con el artículo 251 de la Constitución, el urdú es el **idioma** nacional, aunque el inglés está muy extendido debido a su pasado colonial. Existen otras lenguas regionales como el punjabi, sindhi, pashtu y baluchi.

En Pakistán persiste el **sistema de castas** que rige en la India, aunque solo es aplicable a la comunidad hindú, que representa el 2% de la población del país. Esta comunidad se enfrenta por ello a una discriminación social y

## Pakistán



126

económica<sup>197</sup>. La existencia de la casta como estratificador social estructural en el Pakistán musulmán se rechaza activamente como símbolo regresivo del hinduismo. El islam, por el contrario, se representa a sí mismo como una religión igualitaria que no aboga por ninguna forma de estratificación. Sin embargo, según Mumtaz (2022), los análisis académicos de la estratificación social de las comunidades musulmanas en el subcontinente indio demuestran que la adopción del islam no transformó, de facto, el arraigado orden social de esta sociedad basado en castas. Tal como demuestra en su estudio, en la práctica, parte de la población sigue rigiéndose socialmente en base al sistema de castas e institucionalmente ha

sido documentado su efecto discriminatorio, específicamente, en lo que concierne la atención sanitaria de las mujeres en el contexto del embarazo, parto o posparto<sup>198</sup>.

Según **datos de NNUU** (2021)<sup>199</sup>, la esperanza de vida al nacer es de 68 años para las mujeres y de 66,1 para los hombres. La población es mayoritariamente joven, pues el 68% de sus habitantes tienen menos de 30 años. El país también es prominentemente rural (tan solo el 37,8% de la población vive en el ámbito urbano). La tasa global de paro es del 4,4% aunque la brecha de género relativa a la tasa de actividad es muy amplia. Dicha tasa as-

197 *Pakistán elige a su primera senadora de la casta de los intocables*. Islamabad, 2018. France24 <https://www.france24.com/es/20180304-pakistan-elige-su-primera-senadora-de-la-casta-de-los-intocables>

198 Zubia Mumtaz, Gian S. Jhangri, Afshan Bhatti & George T. H. Ellison (2022) *Caste in Muslim Pakistan: a structural determinant of inequities in the uptake of maternal health services*, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29:2, DOI: 10.1080/26410397.2022.2035516

199 UN Data (2021). Pakistan. <https://data.un.org/en/iso/pk.html>

ciende al 81,7% en el caso de los hombres y al 22,2% entre las mujeres.

En 2022, la tasa de penetración de **Internet** en Pakistán alcanzaba al 36,5% de la población total<sup>200</sup>, y a 186,9 millones de conexiones móviles celulares. La orografía del país y la falta de infraestructuras se traduce a menudo en la desconexión tecnológica de las áreas rurales.

Pakistán ha tenido en las últimas décadas una **historia política** convulsa. se convirtió en un Estado independiente en 1947<sup>201</sup> tras la partición de la India, aunque su primera Constitución se adoptó en 1956, momento en el que Pakistán dejó de ser un "**dominio británico**". Tras un golpe de estado, varias intervenciones militares y una guerra civil, en 1971, con el apoyo de India, Pakistán oriental se escindió del Pakistán occidental, dando lugar al nuevo Estado de Bangladesh. En **1973** se promulgó la actual **Constitución** de Pakistán, que llevó al país hacia la democracia. Sin embargo, esta se vería sometida a una dictadura marcada por una fuerte islamización y un nuevo golpe de Estado, hasta que, en 2002, se celebraron unas elecciones parlamentarias que permitieron la restauración de las asambleas parlamentarias y provinciales bajo la presidencia del General Musharraf. En 2008 se celebraron unas elecciones generales, marcadas por el asesinato en plena campaña, el año anterior, de la candidata del PPP (partido de carácter socialdemócrata) Benazir Bhutto, volcando el triunfo hacia este partido.

Cabe recalcar la importancia de la 18a Enmienda a la Constitución de 2010, ya que supuso la modificación de un tercio de la misma con el objetivo fundamental de romper legalmente con el pasado de los **regímenes militares**. Entre otras disposiciones, se reforzó el Parlamento frente a la figura del presidente, se estableció una mayor independencia del sis-

tema judicial y se incrementó el poder de las provincias frente al Estado federal mediante un nuevo reparto de competencias.

En julio de 2018 se celebraron las terceras elecciones generales, que dieron paso a un tercer gobierno civil consecutivo (todo un hito en la historia de Pakistán) de la mano del Movimiento por la Justicia de Pakistán (*Pakistan Tehreek-e-Insaf / PTI*) de Imran Khan. Sin embargo, la actualidad de la República Islámica de Pakistán ha estado marcada desde 2021 por el incremento de los **ataques terroristas**<sup>202</sup>. Además, en los últimos años, el repunte de la violencia sectaria, el asalto al consulado chino en Karachi en 2018, la escalada militar fronteriza entre India y Pakistán o la supresión de la autonomía en la Cachemira India a principios de agosto de 2019, entre otros acontecimientos, han puesto de manifiesto la **volatilidad del orden público ciudadano y la seguridad**. Otros factores hasta ahora característicos del sistema político pakistaní son la **corrupción política y administrativa** y la **carencia y precariedad de los servicios públicos** en los ámbitos de la salud y la educación.

El índice de **alfabetismo** en este país tan joven es de del 62,1% (72,5% en el caso de los hombres y 51,8% en el caso de las mujeres), lo que significa que una población estimada de 60 millones de personas es analfabeta en el país<sup>203</sup>. Por otro lado, la brecha de la alfabetización entre la **ciudad** y el **campo** es del 74% y del 46% respectivamente.

Pakistán es **miembro del sistema de Naciones Unidas** desde el 30 de septiembre de 1947. También participa en una serie de tratados internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2010), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1969), la Convención sobre los Dere-

200 *Digital 2022: Pakistan*. Datareportal. <https://datareportal.com/reports/digital-2022-pakistan>

201 Oficina de información diplomática. Ficha país: República Islámica de Pakistán. Ministerio de Asuntos Exteriores, 2022.

202 Según un reciente informe del Instituto de Paz y Seguridad de Pakistán (PIPS), en 2021 se produjeron 207 ataques terroristas que se cobraron la vida de 335 personas, 177 de las cuales son miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad. Este número de ataques terroristas supone un aumento del 45% respecto a 2020 y de un 38% respecto del 15 de agosto, día de la toma de Kabul.

203 Ministry of Federal Education and Professional Training. Government of Pakistan, 2022. <http://mofept.gov.pk/ProjectDetail/Nj-Q4ZTg2NjtOWM2NC00Y2lxLTkzMDgtMjU2OTFhMjA4NzNh>

## Pakistán

chos del Niño (1990) o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1996), entre otros.

Sin embargo, se trata de un país con **graves deficiencias en la protección de los derechos humanos**, en el que la violación de los mismos es todavía una constante ampliamente documentada. Entre otras cuestiones preocupantes a este nivel, hoy en día, más de 4.000 personas están condenadas a muerte. En 2015, el país llevó a cabo el 20% de las ejecuciones oficiales a nivel mundial<sup>204</sup>. El Código Penal contempla la **pena de muerte** por homosexualidad y, en 2021, el Tribunal Supremo prohibió ejecutar a personas que padezcan trastornos mentales graves, pero mantuvo la pena capital en vigor.

Ongds y organismos internacionales piden al país introducir medidas legislativas concretas orientadas a la erradicación de las prácticas de **tortura con los reclusos**, desde que, en 2010, el país ratificase la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2010).

Además, son numerosas las denuncias relativas a la **represión de la libre expresión** y sobre la persecución de la prensa<sup>205</sup>. Amnistía internacional manifiesta que, desde el año 2019, el contexto se ha recrudecido y que es cada vez más difícil trabajar en la defensa de los derechos humanos en el país. Las **comunidades religiosas minoritarias** musulmana ahmadí, hindú y cristiana sufren acoso dentro del territorio y sus miembros son a veces aleatoriamente recluidos bajo acusaciones de

blasfemia, pudiendo éstas conllevar la pena de muerte (a pesar de que el derecho internacional de los derechos humanos no permite que la blasfemia sea castigada como delito). La Comisión de Derechos Humanos del país denunció, que desde 1990, se ha linchado a cerca de 70 personas acusadas de **blasfemia**. Según Amnistía Internacional, también son constantes las denuncias de **conversiones forzadas** al islam de niñas cristianas<sup>206</sup> (entre 100 y 700 niñas víctimas por año según estimaciones de 2020). Finalmente, continúan siendo de actualidad las **desapariciones forzadas y ejecuciones extrajudiciales**.

204 Prison Insider. *Pakistán: condiciones de reclusión de las personas condenadas a muerte*. 2022. Informe disponible aquí: <https://www.prison-insider.com/es/articulos/pakistan-conditions-de-detention-des-condamnes-a-mort>

205 Según Amnistía Internacional, los ataques al periodismo se realizan a través de normativas recientes como La Ley de Prevención de la Ciberdelincuencia (PECA), la Ley Antiterrorista o los artículos del Código Penal relativos a la sedición y la difamación. Los periodistas denuncian un contexto cada vez más asfixiante, marcado por la censura, la coerción y el acoso. *Rétrospective: Pakistan. La répression des droits humains s'intensifie*. Amnesty International, 2020. <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2020/01/2019-pakistan-in-review/>

206 Amnistía Internacional. Informe 2020/2021. Disponible aquí: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/paises/pais/show/pakistan/>



## 1.2 La situación de las mujeres

La sociedad pakistaní es conservadora, jerárquica y patriarcal y esto se traduce en que la posición de las mujeres es inferior a la de los hombres en todos los ámbitos de la vida. Por añadidura, según Sebastián (2011), la posición de desventaja social y de dependencia de las mujeres ha sido -y sigue siendo- legitimada y reforzada mediante la **defensa de las diferencias de género desde las instancias del poder público** (masivamente masculino<sup>207</sup>), que falla en la eficacia de sus propuestas para promover el desarrollo personal de las mujeres y, por el contrario,

contribuye a obstaculizarlo, reproduciendo el sistema patriarcal.

Ejemplo de ello son la tasa de analfabetismo femenina y la baja incorporación de las mujeres al mercado laboral, que actúan como factores limitantes sobre sus condiciones de vida, caracterizadas en general por la **falta de autonomía personal y económica** y la subordinación de la mayoría de ellas a la **tutoría de los varones** (esposos, padres, hermanos), que ostentan la jefatura de la familia<sup>208</sup>.

207 En la actualidad (2022) tan sólo el 20,2% de los escaños parlamentarios son ocupados por mujeres.

208 Clavo Sebastián, MJ. *Las mujeres en Pakistán o el poder del patriarcado*. Universidad de la Rioja, 2011.

## Pakistán

El hecho de que en Pakistán haya 22,5 millones de niños sin escolarizar, la mayoría de ellos niñas (el 32%, en comparación con el 21% de los niños<sup>209</sup>), se corresponde con que, a su vez, en la mayoría de los hogares pakistaníes y desde una edad muy temprana, a las niñas se les forme o capacite casi de forma exclusiva en el **desempeño de las tareas domésticas**, cuya única utilidad será la de "servir" mejor a los futuros esposos. De este modo, la significativa brecha de desigualdad de género se perpetúa generación tras generación.

Todo ello alimenta la **violencia contra las mujeres**, que alcanza una proporción dramática también en Pakistán. El número de casos registrados de delitos sexuales y violencia doméstica (término mayoritariamente utilizado en Pakistán, que contabiliza tan sólo la violencia ejercida contra las mujeres por parte de sus cónyuges) sigue en aumento año tras año. Según la última Encuesta Demográfica y de Salud (2017-2018) realizada en Pakistán, alrededor del **34% de las mujeres** y niñas que están o han estado alguna vez casadas han sufrido **violencia física, sexual o emocional por parte del cónyuge**.

La ONG *White Ribbon Pakistan* ofrecía datos absolutos e informaba en 2020 de que, entre 2004 y 2016, 47.034 mujeres fueron objeto de violencia sexual; entre enero de 2011 y junio de 2017, se notificaron más de 51.241 casos de violencia contra las mujeres; se registraron más de 15.000 casos de delitos relacionados con el honor y se perpetraron más de 5.500 secuestros de mujeres.

Los medios internacionales se han hecho eco de forma masiva de los casos más extremos de violencia ocurridos en el país en los últimos años debido, entre otros, a los **crímenes de honor** o los casos de lanzamiento de ácido perpetrados contra mujeres. Ante la presión

ejercida a nivel internacional, hace más de una década el Estado eliminó las penas por cometer adulterio del Código Penal y, en 2016, aprobó una ley contra los crímenes de honor.

Sin embargo, se constata su persistencia. Porque, de facto, los valores patriarcales del Estado, que se basan en la religión islámica, se vinculan a su vez, en la práctica, con las diferentes **culturas tribales** y ha quedado documentado que estos crímenes no están en el centro de la atención de las fuerzas de seguridad. Según *White Ribbon Pakistan*, los tribunales tan sólo acaban condenando en el 2,5 % del total de los casos de violencia denunciados.

En cuanto a la norma del honor, la etnia Pash-tún, mayoritaria en el país y con presencia en el noroeste del mismo, inculca, exige y aplica unas normas y prácticas tradicionales que contribuyen al refuerzo del estereotipo cultural sobre la inferioridad de las mujeres. Según Zhanab<sup>210</sup>, esta norma o *namus*, que abarca el comportamiento de las mujeres (*tor*, literalmente negro, honor de las mujeres) y su protección, está detrás de los crímenes de honor que se perpetran contra ellas. Por otro lado, la norma de la **venganza** o *badal*, se aplica independientemente del coste y las consecuencias que tenga como una obligación individual y colectiva que no está limitada en el tiempo ni en el espacio ("Un pashtún que no se venga no es un pashtún"). De igual modo, las penas de muerte ejecutadas por el propio Estado a través de ahorcamientos públicos, generalmente a condenados por pederastia o abuso sexual, también son considerados por las ONGs presentes en el país como actos de venganza.

En 2020, se tramitaba al respecto una pregunta parlamentaria en el Parlamento Europeo<sup>211</sup> para conocer si este problema estaba formando parte efectiva del diálogo político entre la

209 Raza Ali, O and Hilali, H. *Empowering girls through education in Pakistan*. Edufinance.org <https://edufinance.org/latest/blog/2021/empowering-girls-through-education-in-pakistan>

210 Abou Zhanab, Mariam. *Frontières dans la tourmente : la talibanisation des zones tribales*. En *Outre-Terre* 2010/1 (n° 24), pages 337 à 357. <https://www.cairn.info/revue-oultre-terre1-2010-1-page-337.htm>

211 *Aumento de la violencia contra las mujeres en Pakistán*. Parlamento Europeo. Pregunta con solicitud de respuesta escrita E-001583/2020 a la Comisión. Artículo 138 del Reglamento interno. 12.03.2020 Disponible aquí: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2020-001583\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2020-001583_ES.html)

UE y Pakistán. Habida cuenta de la ratificación por el país de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y, frente a la falta de garantías ofrecidas respecto de la protección de las mujeres, se planteaba hasta qué punto su estatuto SPG+<sup>212</sup> no debía ser objeto de revisión. Pakistán es el principal beneficiario de este sistema de **beneficios comerciales bilaterales con la UE**: el 70% del conjunto de las exportaciones que proceden de los países beneficiarios de este acuerdo proceden de Pakistán. Efectivamente, en el informe de revisión del mismo, la UE notificó que la parte pakistaní "debe realizar más esfuerzos en áreas como la libertad de expresión, derechos de las minorías y desapariciones forzadas". Pero la renovación de un nuevo SPG+ y su aplicación a Pakistán se votara en el Consejo de la UE y Parlamento Europeo a lo largo de este año<sup>213</sup>, momento en el que se podrá poner **a examen** en qué orden de prioridad se encuentran los derechos humanos a la hora de renovar las alianzas comerciales.

En su argumentación, la pregunta parlamentaria daba cuenta de que, según el Índice mundial de desigualdad entre los géneros de 2018, Pakistán es el **sexto país más peligroso del mundo para las mujeres** y el **segundo peor clasificado en la escala mundial del índice de la brecha de género** (puesto 145 de 146 países incluidos en el informe de 2022<sup>214</sup>), precediendo tan sólo a Afganistán.

Por otro lado, la descendencia en Pakistán es patrilineal y las normas residenciales son patrilocales: establecen que la nueva unidad doméstica debe residir en el territorio del linaje del cónyuge masculino. **Una de cada cuatro niñas se casa antes de los 18 años**, y el **34%** se convierte en **madre antes de cumplir los 20**. UNICEF sitúa en 19 millones los matrimonios infantiles, de los cuales 4,6 millones corresponden a casamientos previos a los 15 años<sup>215</sup>.

El **secuestro de niñas y mujeres** para la trata de mujeres y los **matrimonios precoces y/o forzados**, actualmente en aumento, son otras dos manifestaciones de la violencia de género que preocupan a los expertos del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, organismo que pide al gobierno una mayor implicación para atajarlos<sup>216</sup>. Según la ONU, los secuestradores "a menudo fuerzan a sus víctimas a firmar documentos que atestiguan falsamente que tienen la edad legal para casarse y que lo hacen por voluntad propia" de manera que, a posteriori, la **policía no investiga** las desapariciones.

En las dos últimas décadas se han aprobado varias **leyes que promueven la igualdad de género**, principalmente a través de enmiendas al código penal, entre ellas las relacionadas con la violencia y el acoso sexual, la protección de los derechos de sucesión y la penalización de la violencia doméstica o el matrimonio forzado. Sin embargo, se observa que los roles tradicionales de género, los

212 El Sistema de Preferencias Generalizadas (SPG) de la UE es un instrumento comercial clave de la política comunitaria de ayuda al desarrollo. El SPG es un régimen comercial autónomo a través del cual la UE proporciona un acceso preferencial no recíproco al mercado comunitario de productos originarios en países y territorios en desarrollo a través de la exoneración total o parcial de los derechos arancelarios. En el caso del estatuto SPG+, se relaja el criterio de vulnerabilidad del 1% al 2%, pero a su vez se ha reforzado el mecanismo de supervisión para garantizar que los países que se benefician de este régimen implementen las Convenciones internacionales de forma efectiva. Este mecanismo prevé en su reglamento la salida temporal o definitiva del sistema. Para más información: Instituto superior de procedimientos aduaneros y fiscales. <https://ispaf.institute/es/herramientas-gestion-aduanera/sistema-de-preferencias-generalizadas-spg>

213 Comisión Europea. Sistema de Preferencias Generalizadas Plus (SPG +). Mas información en: <https://trade.ec.europa.eu/access-to-markets/es/content/sistema-de-preferencias-generalizadas-plus-spg>

214 *Global Gender Gap Report 2022*. Informe disponible aquí: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2022.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf)

215 La Ley de Restricción del Matrimonio Infantil de 1929 establece los 18 años como la edad mínima para que los jóvenes contraigan matrimonio, mientras que lo rebaja a los 16 años en el caso de las mujeres. Solo la provincia de Sindh, en el sureste de Pakistán, criminaliza esta práctica en todos aquellos menores de 18 años independientemente de su género.

216 *Pakistan : des experts appellent à agir contre les mariages d'enfants et les conversions religieuses forcées*. *ONU Info*, 2023. <https://news.un.org/fr/story/2023/01/1131357>

## Pakistán

estereotipos y las disparidades educativas y socioeconómicas, **perpetúan la violencia de género y las prácticas nocivas**, incluido el matrimonio infantil. Las mujeres se enfrentan, en definitiva, a un contexto estructural de **profundas discriminaciones y prácticas consuetudinarias**, por las que la aplicación efectiva de leyes puntuales sigue siendo un reto.

*De la violencia hacia las mujeres no se habla. Las cosas de casa no pueden salir a la calle. Es una situación común, pero nadie lo ve.* (Ahmed, N.)

Como consecuencia, la UNFPA recuerda que el avance de la igualdad de género y la justicia en Pakistán requiere de la puesta en marcha de **mecanismos integrales de rendición de cuentas** para la aplicación y cumplimiento de las leyes, una **financiación adecuada** y el **compromiso de la comunidad** para abordar las normas sociales y de género discriminatorias.

En cuanto al ámbito de la **salud sexual y reproductiva**, cabe señalar que la tasa de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos es del 25%, significativamente inferior a la de otros países del sur de Asia, lo que, según la UNFPA, contribuye a la mortalidad y morbilidad maternas, que son elevadas.

### Otros datos que reflejan la posición de las mujeres y las niñas ante la salud (UNFPA, 2022<sup>217</sup>):

- › La tasa de natalidad es de 3,6 niños nacidos vivos por mujer.
- › La tasa de mortalidad infantil (NNUU, 2021) es de 61,3 niños por cada 1000 nacimientos.
- › La tasa de mortalidad neonatal ha disminuido (de 276 por cada 100.000 nacidos vivos en 2006-2007 a 186 en 2017-2018).
- › Aunque el 69% de los partos son asistidos por parteras cualificadas, la proporción de mujeres que se enfrentan a partos prolongados, fístulas obstétricas y hemorragias es alta, especialmente en las zonas rurales.
- › Aún mueren aproximadamente 12.000 mujeres al año a causa de complicaciones durante el parto. Las **muertes maternas** debidas a hemorragias antes y después del parto han aumentado, pasando del 33% en 2006-2007 al 41% en 2019.
- › La mala salud materna y los factores determinantes de la planificación familiar confirman la existencia de un sistema sanitario débil con una disponibilidad y un acceso insuficientes a servicios de alta calidad.
- › La proporción de personal sanitario crítico en Pakistán es de 1,45 trabajadores sanitarios por cada 1.000 personas.
- › El número de enfermeras, matronas y asistentes sanitarias combinadas es la mitad del número de médicos, lo que está por debajo de la proporción recomendada por la OMS de enfermeras y matronas por médico.
- › El arraigo de las normas y prácticas sociales y de género afectan a la movilidad y autonomía de las mujeres para tomar decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

217 United Nations Population Fund Country programme document for Pakistan (2023-2027). UNFPA – Country programmes and related matters. Second regular session 2022, 29 August to 1 September 2022, New York. Programa complete disponible aquí: [https://pakistan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pakistan\\_country\\_programme\\_document\\_cpd\\_-\\_2023-2027\\_final.pdf](https://pakistan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pakistan_country_programme_document_cpd_-_2023-2027_final.pdf)



### 1.3 Los conceptos de salud y enfermedad y el recurso a la medicina tradicional o contemporánea

133

Según Casado y Valenzuela (2008), la **salud y la mala salud** están imbricadas en estructuras y procesos socioculturales, políticos, económicos, religiosos o ideológicos, ya que estos factores influyen en las actitudes y los comportamientos específicos de búsqueda de la salud. Para comprender una acción de búsqueda de la salud, por lo tanto, es esencial situarla dentro de estos contextos. Prestar especial atención a estas actitudes y comportamientos de búsqueda de la

salud pone de manifiesto la sutil y complicada dinámica de poder en juego, no sólo en los individuos, sino también en los sistemas de conocimientos y prácticas<sup>218</sup>.

Como explican Casado y Valenzuela (2008), el Islam no suscribe la doctrina dualista entre mente y cuerpo y por eso es difícil pensar en un alma saludable y un cuerpo enfermo. Tanto los pakistaníes como los marroquíes coinciden en que una excesiva preocupación genera tensión

218 Ali I, Sadique S, Ali S and Davis-Floyd R (2021) *Birth Between the "Traditional" and the "Modern": Da'I Practices and Childbearing Women's Choices During COVID-19 in Pakistan*. *Frontiers in Sociology*. 6:622223. doi: 10.3389/fsoc.2021.622223 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.622223/full>

## Pakistán

o nervios que pueden dar lugar a la enfermedad física. Esto no implica, no obstante, que no se distinga entre sustancia espiritual y corporal, sino más bien que la **enfermedad física y espiritual están relacionadas**. La primera se cura mediante médicos y la segunda mediante especialistas rituales y religiosos, aunque la sanación está en último término en manos de Alá (los individuos e instituciones son sus instrumentos).

“ *En Pakistán, antes todo el mundo pensaba que la enfermedad era un castigo de Dios, que te ponía a prueba. Se asociaba la enfermedad a la fe. La gente de la generación de mi madre, si te pones enfermo, aun te dirá que “te curarás si Dios quiere”. Por ello también, tradicionalmente, se ha creído que cuando tienes buena salud, es porque Dios te ha dado esa bendición.*

(Ahmed, N.)

“ *Ahora, sobre todo las nuevas generaciones que estudian, son más conscientes de que se trata de nuestro cuerpo, que está enfermo. Ahora, los jóvenes, ya saben que si tienen buena salud es porque hacen ejercicio y se cuidan, que la salud se tiene que trabajar. En la concepción de la salud y la enfermedad, como con todo, hay mucha diferencia entre la ciudad y el campo.*

(Ahmed, N.)

cluidos en el estudio de Ali I et al (2021), el país cuenta con aproximadamente 1.300 hospitales públicos, 5.530 unidades de **salud pública**, 700 centros de salud comunitarios y 5.680 dispensarios (que son las unidades de atención biomédica primaria más pequeñas de Pakistán). Hay un médico por cada 970 personas, un dentista por cada 9.450 y una cama de hospital por cada 1.610 personas. Esto provocó una saturación extrema de hospitales y médicos durante la pandemia del COVID-19.

Por otro lado, existe una diferencia significativa en la **prestación de asistencia sanitaria entre las zonas rurales y urbanas**; las zonas urbanas disponen de instalaciones suficientes y más adecuadas que las poblaciones rurales, un fenómeno denominado “sesgo urbano” en las políticas sanitarias. Casado y Valenzuela también señalan que las instalaciones biomédicas de las zonas rurales tienen un personal inadecuado, menos cualificado y funcionan mal, en parte debido a la corrupción. Finalmente, la prestación del servicio es caro y los centros sanitarios locales, como las unidades de cuidados básicos y los dispensarios, sólo funcionan hasta las 14:00 horas durante la semana y cierran los domingos.

“ *La gente en Pakistán sólo va al médico cuando está enferma. Se dan cuenta de que tienen cáncer cuando este es terminal. Piensan que, alimentándose bien, mantienen su salud. Y mientras puedan hacer su vida normal, sus tareas cotidianas, están bien.*

(Kosar)

En paralelo, según Babar T. Shaikh y Juanita Hatcher (2005), los indicadores de salud en el país reflejan la **repercusión de otros múltiples factores** que se entrecruzan: el hecho de que más de la mitad de la población vive en zonas rurales en un contexto de pobreza, el analfabetismo, el bajo estatus de la mujer y las deficientes instalaciones de agua y sa-

En Pakistan, las **estructuras sanitarias públicas** son muy **deficientes**. Según los datos in-

neamiento; el conocimiento limitado de la salud y la enfermedad, los remedios culturales y caseros o la escasez de un servicio sanitario eficaz y su coste, todo ello añadido a las barreras socioculturales existentes.

Como consecuencia, las mujeres embarazadas no suelen acudir al médico, a menos que detecten un problema. El **control del embarazo es escaso** para la mayoría de ellas.

Ante el desastre natural ocurrido el pasado mes de agosto, en el que el país sufrió graves inundaciones, las mujeres embarazadas<sup>219</sup> y los niños, como los segmentos más frágiles de la población, sufrieron las peores consecuencias. En general, las mujeres de las regiones más afectadas se vieron forzadas a parir en inmensos campamentos de acogida improvisados en zonas secas sin la atención médica necesaria<sup>220</sup>.

Según Ali I et al (2021), para ocuparse de la **salud de las mujeres**, el gobierno pakistaní introdujo en 1994 el programa LHW (Bhutta et al., 2008)<sup>221</sup>, en el que se contrataba a mujeres locales con al menos 8 años de educación escolar formal. Después de recibir 6 meses de formación para prestar atención en el hogar, cada trabajadora sanitaria (LHW por sus siglas en inglés: **Lady Heath Workers**) es responsable de unas 1.000 personas (aproximadamente 200 familias). En el país hay más de 100.000 trabajadoras sanitarias que prestan servicios de salud materna, planificación familiar y aten-

ción primaria en las zonas rurales. Aunque no atienden rutinariamente partos a domicilio porque no tienen la formación específica necesaria, llevan registros de nacimientos, prestan servicios educativos de promoción y prevención, tratan enfermedades más leves (como infecciones respiratorias), derivan a la gente a centros sanitarios, administran vacunas orales contra la polio y promueven la inmunización sistemática. A pesar de su importante carga de trabajo, las trabajadoras sanitarias reciben salarios bajos, de aproximadamente 30 dólares al mes y, a menudo, no reciben sus salarios a tiempo, como han informado continuamente los medios de comunicación pakistaníes durante la última década.

Junto a ellas, existen múltiples perfiles de mujeres que desempeñan un **papel en el embarazo y el parto**<sup>222</sup> en el marco del sistema sanitario. Concretamente, para resolver los problemas específicos del contexto a los que se enfrentan las mujeres embarazadas en las **zonas rurales**, en 2006 el gobierno de Pakistán introdujo las **Community Midwives** (CMWs por sus siglas en inglés) o comadronas comunitarias. Estas recibieron formación en obstetricia y fueron enviadas a sus aldeas de origen para prestar servicios de atención materna y aumentar la asistencia cualificada en el parto al 90% (Mumtaz et al., 2015; Mubeen et al., 2019). Atienden partos a cualquier hora del día, a mujeres de zonas remotas y prestan una atención de bajo coste y alta calidad, cubriendo económicamente el coste de

219 Según la UNFPA, mientras 1.000 centros sanitarios, puentes y carreteras fueron destruidos, se cuenta en 33 millones las personas desplazadas. 128.000 mujeres embarazadas en su último trimestre de gestación se vieron sorprendidas por las inundaciones y forzadas a migrar de sus zonas de residencia buscando refugio. Por ello, su acceso a la salud se vio dolorosamente impedido.

220 *Pakistan* : "Les femmes n'arrêtent pas de tomber enceintes ou d'accoucher pendant les inondations !". Terriennes. L'information des femmes dans le monde. TV5Monde, 2022. <https://information.tv5monde.com/terriennes/pakistan-les-femmes-n-arretent-pas-de-tomber-enceinte-ou-d-accoucher-pendant-les>

221 Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, Salat MS, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bull World Health Organ.* 2008 Jun;86(6):452-9. doi: 10.2471/blt.07.045849. PMID: 18568274; PMCID: PMC2647462. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647462/pdf/07-045849.pdf>

222 Todos ellos con diferentes niveles de acreditación y formación oficiales. Se las clasifica como "proveedoras sanitarias de nivel medio". Los perfiles, ordenados por nivel de formación, incluyen a la enfermera matrona titulada (RNM), la visitadora sanitaria (LHV), la matrona comunitaria (CMW, también conocida como partera cualificada o SBA), la matrona alumna y la matrona. Les siguen los profesionales sanitarios de nivel inferior, que son las trabajadoras sanitarias (TSC), y que también se clasifican como trabajadores sanitarios comunitarios (TSC), cuya función es servir de enlace entre los hogares/las TSC y los profesionales sanitarios con mayor formación. Suelen contar con la ayuda de parteras tradicionales (también conocidas como *dai* o *dayun* en plural) y que, por ejemplo, no están capacitadas para administrar oxitocina. En Shah, Safieh et al. *Unregulated usage of labour-inducing medication in a region of Pakistan with poor drug regulatory control: characteristics and risk patterns.* *International Health* 8 (2015): 89 - 95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778630/>

## Pakistán



los medicamentos. También facilitan el transporte a los hospitales porque suelen acompañar a sus pacientes en casos de emergencia (Rehman et al., 2015)<sup>223</sup>. Además, proporcionan atención prenatal detectando, tratando y derivando los casos con complicaciones del embarazo, a la vez que educan a las mujeres en la identificación de estos síntomas.

La mayor proporción de partos en el marco del sistema sanitario pakistaní ocurren en el **ámbito urbano**. Un estudio<sup>224</sup> sobre la percepción de las mujeres embarazadas acerca de la experiencia de parto y parto en el marco sanitario pakistaní, trabajó con una muestra en la que el 88% de las mujeres provenían del ámbito urbano y el 100% eran trabajadoras

(cuando la mayoría de la población del país es rural y la tasa de actividad femenina ronda el 22%). Esto sugiere que son las mujeres con **ingresos propios y provistas de un seguro médico** las que generalmente acuden al sistema sanitario convencional.

Los resultados de este estudio (Madeeha et al, 2021) también concluyeron que la calidad general de los servicios de **atención materna** prestados en Pakistán no estaba a la altura. La tasa de cesáreas era elevada. La mayoría de las mujeres tenían dificultades para encontrar el médico adecuado y no estaban preparadas para el parto. Las mujeres tampoco participaban en el proceso de toma de decisiones, ni se les proporcionaba ningún plan de parto ni ase-

223 Bechange, S., Schmidt, E., Ruddock, A. et al. *Understanding the role of lady health workers in improving access to eye health services in rural Pakistan – findings from a qualitative study*. Arch Public Health 79, 20 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00541-3>

224 Madeeha, M; Katherine Prescott, K; Khalid, M; Hashmi, A. and Kiani, A. *Expectations and experiences of women regarding maternal healthcare services in Pakistan: challenges and lessons to be learnt*. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice (2021) 14:108 <https://doi.org/10.1186/s40545-021-00392-x>

soramiento sobre los signos del parto, la planificación familiar o las señales de peligro. Además, el coste de la atención materna era bastante elevado y no estaba al alcance de todas.

“ Por todo, tienes que pagar.  
(Kosar)

“ En Pakistán una prueba médica puede costar 50 euros; extraer sangre, puede costar diez o doce euros. Es muy caro para la gente en general. Y para que te atiendan en el sistema público, la espera es muy larga. También hay un elemento de estatus, de clase. Quien tiene dinero, acude al sistema privado.  
(Ahmed, N)

Madeeha et al apuntaban, entre otras recomendaciones, a que los centros sanitarios deberían disponer de un sistema de apoyo adecuado para proporcionar asistencia prenatal y postnatal a todas las madres, con el fin de reducir las complicaciones maternas y promover el inicio precoz de la lactancia materna en Pakistán.

Las mujeres pakistaníes están todavía lejos de poder acceder a un sistema sanitario adecuado a sus derechos y necesidades.

Todo ello explica, en parte, que las **terapias alternativas derivadas de la medicina tradicional** sean ampliamente utilizadas por los y las paquistaníes, lo cual genera la coexistencia de un **pluralismo médico**. Además de la biomedicina, el ayurveda, el *unani tibb*, los remedios caseros y la curación verbal mediante oraciones

y súplicas son recursos utilizados por la población, que tiene fe en los curanderos espirituales, clérigos, *hakims* u homeópatas.

“ La gente prefiere acudir al *hakim* antes que a un médico porque lo que te da es natural. A no ser que tengas un problema grave, entonces hacen la primera visita con el médico para que, por ejemplo, le recete antibióticos y luego continúan viendo al *hakim*.  
(Kosar)

La medicina tradicional, de hecho, ha sido aceptada e **integrada en el sistema nacional de salud de Pakistán**. Los profesionales deben estar registrados por sus respectivos Consejos, es decir, el Consejo Nacional de *Unani Tibb* y el Consejo Nacional de Homeopatía. Hay aproximadamente 50.000 *Hakims/Tabibs* (practicantes de medicina *Unani*) registrados, 6.000 Homeópatas, 537 *Vaids* (practicantes de medicina *Ayurveda*), unos 28 colegios *Tibbia* reconocidos y dos Universidades en el país. Alrededor de 457 dispensarios *tibbianos* y muchas clínicas privadas suministran medicamentos públicamente en todo el país, y entre 300 y 350 empresas *unani* y unas 300 empresas homeopáticas fabrican fármacos<sup>225</sup>.

La mayoría de las personas practican la **medicina unani**<sup>226</sup>, que data del siglo XI y se basa en las enseñanzas de Hipócrates y Galeno. En este sistema, las enfermedades surgen a través de desequilibrios entre los cuatro humores (sangre, moco, bilis amarilla y bilis negra), o de las cuatro cualidades (humedad, sequedad, frío y calor, aunque las designaciones de frío y calor no corresponden, en este caso tampoco, a la temperatura física). Así, según Casado y Valenzuela (2008), el estado de salud depen-

225 Ahmad, K., Ahmad, M., Huber, F.K. et al. Traditional medicinal knowledge and practices among the tribal communities of Thakht-e-Sulaiman Hills, Pakistan. *BMC Complement Med Ther* 21, 230 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03403-1>

226 La medicina tradicional y la respuesta a las campañas de información sobre la salud. GlobalDev, 2018. <https://globaldev.blog/es/blog/la-medicina-tradicional-y-la-respuesta-las-campañas-de-información-sobre-la-salud>

## Pakistán

de del **equilibrio de los humores**, que pueden alterarse mediante la alimentación, el aire del entorno, el sueño, las emociones, etc.

Como ocurre en la medicina tradicional china, en el **sistema unani tibt** se invoca tanto el **concepto de equilibrio** como el de la **dicotomía frío-calor**, donde el **tratamiento con opuestos** (a través de objetos, alimentos, plantas y actividades) forma parte del concepto de los humores. Por ejemplo, la malaria se considera una enfermedad caliente y se trata con una infusión de *Teucrium stocksianum*, que se considera fría. Una infusión de *Withania coagulans* se considera fría y se utiliza contra la insolación, una enfermedad localmente considerada caliente. Los especialistas en medicina herbolaria/*hakim/unani* poseen y practican conocimientos detallados sobre las partes de las plantas, las preparaciones y su grado de calor y frío. Así mismo, dado que trabajar al aire libre calienta la leche materna de la madre, los médicos *unani* aconsejan a las mujeres que no les den leche a sus bebés cuando tienen diarrea (considerada una enfermedad caliente), en contraste con el enfoque occidental de la terapia de rehidratación oral. La **creencia de las mujeres** en este u otros modelos médicos, según los autores, puede influir en **cómo responden a las recomendaciones biomédicas sobre la salud** (en este caso, lavarse las manos para evitar la diarrea)<sup>227</sup>.

Según el estudio de Ahmad, Ahmad y Huber (2021), existen dos tipos de especialistas destacables en el marco de la **medicina tradicional**, entre otras personas-recurso en el marco de las prácticas ancestrales en Pakistán:

En primer lugar, los **Mullayan** o *Imanes* son curanderos tradicionales con una educación religiosa formal. Utilizan los conocimientos religiosos para la curación, incluidas las escrituras de los libros sagrados y las prácticas del Corán, el Hadiz y la Sunna; son responsables de los deberes religiosos, como las oraciones colectivas y las procesiones funerarias. La gente suele visitar al *Mulla* en casos de *masiyath*, un grupo de dolencias que incluye cualquier enfermedad inusual que se cree causada por espíritus o *jinn*,

u otras enfermedades relacionadas con el alma con síntomas como traumas/trastornos neurológicos o psicológicos, hipervigilancia y sentimientos generalizados de terror, que se tratan con el *tawiz* y la *dua*, es decir, amuletos, bendiciones y oraciones. Los amuletos suelen consistir en un trozo de papel con una inscripción sagrada envuelta en tela o cuero que se cuelga del cuello o del brazo. La mayoría de los pueblos tienen un *Mulla* y suelen tener conocimientos medios sobre plantas medicinales; La mayoría de ellos son hombres, aunque hoy en día las mujeres también pueden asistir a escuelas religiosas o *madrassas*.

El **Aamel** es un especialista en rituales al que se consulta cuando la gente contrae enfermedades inusuales relacionadas con los espíritus. Trabajan con rituales que pueden durar hasta 40 días. Suelen ser hombres, pero también existen *Aamel* mujeres. Los *Aamel* reciben una ardua formación. Se comunican con espíritus, llamados localmente *paerai*, y ampliamente conocidos como *jinn*. Se trata de entidades que pueden causar daños físicos y mentales a los humanos, pero que pueden ser domados por el *Aamel*. Estos especialistas suelen carecer de conocimientos sobre plantas medicinales.

Por otro lado, en el país existe el perfil de los **consultores o diagnosticadores del pulso**, que identifican la dolencia a través del pulso y proporcionan o sugieren el tratamiento adecuado con plantas medicinales u otros fármacos, el uso de piel de animal, el tratamiento ritual o el tratamiento biomédico. Los conocimientos del consultor del pulso se consideran un don de Dios que, en la mayoría de los casos, se transmite de generación en generación (normalmente masculina). Cada pueblo tiene un consultor del pulso. Los lugareños los visitan cuando desconocen lo que les aqueja. Los consultores tienen buenos conocimientos sobre plantas medicinales.

Además, existe la figura de los **colocadores de huesos tradicionales**, que ajustan los huesos rotos y desarticulados. Heredan sus conocimientos de los ancianos. En las zonas

227 Ahmad, K., Ahmad, M., Huber, F.K. et al. *Traditional medicinal knowledge and practices among the tribal communities of Thakht-e-Sulaiman Hills, Pakistan. BMC Complement Med Ther* 21, 230 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03403-1>

rurales suelen utilizar plantas medicinales, mientras que en las urbanas emplean fármacos convencionales.

El perfil tradicional en el marco del recurso a la **salud reproductiva de las mujeres**, es el de las **dai** (*dayun* en plural) **matronas tradicionales**, que intervienen fundamentalmente en las zonas rurales. Normalmente hay una por pueblo; son mujeres que basan su sabiduría en la experiencia (en oposición a las CMWs, que disponen de una formación de base en obstetricia) y a las que se invita durante el parto. Son conocedoras de las plantas medicinales (recogemos en el apartado dedicado al parto algunas de sus prácticas).

No hay **especialistas locales en plantas medicinales**, pero los ancianos conocen las plantas medicinales y las utilizan en sus familias. En su mayoría son personas mayores y experimentadas que han heredado estos conocimientos de sus antepasados y otros ancianos.

Siguiendo a Ahmad, Huber et al (2021), la **materia médica local** se compone de plantas, animales, minerales y otros recursos, mientras que la etiología local gira en torno al concepto *unani* anteriormente citado de los humores. Según los autores, este concepto llegó a través de médicos formados en medicina *unani* procedentes de la India unida que se instalaron en zonas tribales remotas del actual Pakistán para prestar servicios comunitarios. Sus conocimientos se incorporaron así al sistema de conocimientos de las propias comunidades.

En estas zonas, hay conceptos popularmente empleados de forma asociada a la medicina, como por ejemplo el de **"amargo"**. En este sentido, un proverbio utilizado a menudo dice:

“ *Todo lo amargo, excepto el veneno, es bueno para la salud, mientras que todo lo dulce, excepto la miel, es perjudicial.*  
(Kosar)

La **"Infección de la voz"** es otro concepto local relacionado con la salud y la enfermedad.

Supone que la voz de algunas personas tiene de forma natural un efecto infeccioso en el paciente o en partes de heridas de su cuerpo. Puede ocurrir de forma intencionada o no. Además de las plantas, el oro y la plata se utilizan preferentemente para curar o prevenir el efecto de la "infección de la voz".

El **mal de ojo**, tal como se recoge en otras culturas, es un concepto que describe el poder de la envidia y los celos. Los seres humanos obsesionados por la envidia o los celos pueden, con su vista, dañar a sus semejantes intencionada o involuntariamente. Son vulnerables a él los niños, las madres durante el embarazo, antes y después del parto, los enfermos o lesionados, así como las personas sanas y adineradas. Para protegerse, se suele utilizar un amuleto religioso; a veces se hace una pequeña mancha negra temporal con carbón en la parte visible de la piel (en el caso de los bebés, detrás de un oído).

La categoría de ritual abarca principalmente los tratamientos de enfermedades causadas por **espíritus o jinn**, el mal de ojo o la "infección de la voz". El concepto de "infección de la voz" no se ha encontrado en la literatura científica disponible, aunque está profundamente arraigado en la comprensión local de la enfermedad y es común en las zonas tribales de Pakistán y Afganistán. En cambio, las enfermedades causadas por los *jinn* y el concepto de mal de ojo son ampliamente conocidos en las regiones islámicas y citados con frecuencia en la literatura médica.

Los mismos autores explican que los productos animales, especialmente la piel de cabra u oveja, son de suma importancia para los tratamientos locales. Llevar **piel de cabra u oveja** se considera como una herramienta medicinal para un gran número de dolencias, especialmente en casos de emergencia y complicaciones. Por lo general, la piel de cabra se considera fría y se aconseja llevarla en verano, mientras que la de oveja es cálida y se recomienda para el invierno. También puede aconsejarse el uso de cada una de ellas independientemente de la estación del año, ajustando su uso a la progresión de la enfermedad para que esta no empeore. Por ejemplo, la piel se utiliza al principio de la enfermedad o al

## Pakistán



140

final de la misma, pero no durante su clímax, cuando los síntomas son más fuertes. Se cree que un **desequilibrio de frío/calor** suele ser la causa de las enfermedades comunes, por lo que su uso influye en este equilibrio, suaviza y sostiene el cuerpo según sus necesidades.

Además, Pakistán tiene una tradición muy rica en el uso de **plantas medicinales** para el tratamiento de diversas dolencias. Se utilizan individualmente, sin mezclar diferentes especies o partes durante la preparación, y la mayoría de ellas se usan directamente, sin ningún tipo de procesamiento o preparación previa. Sobre su potencial y para qué tipo de síntoma son efectivas, existe un conocimiento generalizado en los hogares, debido a la arraigada **cultura de atender y cuidar** a los pacientes por parte de los propios vecinos del pueblo,

que proporcionan y comparten sus consejos. Los autores pudieron observar, de hecho, que los conocimientos sobre plantas medicinales se transmiten verticalmente, es decir, de generación en generación, y horizontalmente dentro de la comunidad, especialmente entre los ancianos. Sin embargo, hoy en día, los saberes de los jóvenes sobre las plantas medicinales son menores que en épocas anteriores.

Las **principales razones**<sup>228</sup> **para consultar a un curandero** son la proximidad, el precio asequible, la disponibilidad, la presión familiar y la firme confianza en la medicina tradicional por parte de la comunidad.

228 Shaikh BT, Hatcher J. *Complementary and Alternative Medicine in Pakistan: Prospects and Limitations*. Evid Based Complement Alternat Med. 2005 Jun;2(2):139-142. doi: 10.1093/ecam/neh088. Epub 2005 Apr 20. PMID: 15937553; PMCID: PMC1142200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1142200/>

## 1.4 Concepción de la maternidad, el embarazo no deseado, la infertilidad y el aborto

La **maternidad** en Pakistán es una fase esperable y una expectativa considerada culturalmente como "natural" en las mujeres. Al igual que en otras sociedades, la maternidad confiere **estatus a las mujeres**.

“ La maternidad, siempre que se produzca dentro del matrimonio, influye mucho en el estatus de las mujeres. Las mujeres tienen que ser madres. Las niñas crecen escuchando siempre que se van a casar y van a tener muchos hijos.

(Ahmed, N.)

Una mujer pakistaní que experimenta subordinación y falta de control durante su vida (tanto como de niña como de joven) adquiere **poder, autoridad y control tras adquirir la condición de madre**. La experiencia del control social y la obtención del estatus deseado está directamente vinculada con las normas de "maternidad", fundamentadas en el valor social de un niño en el contexto sociocultural pakistaní. De este modo, y dado que los niños definen una "familia", al ser madres, las mujeres reciben el **aprecio religioso y la recompensa**, tanto por la asunción del papel esperado de la mujer (como madre), como por el esfuerzo físico desempeñado en el proceso reproductivo y el cuidado de los niños (El Noble Corán, 2: 233, 31: 14; Qamar, 2017).

“ En Pakistán, para las mujeres, tener hijos es muy importante. Si no tienes casa o no tienes trabajo, no pasa nada. Si tienes hijos, tu vida está resuelta. Has cumplido. Te casas para tener hijos y desde pequeña, es como si estuvieras preparada.

(Kosar)

Por otro lado, el estatus de la mujer será mayor si su hijo es un varón, ya que se entiende que este dará continuidad al apellido en la línea patrilineal, y que en el futuro se hará cargo de la familia. Por ello, especialmente en las zonas rurales y más tradicionales del país, las mujeres se encuentran **bajo la presión** de los cónyuges y las familias para **dar a luz a un varón**. En ocasiones, los cónyuges amenazan con casarse con otra mujer si sus esposas no logran colmar esta expectativa. La tensión que se deriva en este sentido es recogida por la prensa mediante el ejemplo de una mujer que había logrado quedarse embarazada de un varón tras realizar un tratamiento de fertilidad, pero que, ante la falta de atención médica durante las recientes inundaciones vividas en Pakistán, expresaba<sup>229</sup> su preocupación por si el embarazo pudiese verse comprometido.

La maternidad, entendida como una expectativa natural y necesaria, genera un enorme **estigma frente a la infertilidad**, de la cual se culpa, generalmente, a las mujeres. Esto provoca marginación y traumas psicológicos en ellas (tensión, ansiedad, depresión, autoinculpación, incluso ideas suicidas), ya que las normas sociales equiparan la infertilidad con

229 *Pakistan : "Les femmes n'arrêtent pas de tomber enceintes ou d'accoucher pendant les inondations !"*. Terriennes. L'information des femmes dans le monde. TV5Monde, 2022. <https://information.tv5monde.com/terriennes/pakistan-les-femmes-n-arrètent-pas-de-tomber-enceinte-ou-d-accoucher-pendant-les>

## Pakistán



el fracaso a nivel personal, emocional y social. Un artículo científico<sup>230</sup> realizado por Ahmed (2020) sobre las consecuencias psicosociales de la infertilidad en mujeres de Karachi, reveló que más de dos tercios (67,7%) de aquellas mujeres que no podían dar a luz o tener hijos varones vivían conflictos conyugales. Como consecuencia, recibían amenazas de divorcio (20%) y eran obligadas a volver a casa de sus padres (26%) por sus suegros o maridos.

“ *Esta cuestión no cambia con el tiempo. Las parejas se casan para tener hijos. Para crear una familia con hijos. Y se cree que los chicos, como son machos, están sanos. Que el fallo está en la mujer.*  
(Ahmed, N.)

A menudo, por lo tanto, el diagnóstico de infertilidad tiene graves ramificaciones en la vida cotidiana de los matrimonios, como problemas de adaptación, conflicto y malestar psicológico (incluyendo ansiedad y depresión). Además, según Ahmed (2020), existe una **actitud marcadamente obstinada entre los hombres**, en lo que respecta a someterse a pruebas de infertilidad, y una negativa general a reconocer su papel en los problemas de infertilidad a los que se enfrenta la pareja.

“ *Ningún hombre diría: yo soy el que no puede ser padre.*  
(Kosar)

230 Ahmed H M, Khan M, Yasmin F, et al. (April 16, 2020) Awareness Regarding Causes of Infertility Among Out-patients at a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan. Cureus 12(4): e7685. doi:10.7759/cureus.7685 <https://www.cureus.com/articles/26396-awareness-regarding-causes-of-infertility-among-out-patients-at-a-tertiary-care-hospital-in-karachi-pakistan#!>

“ Si no se puede tener hijos, se sufre mucho. Lo más probable es que el hombre se case con otra mujer para conseguirlo. De hecho, el hombre puede casarse con hasta cuatro mujeres, pero luego debe mantenerlas a todas y llegar a ese extremo es difícil.  
(Ahmed, N.)

“ Si no se puede tener hijos, se sufre mucho. Lo más probable es que el hombre se case con otra mujer para conseguirlo. De hecho, el hombre puede casarse con hasta cuatro mujeres, pero luego debe mantenerlas a todas y llegar a ese extremo es difícil.  
(Ahmed, N.)

“ Pero aquí en Barcelona conozco muchos casos, de hombres casados que tienen otra mujer en Pakistán, o en Inglaterra. Es común. No está mal visto. Son las primeras mujeres las que lo llevan mal, pero son económicamente dependientes del marido y deben aceptarlo o pedir el divorcio (aunque eso sí que está muy mal visto). No poder tener hijos, en cualquier caso, es el primer motivo de divorcio en Pakistán.  
(Ahmed, N.)

“ Otra opción, es la adopción dentro de la familia. Por ejemplo, si una hermana ha tenido varios hijos y se queda embarazada de una niña, en algunos casos la da en adopción a su hermana, para que pueda ser madre.  
(Kosar)

Según Qamar (2017), las **causas de la infertilidad** en una mujer se interpretan como *asaib* o *saya* (efectos de espíritus malignos) o *bandish* (resultado de la magia negra), lo que, a su vez, produce la percepción de fracaso en su papel como mujer y el riesgo de marginación.

“ Ante la infertilidad, tanto en pueblos como en ciudades con frecuencia se acude al curandero, el *Hakim*, quien les da un agua especial, unos capítulos del Corán para estudiar y un amuleto, con un cordón negro, llamado *tawiz*. Deben llevarlo alrededor de la barriga hasta que se queden embarazadas. No se lo quitan en ningún momento, incluso se duchan con él.  
(Ahmed, N.)

Y si bien la infertilidad está socialmente penada, la **maternidad exclusiva de niñas** es la que convierte a Pakistán en uno de los países del mundo con una de las mayores tasas de **aborto** del mundo<sup>231</sup>. En este país musulmán y profundamente conservador, el aborto es legal, aunque sólo ante la suposición de que la vida de la madre corra peligro. Según un estudio realizado en 2012 por el *Population Council*<sup>232</sup>, en ese año la tasa de abortos fue de 50 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, aproximadamente cuatro veces más que en los Estados Unidos.

231 Hadid, D. *Why The Abortion Rate In Pakistan Is One Of The World's Highest*. Npr, 2018. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2018/11/28/661763318/why-the-abortion-rate-in-pakistan-is-one-of-the-worlds-highest>

232 Zeba Sathar, Susheela Singh, Gul Rashida, Zakir Hussain Shah, Rehan M. Niazi (2014). *Induced abortions and unintended pregnancies in Pakistan*. *Studies in Family Planning* 45(4): 471-491. Population Council <https://www.popcouncil.org/research/induced-abortions-and-unintended-pregnancies-in-pakistan>

## Pakistán

“ *Respecto al aborto de la última niña, cuando antes sólo se habían tenido hijas, antes sí se hacía, pero desde hace diez años, las mentalidades están cambiando.*

(Kosar)

Tal como lo expresan Imran et al<sup>233</sup> (2022), aunque el derecho al aborto se considera un hito importante para garantizar la autonomía reproductiva y la seguridad de las mujeres, por desgracia, en algunas regiones del planeta, el aborto seguro es un privilegio al que acceden muy pocas. Pakistán es un ejemplo de ello. Los ciudadanos no tienen acceso a **anticonceptivos** baratos y la falta de concienciación sobre su utilización (considerado un **tabú**) provoca que la tasa de embarazos no deseados sea escandalosamente alta; representa el 37% de todos ellos. Esto, unido al factor sexo del bebé, contribuye finalmente a una elevada tasa de abortos, con 890.000 abortos practicados cada año en mujeres de 15 a 49 años. Aunque muchas mujeres tienen que recurrir a abortos inseguros que acarrearán dolorosas consecuencias, entre ellas, la muerte.

“ *Abortar es un pecado. Sin permiso del marido es difícil, aunque en el caso de una mujer que ya tiene cuatro hijas y vuelve a quedarse embarazada de otra niña, su madre (o sus hermanas) la acompañará a escondidas. La ayudará a encontrar a quien pueda realizar el aborto. A veces son médicos y, otras, una comadrona de mucha confianza de la madre, pero tiene que salir de su zona, irse fuera de su pueblo.*

(Ahmed, N.)

Además, según las autoras, la situación es desoladora para las mujeres casadas que buscan prácticas abortivas seguras, pero es todavía peor para las mujeres que se quedan **embarazadas fuera del matrimonio**. Se trata de un tema tabú: la **virginidad** antes del matrimonio es considerada un valor absoluto en Pakistán pues, según las creencias locales, representa el **honor de la familia**. Por ello las mujeres embarazadas fuera del matrimonio son profundamente avergonzadas por la sociedad y en la mayoría de los casos son rechazadas por sus amigos y repudiadas por sus familiares. Los hospitales tampoco las atienden, por lo que el único recurso para ellas es el aborto ilegal.

“ *Si una chica se quedara embarazada fuera del matrimonio, la familia no la acompañaría en la búsqueda de un aborto. De hecho, la repudiaría.*

(Kosar)

El **aborto natural o espontáneo**, para pakistaníes musulmanes y sikhs, también se considera derivado de la acción de la madre, bien durante el embarazo (ha hecho algo mal, no se ha cuidado como se recomienda) o bien en el pasado (lo cual se relaciona con el karma).

Otro tema **tabú** en relación a los derechos sexuales y reproductivos en el país tiene que ver con la **menstruación**. La menstruación se mantiene oculta, es algo de lo que no se habla pues se percibe como algo sucio. Muchas niñas no saben lo que es hasta que les llega el periodo y el 40% de las mujeres no tienen acceso a productos higiénicos específicos para ello.

“ Solo se comenta entre mujeres, sobre todo entre hermanas, pero es un tema del que nunca se habla si hay hombres delante.

**(Kosar)**

Popularmente, las mujeres, durante la menstruación, son consideradas **impuras**. Durante el periodo, la tradición dicta que las mujeres no pueden mantener relaciones sexuales, acudir a actos religiosos, cocinar, se les dice que no pueden ducharse durante esos días, y las niñas dejan de ir a la escuela. A menudo, los comercios que venden las toallitas higiénicas las envuelven en el interior de una bolsita marrón para que el resto de viandantes no puedan adivinar la compra. A veces, las mujeres van a comprarlas en barrios distintos de aquellos en los que residen.

“ Cuando tienes la regla no puedes rezar. Ahora, en vez de rezar, puedes entrar en una mezquita. Antes se decía que no podías ni tocar la alfombra que utilizamos para el rezo, pero ahora sí, te dicen que puedes sentarte sobre ella el tiempo que estés rezando para no perder la rutina. Las personas con educación y las nuevas generaciones empiezan a ver la menstruación como algo normal, pero generalmente es un tabú.

**(Kosar)**

Además, contrariamente a lo que ocurre en Marruecos, otro país de confesión musulmana, donde durante el periodo menstrual las mujeres están socialmente exentas de realizar el ayuno durante el Ramadán, en Pakistán siguen adelante con él, puesto que la mens-



## Pakistán

truación **se oculta**. El reto en este ámbito es tal que, una iniciativa local, creada para paliar la problemática de la falta de acceso a los productos de higiene menstrual por parte de las mujeres, trata de normalizar el diálogo sobre la menstruación y extender el uso de la copa menstrual (más sostenible en el tiempo y más higiénica que el uso de telas o sábanas viejas, como es lo habitual). Pero, para ello, su impulsora debe sensibilizar también sobre la seguridad de la copa respecto al miedo de la rotura del himen y pérdida de la virginidad<sup>234</sup>, en el caso de las chicas no casadas.

Un estudio<sup>235</sup> documenta, por ejemplo, que el **pueblo indígena kalasha**, de confesión mayoritariamente animista y que habita en el noroeste de Pakistán (en los valles de Rumbur, Bumburet y Birir, limítrofes con Afganistán y correspondientes al distrito de Chitral), practican el **aislamiento menstrual** en casas comunales o **bashali**. Este fenómeno aparece en otros lugares y culturas (como en Nepal, en el Japón premoderno, en Mali, etc.) y se trata de un mecanismo, en su origen, de **control reproductivo**, del que deriva la interpretación de la sangre menstrual como “peligrosa”. Sin embargo, mediante las casas menstruales, se intensifica todavía más la invisibilización de las mujeres del espacio público durante su periodo menstrual. En el *bashali* se encuentran las mujeres durante su periodo menstrual, y también es en él donde después dan a luz. Por ello, es un espacio asociado a la vida y la libertad “entre mujeres” (puesto que mientras están allí, escapan al control de los hombres y pueden expresarse libremente). Hoy en día, el *bashali* continúa siendo un componente identitario étnico, aunque la tendencia hacia la individualización de las mujeres, la escolarización, el turismo y el trabajo de sensibilización de ONGs realizado en el territorio, hace que su uso sea cada vez más minoritario. Antaño, toda la población de la zona había nacido en un *bashali*.

“ El norte de Pakistán es otro mundo. Allí la gente no es musulmana. Viven un siglo por detrás del resto. (Ahmed, N.)

En cuanto a la conceptualización de la diferencia de género en la cultura kalasha, Carbajo (2021) relata que todo se clasifica según un complejo sistema de asociación de espacios, personas y actividades con los principios *onjesta* y *pragata* (donde la traducción de ambos conceptos se refiere a puro e impuro). Ambos dos están imbricados con el género: las mujeres, sus espacios y actividades son considerados *pragata*, mientras que la esfera masculina es *onjesta*. Sin embargo, según su observación, la ordenación de la realidad en base a los principios *onjesta* y *pragata* no es binaria ni estática. Puede ir cambiando. Por ejemplo, una mujer está en su estado más *pragata* justo después de dar a luz, sin embargo, durante el resto del tiempo será más o menos *onjesta* dependiendo de con quién se compare: una mujer que no tiene la menstruación será más *onjesta* que una mujer que está en el *bashali* por tenerla y ésta, a su vez, será más *onjesta* que una mujer que acaba de dar a luz y que, por tanto, también está en el *bashali*. Sin embargo, en condiciones normales, todas ellas serán más *pragata* que cualquier hombre. Esta cultura, sin embargo, debido a la endogamia de los matrimonios, a la orografía y la falta de infraestructuras de transporte, entre otros factores, es desconocida en el resto del país.

“ En las áreas rurales donde la población tiene pocos estudios, la gente vive “en su cultura”. (Ahmed, N.)

234 Imran, W. *La menstruación en Pakistán es un tabú*. <https://www.youtube.com/watch?v=h4DIOLPtCUI>

235 Carbajo, M. (2021). *Casas menstruales y liminalidad en sociedades orales: el bashali de la cultura kalasha (Pakistán)*. *Complutum*, 32 (2), 623-640. <https://revistas.ucm.es/index.php/CMPL/article/view/78589/4564456559392>

## 1.5 Cuidados, acompañamiento sociofamiliar y el rol de los hombres

**E**l **matrimonio** en Pakistán sigue **pautas endogámicas** e implica un modo de vincular dos familias de similar **estatus y casta**, lo cual se da en el 50% de los casos a través del matrimonio entre primos hermanos. La sociedad, por lo tanto, se articula en torno al patrilineaje<sup>236</sup>.

Las mujeres, una vez casadas, se instalan en la vivienda de la familia del cónyuge, donde la suegra será su persona de referencia. **Durante el embarazo**, recibirá su apoyo y, en algunos casos, también el de la hermana mayor del cónyuge. Al mismo tiempo, es habitual que retornen unos días a su casa de soltera.

“*La niña que elige a su propio marido es considerada un estigma sobre la dignidad de la familia. A veces se da la situación opuesta, en la que una familia obliga a sus hijas a mantenerse en el celibato para dedicarlas exclusivamente a las labores del hogar*<sup>237</sup>.

**(presidenta de la Comisión Nacional sobre la Condición de la Mujer, Nilofar Bakhtiar)**

“*Cada vez más, los padres te preguntan si quieres casarte por ti misma o prefieres que te ayuden a buscar, aunque hay familias estrictas que no preguntan. Lo que es muy raro, es que una chica diga que no se quiere casar. Y en ese caso, los padres no van a dejar de insistir. Te dicen que no puedes pasar la vida sola, que tienes que casarte y tener una familia.*

**(Kosar)**

“*Cuando las mujeres están embarazadas, acuden siempre a su madre. La madre le enseña todo. Suelen vivir con la familia de los maridos, pero si pueden, se van unos días a casa de su madre. También es frecuente irse desde el último mes del embarazo hasta después de la cuarentena.*

**(Ahmed, N).**

Al margen de este periodo en el que algunas jóvenes madres viajan para permanecer cierto tiempo con sus madres, se recoge que la vida de las mujeres **continúa su curso habitual**.

“*La mujer va a seguir haciendo lo mismo, pero se la cuida un poco más, depende de si se trata de un embarazo de riesgo o no. Se evitan los esfuerzos.*

**(Kosar)**

236 Casado Aijón, I; Valenzuela García Grafo, H. *Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes pakistaníes e imazighen de Marruecos*. Universitat Autònoma de Barcelona. 2008, ISBN 978-84-691-4960-7, págs. 41-64. Estudio completo aquí: <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0803Casado-Aijon.pdf>

237 *El drama de los matrimonios forzados en Pakistán*. Efeminista, 2022. <https://efeminista.com/matrimonios-forzados-en-pakistan/>

## Pakistán

“ En Pakistán no se suele dispensar a las mujeres de las tareas domésticas porque estén embarazadas. La suegra le dirá: “yo he parido a cinco o seis hijos y no he descansado”.  
**(Ahmed, N).**

“ Siguen con su vida normal salvo en casos excepcionales. Por ejemplo, si hay sangrado y el médico le recomienda reposo. Entonces sí, reposará y la familia la apoyará.  
**(Ahmed, N).**

“ Pero todo es una cuestión de clase social. Porque si una mujer es de clase social baja y debe trabajar para mantener a su familia, trabajará sí o sí.  
**(Ahmed, N).**

En el **contexto migratorio** de las nuevas generaciones, sin embargo, las mujeres suelen tener más contacto con sus madres, puesto que es más probable que, al casarse, ambas residan en el mismo municipio.

En relación al **rol de los hombres** durante el periodo del embarazo, las informantes clave coinciden en que es muy difícil encontrar casos en los que se dé un cambio de rol en ellos. Especialmente en Pakistán, donde las mujeres conviven con la familia del cónyuge, se espera que sean las mujeres quienes le brinden el apoyo que necesite.



“ En Pakistán siempre hay más gente en casa. Nunca verás un hombre cuidando a los niños o cocinando. Cada uno sabe las responsabilidades que tiene. Nosotros lo entendemos como algo mutuo.  
**(Kosar)**

“ No, en Pakistan los hombres no están más pendientes de las mujeres cuando están embarazadas. Ellos dicen: “todas las mujeres han parido, no eres la única” .  
**(Ahmed, N).**



Tras el parto, las mujeres acostumbran a guardar una **cuarentena** (de 40 días). Sin embargo, las creencias y prácticas difieren entre el norte, el centro y el sur del país, según el origen étnico, las propias tradiciones y la confesión religiosa. Tomamos, en este caso, un estudio de referencia realizado en una de las mayores regiones del país, situada en el centro y limítrofe con la India: el Punjab, de donde provienen, originariamente, las informantes clave en este trabajo. En esta región ampliamente poblada, desarrollada y fértil de Pakistán, la población es mayoritariamente musulmana y la tradición posparto se denomina **sawa mahina** (literalmente, cinco semanas).

Como hemos podido comprobar en este trabajo y así lo ratifica Qamar (2017), son numerosos los estudios que documentan los rituales de posparto en diferentes culturas en las que se considera la tradición posparto como

una contribución importante y un factor cultural necesario que garantiza el **bienestar físico y psicológico de las madres**. Al igual que con el *zuò yuèzi* en la cultura china, el posparto es comúnmente percibido como una época de descanso para la madre, que se ve liberada de varias tareas domésticas; la mujer recibe un amplio apoyo práctico, social y emocional de la familia, para poder recuperarse y salir de este estado de vulnerabilidad. El seguimiento de los cuidados recomendados durante la cuarentena son también una forma de evitar el "mal de ojo". En última instancia, se considera que este periodo prepara a la madre para la maternidad y constituye una estrategia de **cuidado de la salud infantil durante la primera infancia**.

En el Punjab, la tradición común del posparto consiste en el descanso de la nueva madre, su permanencia en el hogar y el seguimiento de ciertas normas alimentarias.

## Pakistán

“ *Las mujeres durante la cuarentena no comen cosas frías; se les dice que sus huesos podrían debilitarse. Tampoco se duchan, al menos durante los primeros diez días. Tampoco pueden rezar hasta que salga toda la sangre del embarazo. No tienen relaciones sexuales y duermen separadas de sus maridos.*

**(Ahmed, N.)**

El **posparto** es, además, un periodo importante que ritualiza la primera infancia<sup>238</sup>. Como se ha visto en el marco de otras culturas, las diversas celebraciones representan la acogida del bebé en la familia y en la comunidad religiosa. Se honra el ser padres en un contexto social determinado. Y el niño, además de un valor social, tiene un valor emocional, cultural y económico. Según Qamar (2017), en la tradición punyabí, un bebé es una parte fundamental en la formación de la familia y eleva el estatus de la pareja como padres “exaltados”. Una pareja (sobre todo la mujer) suele considerarse incompleta o sin familia si no tiene un hijo.

“ *Cuando te conviertes en madre, entonces la gente te ve como una mujer perfecta, completa.*

**(Kosar)**

Qamar explica que las mujeres de la familia contribuyen al refuerzo de la conexión entre la maternidad culturalmente aprendida y el establecimiento de un vínculo emocional madre-hijo como consecuencia del valor que éste tiene en la comunidad. Es una construcción socio-religiosa que no sólo garantiza el

papel de la madre como cuidadora principal, sino que también le proporciona una forma de obtener control social y poder en el patriarcado punyabí. En consecuencia, el **apego madre-hijo** es muy importante en esta comunidad.

“ *La mayoría de las mujeres, aunque trabajen antes del embarazo, se quedan en casa después del parto. Si tienen vivienda, comida y un marido que trabaja bien, no trabajarán. Su prioridad serán los hijos. Muy pocas mujeres trabajan por pasión. También depende del trabajo y de si tienes una buena posición. Si eres médico o enfermera, seguirás trabajando, pero si trabajas en un comercio, en un trabajo que no es estable, seguramente no.*

**(Kosar)**

238 Hameed Qamar, A. *The Postpartum Tradition of Sawa Mahina in Rural Punjab, Pakistan*. January 2017 · Journal of Ethnology and Folkloristics 11(1); DOI:10.1515/jef-2017-0008 License · CC BY-NC-ND 4.0. Project: Infant Healthcare Belief Practices and social Value of the Child in Rural Punjab, Pakistan. Lund University. Estudio completo disponible aquí: <https://www.researchgate.net/publication/318427445> The Postpartum Tradition of Sawa Mahina in Rural Punjab Pakistanque podríac



## 1.6 Dieta y alimentación

Las mujeres pakistaníes llevan a cabo diversas **prácticas culturales en torno a la alimentación** durante y después del embarazo.

“ Aunque todo depende de la clase social, porque una mujer de clase social baja come lo mismo que toda la familia, no se prepara algo especial para ella.

(Ahmed, N).

Como en Senegal, en Pakistán se cree que **durante el embarazo** lo más recomendable es comer menos, para evitar que sus bebés crezcan más, lo que podría presagiar compli-

caciones durante el parto. Por ello, un estudio<sup>239</sup> (2008) valoró que en Pakistán la dieta materna prenatal no era óptima, y que es precisamente una dieta materna deficiente lo que puede provocar malos resultados en el parto.

“ Las mujeres no comen mucho, no quieren engordar demasiado.

(Ahmed, N).

Así mismo y, al igual que en China, en Pakistán **los alimentos son clasificados como** “calentadores” o “**calientes**” o bien como “enfriadores” o “**fríos**”, en lugar de utilizar el vocabulario de los valores nutricionales científicos modernos (proteínas, carbohidratos, vitaminas). Esta

239 Khadduri R, Marsh DR, Rasmussen B, Bari A, Nazir R, Darmstadt GL. Household knowledge and practices of newborn and maternal health in Haripur district, Pakistan. Journal of Perinatology. 2008; 28(3):182-187. Estudio disponible aquí: <https://www.nature.com/articles/7211903>

## Pakistán

clasificación es la **base de las restricciones alimentarias** durante el embarazo en muchas culturas asiáticas y se fundamenta en el efecto percibido de determinados alimentos en el organismo de las mujeres embarazadas. Los motivos de esta clasificación están relacionados con las consecuencias biológicas que se cree que producen dichos alimentos<sup>240</sup>.

“ *Las mujeres evitan comer alimentos calientes en el primer trimestre, como caldos, huevos o papaya (estos últimos se consideran abortivos). También se evitan las especias y el picante.* (Ahmed, N).

También se rechaza el té, por ser estimulante, y las especias. Se priorizan las comidas ligeras, los zumos de fruta y la leche.

Hussain (2021) explica que en Pakistán también se les atribuye un **valor simbólico a ciertos alimentos** en función de su **color**. Por ejemplo, se considera que si durante el embarazo la mujer ingiere alimentos blancos, como la leche o el yogurt, la piel de su bebé será más clara, lo cual es considerado socialmente como un signo de belleza y buena salud. El consumo de alimentos de color negro durante el embarazo, como el té, hará que el bebé sea tenga la tez más oscura. Por otro lado, como el interior de la sandía es rojo, se considera que comer sandía aumenta la sangre en el cuerpo, lo que es bueno para la salud durante el embarazo. Otros alimentos tienen un **valor sagrado**, divino, e ingerirlos forma parte de las creencias musulmanas y un símbolo de identidad religiosa. Un ejemplo es la miel, considerada como muy nutritiva durante el tercer trimestre.

Como consecuencia, puede darse una **confrontación entre las recomendaciones biomédicas y las creencias** transmitidas en el marco fami-

liar en torno a los cuidados alimentarios de las mujeres durante el embarazo. En el estudio de Hussain (2021) se refleja, por ejemplo, la duda de algunas mujeres sobre si seguir un tratamiento médico o aceptar las recomendaciones familiares basadas en las creencias ancestrales. Por ejemplo, se evidencia la incompreensión de una de las participantes en la investigación en torno a la recomendación del médico de tomar pastillas multivitamínicas. La mujer manifiesta haber recibido la presión de su suegra para no tomarlas, pues “las pastillas son tóxicas y pueden dañar al feto u ocasionar un aborto”. Una situación que genera confusión. Este conflicto también se hizo evidente en cuanto a la cantidad de alimentos que se debían consumir las mujeres durante el embarazo. Los cambios fisiológicos del embarazo exigen nutrientes y energía adicionales para satisfacer: a) las demandas de un suministro de sangre en expansión, b) el crecimiento del tejido materno, c) el desarrollo del feto, d) la pérdida de tejidos maternos en el parto y e) la preparación para la lactancia. Sin embargo, tal como se citaba anteriormente, se observó que todas las mujeres **reducían la ingesta de alimentos** porque creían, que su incremento aumentaría el tamaño del bebé y que esto podría dificultar el parto y generarles más dolor o incluso la muerte.

En cuanto a la dieta de las futuras madres, es fundamental el **perfil de su madre y de la suegra**, aunque generalmente, estas viven con las segundas y su presencia en la orientación cotidiana es, por lo tanto, mayor. Hussain observó que la presión familiar en este sentido es significativa. Y, si las recomendaciones dietéticas no son seguidas y algo va mal durante el parto, se considerará responsable a la madre, y se la culpará y criticará por ello.

Las mujeres acostumbran a mantener los cuidados especiales durante un periodo de 40 días **después del parto**. Durante ese periodo, comen alimentos ricos en grasas y proteínas para recuperar las fuerzas durante el posparto y se siguen evitando las especias, también los cítricos, pues piensan que su acidez pasa a la leche. Pero, en la primera semana tras dar a luz, se les prepara sobre todo **caldo** de carne o huevos.

240 Hussain, B; NwaAbaca Bardi, J; Tehniyat, F. *Pregnancy related cultural food practices among Pakistani women in the UK: a qualitative study*. Article in British Journal of Midwifery, 2021. Estudio disponible aquí: <https://www.researchgate.net/publication/353040996>  
Pregnancy related cultural food practices among Pakistani women in the UK a qualitative study



“ Se prepara caldo de carne (de pollo o de cordero y la carne se desmenuza). El roti o chapati, el pan pakistaní, también se considera una importante fuente de energía y está presente en todas las comidas. (Ahmed, N).

“ Se preparan comidas calientes que no exijan mucho esfuerzo, que sean fáciles de masticar, como la sopa. Para tener más leche, se recomienda tomar derivados de la leche y, por ejemplo, el panjeeri. (Kosar)

El *panjeeri*<sup>241</sup> es una preparación típica y muy habitual después del parto en la India y en Pakistán. Se considera que ayuda a la recuperación posparto de las madres y facilita la lactancia materna. Se elabora con una mezcla de **frutos secos**, semillas y sémola que se fríen en *ghee* (mantequilla clarificada) y luego se muelen hasta obtener un crujiente *tentempié*. En ocasiones, se añade azúcar moreno y el resultado es la versión sudasiática de la granola. Existen múltiples versiones del *panjeeri*: se puede variar el cereal, añadir a la mezcla un endulzante, o no, según los gustos. En función del poder adquisitivo, puede realizarse a base de mantequilla clarificada, harina de trigo y azúcar. Se considera importante que la madre coma hasta saciarse.

“ Si estás llena, tienes más leche y más fuerza para el bebé. (Kosar)

241 How to make panjeeri (with semolina). <https://www.mirchitales.com/how-to-make-panjeeri-with-semolina/>

## Pakistán

“ *Para tener más leche materna, se toma una mezcla de frutos secos. A veces, molidos en forma de polvo y se toman a cucharaditas. Otras veces se tuestan con azúcar moreno, como si fuesen garrapiñados. Esto se acompaña con leche calentita.*  
(Ahmed, N.)

La ingesta de **té** o té con leche está integrada en la vida cotidiana de los pakistaníes y se considera especialmente apropiado tomarlo después del parto por el calor que aporta al cuerpo.

“ *Se bebe té en el desayuno, al mediodía y por la tarde. Igualmente, es habitual tomar un vaso de leche caliente con cúrcuma.*  
(Ahmed, N.)

“ *Las mujeres pakistaníes, en el hospital, en Barcelona, suelen rechazar las bandejas de comida. Salvo el desayuno, que suele ser con tostadas y sí les gusta, no comen nada porque el sabor de la comida es muy diferente a la pakistaní y la carne no es halal.*  
(Ahmed, N.)

El consumo de **carne** después del parto se considera un aporte nutritivo esencial para la

recuperación de las mujeres, muy especialmente si han tenido una cesárea.

“ *La carne ayuda a recuperar la carne.*  
(Kosar)

Por otro lado, al igual que en Senegal, se observa en Pakistán la **práctica de la “pica”**<sup>242</sup> o síndrome de Pica, un trastorno alimentario caracterizado por el consumo sistemático y durante un periodo prolongado de tiempo, de elementos no nutritivos como carbón vegetal, arcilla, hielo, almidón de lavandería, tiza, pintura, jabón, escarcha, bicarbonato de sodio y cerillas quemadas. Un estudio realizado en Pakistán<sup>243</sup>, sugiere que las mujeres que practican la pica tienen un nivel más bajo de hemoglobina en comparación con las mujeres normales que no practican la pica. La prevalencia de la anemia (72,3% según este estudio) y las deficiencias nutricionales (tanto como consecuencia de los hábitos culturales antes descritos durante el embarazo, en relación a la disminución de alimentos para evitar complicaciones en el parto, como debido a la pobreza y la falta de recursos), se observa, a su vez, una prevalencia de **bebés con bajo peso al nacer**. Este hecho se observa mayoritariamente en madres con un estatus socioeconómico bajo y residentes en zonas urbanas en las que, se subraya, el consumo de “fast food” es mucho mayor que en zonas rurales, donde las mujeres se abastecen de productos del mercado.

Al mismo tiempo, existen numerosas pruebas en los países del sur de Asia que relacionan la mala nutrición materna y el bajo peso al nacer con la **emaciación infantil**. Según Unicef, la insuficiencia ponderal materna es un indicador de la emaciación infantil en Afganistán, Bangladesh, India, Nepal, Maldivas y las zonas rurales de Pakistán<sup>244</sup>.

242 La “Pica” es considerado un comportamiento de riesgo por las autoridades sanitarias. Mas allá de la “Pica”, en Pakistán, concretamente en los campamentos de refugiados en los que la mayoría de las mujeres son afganas, la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas ha observado también la prevalencia del uso de sustancias opiáceas consumidas por las mujeres, generalmente mayores de 50 años, aunque entre ellas también se encuentran mujeres embarazadas y madres, que se enfrentan a una condena social especialmente dura. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas, 2005. [https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)

243 Jabeen Shah, F; Matin Qaisar, A; Ali Malik, I; Jahangir, R; Rahman, F; Anwar-Ul-Amin, W. *Practices of Pica among Pregnant Females and Associated Outcomes in Newborn and Pregnant Women*. Pakistan Journal of Medical Science, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53350/pjmhs22165317>

244 Murira, Z; Torlesse, H. *Améliorer la nutrition maternelle en Asie du Sud : répercussions sur la prévention de l'émaciation*. Field Exchange. Bureau régional pour l'Asie du Sud de l'UNICEF à Katmandou, au Népal, 2021. <https://www.enonline.net/fex/63/nutritionmaternelleenasiedusud>

## 1.7 El recurso a la medicina tradicional o contemporánea en el proceso del parto

**E**n el caso de Pakistán, abrimos este apartado abordando la mortalidad neonatal, materna e infantil porque son cuestiones que preocupan del país, que ofrece dramáticos resultados que tienen que ver, tanto con las condiciones en las que generalmente se desarrollan los partos, como con las creencias culturales asociadas a los cuidados de los recién nacidos y con el contexto estructural de escasez de recursos a disposición de las mujeres.

Aunque la **mortalidad materna e infantil** ha disminuido significativamente en las últimas décadas en Pakistán, su tasa no ha alcanzado la meta fijada por el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) (reducción del 75% de la mortalidad materna para 2015). A ello se refieren Iftikhar et al (2018) cuando indican que, según la Oficina de Estadística de Pakistán, cada 20 minutos muere una madre en Pakistán por complicaciones relacionadas con el parto, porque las mujeres siguen **dando a luz en casa** (como la única opción viable para muchas). En el estudio se confirma que las mujeres sólo acuden a los centros sanitarios en caso de complicaciones graves y mortales y que la proporción de las que acuden a dar a luz a los centros sanitarios es todavía bastante baja (23%).

Por ello, la morbilidad materna pasa desapercibida y, según los autores, no es gestionada oficialmente. Al año, 59 de cada 1000 mujeres las mueren durante el parto en Pakistán.

Otro estudio reciente sobre la mortalidad materna,<sup>245</sup> destaca y asocia los **factores sociales y a las duras normas culturales** con los retrasos de las mujeres en la búsqueda de atención sanitaria (factor clave en la lucha

contra la mortalidad materna). Especialmente en algunas regiones del país, el **dominio masculino** y el bajo estatus de las mujeres, suponen la infravaloración de su salud y la limitación de su capacidad de decisión y movimiento. Esto, unido a la falta de infraestructuras médicas, los escasos conocimientos sobre la atención materna y las limitaciones económicas de la población rural, constituyen los principales obstáculos de las mujeres para buscar asistencia. La preferencia por las parteras tradicionales y el parto en el domicilio también provocan muertes maternas, ya que muchas de ellas no están formadas de modo profesional. Por ende, los matrimonios precoces y la falta de planificación familiar, profundamente arraigados en los valores culturales, la religión y las tradiciones, o la influencia de los curanderos tradicionales, espirituales y de la familia del cónyuge (especialmente de su suegra), también impiden a las jóvenes obtener la atención sanitaria necesaria.

Un ejemplo de ello, según Iftikhar et al (2018)<sup>246</sup>, se da en la provincia de Beluchistán (límite con Irán y Afganistán), en la que las normas sociales que subyacen al escaso acceso de las mujeres y las niñas a la salud son muy estrictas. Incluyen la negación de la educación para las mujeres, ya que ello no supone ningún beneficio para los padres; la consideración social de las mujeres como inferiores a los hombres tanto física como mentalmente; el matrimonio precoz de las hijas, que las deja bajo tutela del esposo; el confinamiento de las mujeres en casa o la obligación de llevar la *pardah* (vestimenta que tapa incluso los ojos mediante una red, similar al *burqa* en Afganistán); el no permitir a las niñas ir solas a los lugares; la no inclusión de las mujeres en la toma de decisiones, ni siquiera en relación a su propio

245 Omer, S., Zakar, R., Zakar, M.Z. et al. *The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan*. *Reprod Health* 18, 97 (2021). <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC8130310&blob-type=pdf>

246 Iftikhar, M.; Rashid, M and Shakoore, U. *Decision-making for birth location among women in Pakistan: evidence from national survey* (2018). *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:226 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1844-8>

## Pakistán



destino, pues éstas corresponden a los hombres de la familia; la discriminación expresa en el tratamiento sanitario a las mujeres o la no aceptación del reparto de la herencia en beneficio de las mujeres, son algunas de ellas. Este estudio desvela que, en esta provincia, tan solo el 26% de las mujeres preferiría dar a luz en un **centro sanitario**.

Hoy en día las mujeres embarazadas que pueden, especialmente las mujeres trabajadoras en el ámbito urbano, eligen cada vez más los centros médicos para la atención prenatal y el parto, como parte del proceso de modernización que se extiende por los países de ingresos bajos y medios y que lleva a percibir a las parteras tradicionales como “vestigios premodernos del pasado”. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los partos siguen desarrollándose con las CMWs o la *dai*, en el hogar.

Cabe destacar también, en base a un estudio de Mumtaz (2022), que un pequeño conjunto de investigaciones ha empezado a documentar la realidad de la **discriminación vivida por las mujeres de casta baja en las zonas rurales de Pakistán** y a rastrear los efectos de su marginación social y económica en el uso de los servicios de salud materna. Estos estudios demuestran que el sistema de castas, conocida como *zaat* o *qaum*, no sólo prevalece (a pesar de no ser legalmente reconocido), sino que sigue sustentando la estructura social contemporánea de Pakistán.

En las zonas rurales, aunque esté presente la reciente figura de las **matronas rurales**<sup>247</sup> (MMC o CMWs por sus siglas en inglés), la atención durante el embarazo y el parto corre a cargo principalmente de **mujeres con formación tradicional**, las *dayun*. Estas mujeres suelen ser las preferidas y respetadas en la comunidad por sus conocimientos ancestrales y experiencia en relación con el embarazo. Las pacientes que acuden a un hospital de distrito suelen hacerlo, como se apuntaba anteriormente, cuando las prácticas de parto tradicionales y convencionales han fracasado

o han provocado complicaciones mal entendidas y mal gestionadas.

Las **Dayun** o parteras tradicionales han atendido históricamente la gran mayoría de los partos en el país. En general, según Ali I et al (2021), sus prácticas consisten en masajes prenatales, asistencia al parto y cuidados posparto consistentes en masajes al bebé, lavado de ropa ensangrentada (considerada muy contaminante y que no deben tocar otras personas), ayuda en las tareas domésticas y la dirección de la ceremonia de bautizo del bebé o *Chath* “i.

Los autores observaron que, **antes del parto**, las **Dayun** utilizan una medicina herbal específica preparada por el *Hakim* (herborista), llamada *Batr* “*tho*”, que literalmente significa “32” en lengua sindhi, y que se puede comprar tanto en herboristerías como en farmacias biomédicas (localmente llamadas “tiendas médicas”). La mezcla de 32 hierbas suele utilizarse en forma de resina cruda o jarabe para múltiples problemas del embarazo, pero también para inducir contracciones a término, aliviar falsas contracciones de parto o tratar hemorragias preparto o posparto. También se utiliza en forma de molienda aplicada en la vagina con algodón atado con un hilo, ya que se cree que si el bebé está a punto de nacer (a término), los dolores de parto aumentarán; de lo contrario, los falsos dolores remitirán.

Una de las **habilidades de las Dayun para el parto**, según los autores, es la capacidad de colocar al bebé en el útero en una mejor posición para el nacimiento, algo que pocos o ningún profesional hospitalario sabe hacer (en su lugar, simplemente realizan cesáreas). Según los autores, la mayoría de los obstetras de hoy en día han perdido las habilidades para atender partos vaginales cuando los bebés llegan “de nalgas”, mientras que las **Dayun** sí las conservan. Por ello, y debido a que la mayoría de partos ocurren a domicilio, los partos suelen ser por vía natural.

247 Deena Siddiqui, Tazeen Saeed Ali. *The importance of community midwives in Pakistan: Looking at existing evidence and their need during the COVID-19 pandemic*. Midwifery Volume 106, March 2022, 103242. Artículo científico disponible aquí: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382100317X>

## Pakistán

Los autores señalan, asimismo, otros **remedios** utilizados por las *Dayun* en torno al parto que, aunque puedan parecer extraños a primera vista, resultan tener una eficacia científicamente demostrada. Por ejemplo, colocar bolsas de algodón humedecidas en glicerina y aceite de mostaza dentro del útero para **prevenir la infección**, como consecuencia de un feto muerto puede ser realmente eficaz, ya que el aceite de mostaza posee potentes propiedades antimicrobianas y puede ayudar a bloquear el crecimiento de ciertos tipos de bacterias dañinas. El cardamomo también es antibacteriano y fortalece el sistema inmunitario, mientras que el aceite de ricino, con potentes efectos antiinflamatorios, es utilizado desde hace tiempo, por ejemplo, por las comadronas estadounidenses para inducir el parto, una práctica que se remonta al antiguo Egipto. De este modo, un ensayo controlado aleatorizado encontró que “el aceite de ricino es eficaz para la inducción del parto, en mujeres multíparas posfechas en entornos ambulatorios”.

Por otra parte, las *Dayun* también utilizan la orina de vaca para la **reanimación neonatal**. Es algo que se ha utilizado durante mucho tiempo por la medicina Ayurveda, ya que la vaca se considera sagrada en la India, pero no fue posible encontrar pruebas de su eficacia en el marco de este estudio. Los autores opinan que, tal vez, esta práctica servía para que el bebé tuviera arcadas e, inmediatamente, respirara. En su defecto, son habituales las palmaditas en la espalda del bebé y la reanimación boca a boca. En caso de **hemorragia de posparto** (HPP), las *Dayun* dan a las mujeres un masaje abdominal para detenerla, lo cual ha sido considerado útil por los investigadores.

**Otras** prácticas de las *Dayun*, sin embargo, podrían ser claramente **contraproducentes**. Por ejemplo, colocar un paño viejo, aunque “limpio”, o un trozo de alfombra en el útero para detener la hemorragia posparto (HPP). Se trata de una práctica peligrosa que puede producir infecciones. O bien, hacer que la madre beba agua fría o camine para detener la HPP, son técnicas no probadas y probablemente ineficaces, pues caminar puede incluso au-

mentar la hemorragia, a menos que esta se deba a una placenta retenida y caminar ayude a expulsarla.

En cuanto al resto de **prácticas asociadas a la divinidad**, como colocar algo pesado sobre el abdomen de la madre para “llevar el útero a su lugar habitual y reducir la grasa del vientre” mientras se invoca a Alá o a una diosa determinada y se realizan ciertos rituales, están culturalmente arraigadas y son significativas tanto para las *Dayun* como para sus pacientes. Invocar ritualmente la ayuda de una diosa en la que todos los presentes creen puede ayudar a sustituir el miedo por una sensación de seguridad y de control. En definitiva, los cuidados que prestan las *Dayun*, según este estudio que pone a examen sus prácticas, son seguros desde el **punto de vista sociocultural**, aunque no siempre lo son desde el punto de vista **médico**. No obstante, tal como ha sido demostrado en este estudio, un porcentaje significativo de mujeres rurales de Pakistán sigue eligiendo a las *Dayun* para llevar a cabo el parto, por lo que éstas mantienen su estatus como proveedoras de los valiosos servicios pre y posnatales descritos.

Al margen de las prácticas o conocimientos ancestrales de las *Dayun*, en general, para **favorecer la dilatación** y ayudar a que el bebé se encaje bien de cara a la expulsión, a las mujeres se les recomienda caminar, se les dan infusiones calientes y, en general, suelen evitar tomar analgésicos para el dolor ya que piensan que los medicamentos transmitirán toxicidad al bebé.

Por otro lado, la prensa y organizaciones médicas de cooperación internacional se han hecho eco de un **comportamiento de riesgo** en el marco del parto en casa en Pakistán. Se ha observado y documentado el uso común e indebido de la hormona oxitocina, pues se encuentra disponible en el mercado sin receta por menos de 10 rupias pakistaníes (0,03 euros al cambio en 2023). La oxitocina se utiliza para estimular las contracciones e inducir el parto, pero, si no es administrada por un profesional médico cualificado, puede ser extremadamente peligrosa para la madre

y el bebé; esta es otra de las causas de partos no seguros y de la mortalidad infantil tan elevada en el país. Según el estudio de Sha Safieh et al (2015) el 9,5% de las mujeres parturientas recibieron medicación inductora del parto antes de llegar al hospital; de ellas, el 87,0% recibieron otro tipo de medicación no regulada. Entre las administradoras de medicación inductora del trabajo de parto, el 37,3% eran parteras tradicionales o *dai* y el 29,7% trabajadoras sanitarias. Los fármacos biomédicos habitualmente son administrados por médicos formados en clínicas de zonas urbanizadas, aunque se observó la presencia de vendedores de medicamentos sin formación, que se encuentran en una de cada tres o cuatro aldeas. Y, las consecuencias de esta práctica, han resultado ser a veces fatales (variando de forma frecuente los diagnósticos entre el parto obstruido o prolongado con riesgo de sufrir rotura uterina o asfixia grave del parto y hemorragia preparato con riesgo de muerte neonatal). De este modo, la frecuente exposición a tratamientos no regulados con medicación inductora del trabajo de parto conlleva un gran riesgo para la madre y el niño.

La **posición del cuerpo para el parto** en Pakistán suele ser en cuclillas, sentada o de pie apoyada en alguien, por lo que las mujeres pakistaníes pueden considerar problemática o no adecuada cualquier otra postura, como la posición tumbada.

En la cultura pakistaní no hay costumbre de **comer y beber** ni justo antes ni durante el trabajo de parto, como ocurre en la cultura china.

“ Se considera que es mejor estar vacía.  
(Ahmed, N.)

De nuevo, el parto se considera un “asunto de mujeres”. El **padre** no suele estar presente en el parto, sino que permanece cerca, por si ocurriese una emergencia. En ese momento, la mujer parturienta es acompañada por las mujeres de la familia y la madre de la embarazada y la suegra asumen un rol esencial. En el ámbito hospitalario, entran solas a la sala de parto.

En el caso de no haberse realizado ecografías previas, una vez ha nacido el bebé a la madre **no se le comunica el sexo** hasta que no ha salido la placenta<sup>248</sup>. El bebé se le enseña primero a la madre. Luego se le da al padre y, acto seguido, al resto de familiares presentes. Juntos, darán inicio al ritual del *gurti* y del *Adhan* o *Azaan*. Si hay problemas con el bebé se informa primero a la madre, aunque, si se trata de algo muy grave se informa en primer lugar al padre y a la suegra. En la cultura pakistaní, si el bebé nace con algún problema, se considera que la madre “ha hecho algo mal” durante el embarazo.

Según Qamar (2017), en Pakistán se considera la **placenta** un objeto capaz de atraer malos hechizos hacia el niño y la familia, por lo que, especialmente en las áreas rurales, se entierra.

248 Atención sanitaria a la población de origen indio y pakistaní. Salud y cultura. Portal informativo para la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario. <http://www.saludycultura.uji.es/indiopakistani5.php>

## Pakistán

### 1.8 Cuidados dados a los bebés desde el parto, creencias y otras prácticas culturales

**E**n el primer momento después del alumbramiento, en Pakistán no se acostumbra a realizar el **contacto piel con piel**. Generalmente se limpia al bebé y se le da al padre. Esto se explica por las prácticas religiosas y espirituales que, para la mayoría de las pakistaníes musulmanas, es fundamental efectuar.

“ No se acostumbra a hacer el contacto piel con piel porque, antes de nada, tenemos que realizar nuestros rituales religiosos, es algo muy importante para nosotros. El primero, es el *gurti*. Se lleva el bebé a los familiares que están esperando su nacimiento y una persona elegida entre ellos, le pondrá algo dulce en sus labios. Puede ser un poquito de miel que se pone con el dedo o azúcar mezclada con agua.

Se quiere que lo primero que el bebé saboree en su vida, sea algo dulce y de la familia. Es un ritual especial. Se cree que cuando crezca, el bebé tendrá una personalidad parecida a la persona que le dé el *gurti* y, esa persona, también recibe un regalo de los padres.

El segundo es el *Adhan*. El padre o el abuelo, le dice una oración del Corán al bebé en cada oído.  
(Kosar)

Como en otras tradiciones ligadas a la confesión musulmana, es costumbre que el padre (o en su defecto, el abuelo) realice la profesión de fe (la *sahāda*) y le susurre al bebé la llamada a la oración, en primer lugar, al oído derecho y después, al oído izquierdo, para que lo primero que oiga el bebé sea el Corán, con la finalidad de acogerle tanto en la comunidad islámica como en la familia.

“ Luego, ya se puede poner el bebé al pecho.  
(Kosar)

El *gurti* es dado al bebé, preferiblemente por una mujer de la familia (abuela o tía) si el recién nacido es una niña, o por un hombre (abuelo o tío) si se trata de un niño. En el contexto migratorio, esto puede variar, al no estar todos presentes. Algunas familias mezclan el *gurti* con unas gotitas de *zamzam*, un agua bendecida por el Imán o traída desde la Meca, pero esto se considera optativo.

Es posible que, además, exista una percepción negativa de algunas madres respecto del contacto piel con piel con el bebé; esto se debe a que la **sangre uterina** es considerada muy contaminante en la cultura pakistaní.

“ Hay gente a la que no le gusta porque el bebé no está totalmente limpio.  
(Kosar)

Finalmente, también existe el **temor al resfriado** que fue documentado en la cultura china. Tras el parto, las madres suelen taparse mucho.

“ Se cree que pueden enfermar y, entonces, el cuerpo no será como antes. Y, a los bebés, les ponen cuatro capas.  
(Ahmed, N.)

Por otra parte, en Pakistan, las mujeres consideran que el **calostro** no es leche y en las áreas rurales es frecuente su extracción.

“ Si las mujeres han dado a luz en el hospital, siguen las recomendaciones de la comadrona y dan el calostro. Pero esto suele ocurrir más en las ciudades.  
(Ahmed, N.)

La última Encuesta Demográfica y Sanitaria de Pakistán (PDHS)<sup>249</sup> refleja que la tasa de **lactancia exclusiva** durante los primeros seis meses de vida es en la actualidad del 48%, lo cual es considerado un porcentaje bajo y con consecuencias para la salud de los neonatos. Para mejorar el dato, la región del Punjab, por ejemplo, aprobó una ley<sup>250</sup> para la promoción y protección de la lactancia materna y la regulación de la comercialización y promoción de productos designados, incluidos los sucedáneos de la leche materna, con el fin de garantizar una nutrición segura y adecuada de los lactantes y niños de corta edad. Por su lado, el 53% de los niños que sí son lactantes continúan con la lactancia materna, de media, hasta los dos años de edad.

“ Es común que las niñas sean lactantes entre un año y medio y dos años, mientras que en el caso de los niños puede oscilar entre los dos y los dos años y medio.  
(Ahmed, N.)

Según un estudio<sup>251</sup> sobre la lactancia materna **entre las mujeres trabajadoras** en Pakistán (cuya tasa de actividad ronda el 22%), ésta se ve confrontada a diversas dificultades por las cuales la reincorporación al trabajo suele implicar su cese<sup>252</sup>. Los autores del estudio observaron que, mientras el permiso de maternidad retribuido se proporcionaba en la mayoría de los centros de trabajo (86%), una vez éste finalizado, sólo el 15% de los centros proporcionaba a las madres un trabajo más ligero o seguro mientras estaban en periodo de lactancia, siendo fijas las asignaciones de trabajo para las empleadas (a excepción de los bancos y las escuelas). Tan sólo en el 12% de los centros de trabajo ofrecían al menos una hora de descanso remunerado para la realización de la lactancia durante un turno de trabajo de 6-8 horas y sólo dos centros de trabajo disponían de guardería y habían designado un espacio específico para realizar la lactancia; ninguno de los centros disponía de instalaciones para almacenar la leche materna para su uso posterior. En conclusión, aunque las condiciones contractuales de la mayoría de las mujeres trabajadoras contemplan un permiso de maternidad retribuido, las condiciones laborales en el momento de su incorporación al puesto de trabajo dificultan la prolongación de la lactancia materna y conllevan su cese.

249 PDHS: Pakistan Demographic and Health Survey 2017–18. In. Islamabad, Pakistan and Rockville, Maryland, USA: National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] and ICF; 2018. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR354/FR354.pdf>

250 *Protection of breast-feeding and Child Nutrition Ordinance* (XCIII OF 2002). Documento disponible aquí: <https://www.fao.org/faolex/results/details/en/c/LEX-FAOC115227/>

251 Soomro, J.A., Shaikh, Z.N., Bijarani, S.A. & Saheer, T.B. (2016). *Factors affecting breastfeeding practices among working women in Pakistan*. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 22 (11), 810 - 816. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260276>

252 Esta conclusión se deriva de los resultados de un cuestionario realizado por 594 mujeres de 297 centros de trabajo en el marco de diversos sectores profesionales (Soomro et al, 2016).

## Pakistán



Sin embargo, como se ha visto en apartados anteriores, la mayor parte de las mujeres en Pakistán no trabaja de forma remunerada fuera de su casa, reside en **zona rural** y los obstáculos a los que se enfrentan ante la lactancia materna son otros.

Para tener una idea de la situación a nivel nacional, en Pakistán nacen en torno a cinco millones de niños cada año, pero 1 de cada 22 recién nacidos vivos muere durante su primer mes de vida, se registran 54,2 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos antes de que cumplan el primer año, y fallecen 74 de cada 1000 niños antes de cumplir los cinco años. Por ello Pakistán es uno de los veinte países que registran las mayores tasas de **mortalidad infantil** a escala mundial. En 2022, el 40% de los niños por debajo de los 5 años sufría de **retraso en el crecimiento**. Este dato se correlaciona con la **falta de lactancia materna exclusiva** durante los seis primeros meses y con su desnutrición

a posteriori debido a la pobreza estructural. El 43% de los pakistaníes viven en una situación de **inseguridad alimentaria**<sup>253</sup>.

Por otro lado, la prensa se hace eco de la alternancia de la lactancia materna con otros preparados ligados a las **prácticas culturales**. Por ejemplo, en la región de Beluchistán (situada al suroeste y territorialmente la más amplia del país), las mujeres alternan la lactancia materna con infusiones de té y otras hierbas molidas.

En cuanto a las dificultades para la realización de la lactancia materna en el área rural, un estudio<sup>254</sup> (2022) analizó los obstáculos a los que se ven confrontadas las mujeres en la región del Sindh (al sureste del país, limítrofe con la India). Entre ellos, se destaca que las poblaciones rurales no son muy conscientes de los **beneficios de la lactancia materna exclusiva** (LME). En otros estudios también se han descrito prácticas inadecuadas, como el uso de

253 Pakistán: Las agencias de la ONU aumentan la asistencia a la población damnificada por las inundaciones. Noticias ONU. Mirada global, Historias Humanas. 2022. <https://news.un.org/es/story/2022/09/1513901>

254 Riaz, A., Bhamani, S., Ahmed, S. et al. *Barriers and facilitators to exclusive breastfeeding in rural Pakistan: a qualitative exploratory study*. Int Breastfeed J 17, 59 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00495-4>

la alimentación preláctica, la influencia de los suegros en la alimentación complementaria y la **falta de conocimientos de las madres sobre técnicas de lactancia materna**.

“

*Las matronas en Barcelona, cuando van a hablar con las mujeres pakistaníes que acaban de tener un bebé, al preguntarles cuantos hijos tienen, si dicen que ya tienen tres o cuatro les dicen: “Ah, entonces ya no hace falta que te explique nada”.*

**(Kosar)**

Según Riaz, A., Bhamani, S., Ahmed, S. et al (2022), estas barreras pueden abordarse mediante la concienciación y los programas de apoyo a la lactancia en las comunidades rurales. Sin embargo, los autores dejan constancia de que la concienciación centrada únicamente en las madres puede no ser suficiente. En su lugar, el objetivo de la información y la sensibilización debería incluir a las **suegras y otros miembros influyentes de las familias** junto con las madres lactantes.

Los otros tipos de obstáculos observados en el estudio antes citado son principalmente cuestiones que escapan al control de las madres lactantes. Por ejemplo, las **dolencias maternas e infantiles**, los pechos o pezones anómalos y las dificultades de succión de los niños son barreras no modificables señaladas en este estudio.

La **insuficiencia de leche materna** fue uno de los obstáculos citados con más frecuencia. La percepción de insuficiencia de leche materna se ha señalado ampliamente como un obstáculo para la lactancia exclusiva en estudios locales e internacionales; por ello se recomienda seguir estudiando si se trata de una barrera real o percibida, puesto que, según declaran los autores, no hay ningún estudio disponible que evalúe la cantidad de leche materna en el contexto rural de Pakistán. El factor importante en este caso es que las madres creen tener leche en escasa cantidad y, por consiguiente,

tienden a combinar la leche con otros elementos o bien a abandonar la lactancia para tratar de dar leche de fórmula.

Además, la **desnutrición materna** es otro de los problemas que fue señalado como causante de la reducción de la producción de leche por parte de las mujeres. Aunque esto tiene una vertiente intuitiva, sigue existiendo controversia en la literatura médica con respecto a la afirmación de que la mala nutrición de las madres puede dar lugar a una baja cantidad de leche y, por ello, los autores también recomendaron realizar más estudios para evaluar si la mejora del estado nutricional materno o la administración de suplementos dietéticos pueden mejorar la cantidad y la calidad de la leche materna.

Finalmente, otro factor señalado tiene que ver con el hecho de que las mujeres de las zonas rurales tienen que ir al campo a trabajar y les resulta difícil mantener en el exterior a sus bebés en **condiciones meteorológicas extremas**.

En el caso de dar el pecho, en la cultura pakistaní la discreción en torno a ello es importante. Las mujeres musulmanas de Pakistán que **amaman, lo hacen en privado**, por pudor, y les resulta muy violento hacerlo delante de otras personas como, por ejemplo, delante de las visitas de otra paciente en la habitación del hospital.

En cuanto al vínculo que se crea entre la madre y el bebé, el **apego madre-hijo** se considera central en el marco de la cultura paquistaní. El cuidado de los hijos es considerado el rol principal de las mujeres. Ello explica la permanente atención que se les da día y noche, y se manifiesta, por ejemplo, tanto en la preocupación de las madres respecto de la alimentación de los niños, como con la práctica tradicional del colecho.

“

*Los niños duermen con sus padres durante varios años. De hecho, las mujeres pakistaníes no quieren usar las cunas en la maternidad, prefieren tener el bebé con ellas en la cama.*

**(Ahmed, N.)**

## Pakistán

Además de los rituales del *gurti* y el *Adhan*, en el marco de la comunidad musulmana se realizan otros **rituales del nacimiento**.

Para explicarlas, Qamar (2017) se basa en la literatura regional, que informa sobre las prácticas de creencia en el cuidado de los niños entre las madres rurales del Punjab. Estos estudios proporcionan un **paradigma de atención sanitaria mágico-religiosa** que integra el pensamiento mágico y la manifestación religiosa de creencias sobre el cuidado de los niños.

Al igual que en Marruecos, por ejemplo, en el Punjab es tabú alabar o fijarse demasiado en el recién nacido, porque se considera que eso puede provocar **mal de ojo** y mala suerte. Por ello, habitualmente se felicita a los padres, pero no se insiste en decir que el bebé es muy guapo.

También es común **raparles el pelo**. Algunas familias lo llevan a cabo a los tres o cuatro días de vida, otras el séptimo día con la celebración del bautizo. Con este ritual, se escenifica que el bebé está limpio y preparado para ser musulmán.

“ Si el recién nacido es un chico, las hermanas del padre recogen el pelo en la palma de sus manos o con un pañuelo y se guarda como recuerdo. Quien recoge el pelo, recibe un regalo de los padres, también como recuerdo. (Kosar)

La costumbre sugiere que el peso del pelo del bebé sea donado en oro o plata a la beneficencia. Tras ello, en ocasiones se le coloca al bebé un **amuleto** que contiene versos del Corán, llamado *tawiz*. Los abuelos, a su vez, le regalan al bebé su **primer anillo** (según la tradición, de oro).

Al séptimo día, se realiza una **celebración familiar**, la *Aqiqah*, durante la cual se le atribuye el **nombre** al bebé.

“ Ha de ser un nombre con una definición buena, que transmita energía positiva, porque se cree que el nombre influye en el carácter de la persona. (Kosar)

Para elegir el nombre del bebé, en la **comunidad sikh**<sup>255</sup> se realiza un ritual que consiste en abrir el libro *Guru Granth Sahib* (libro sagrado de los sikhs) al azar, y escoger la primera letra de la primera palabra de la página de la izquierda. El nombre del recién nacido deberá comenzar por esa letra. Si es niño, también se añadirá *Singh* (león) a su nombre y, si es niña, se añadirá *Kaur* (princesa).

En China es habitual realizar la atribución del nombre hasta un mes después del nacimiento. En cambio, en Pakistán se considera que al cuarto mes el feto ya es humano, razón por la cual, si se produce un aborto, se le da un nombre y se le entierra.

Durante la celebración del séptimo día, tradicionalmente se realiza el **sacrificio del corde-ro**, dos si el recién nacido es un niño y uno si se trata de una niña.

255 La religión sikh es monoteísta, surgida en el siglo XVI en el nordeste de la India de la mano del sabio hindú Gurú Nānak (1469-1539). Nacido cerca de Lahore (en la actual región pakistaní del Punjab) en el seno de una familia hindú de la casta de los mercaderes, el Gurú Nānak pronto descubrió las enseñanzas del poeta musulmán Kabir (también figura del misticismo hindú) y, tras un viaje espiritual que le llevó del Tíbet a La Meca, pasando por Persia y Afganistán, el Gurú Nānak fundó Kartarpur, “la Ciudad del Creador”. Entonces comenzó a predicar un acercamiento entre el hinduismo y el islam basado en la fraternidad, la pureza y la generosidad, definiendo a sus seguidores como “discípulos”. En aquel tiempo, comenzó entonces a extenderse el término “sij” (como se pronuncia sikh) en sánscrito, la lengua literaria y sagrada de la India. Hoy en día, es la quinta religión en número de creyentes a nivel mundial, aunque la mayor parte de la comunidad sikh migró a la India tras la partición de las Indias en 1947 y, en la actualidad se calcula que ya sólo quedan unas 25000 personas de la comunidad sikh en Pakistán.



“ Se invita a toda la familia para darle al bebé la bienvenida. Entonces, para protegerlo del mal de ojo, se le pone, con lápiz de ojos, un punto negro detrás de la oreja. Hay días en los que, por ejemplo, se ha recibido visita y después nos damos cuenta de que el bebé llora mucho. Entonces se dice: “ay, nos olvidamos de ponerle el punto negro”.

También, el Imán o la mujer del Imán le pone al cuello un amuleto con un verso del Corán.

**(Kosar)**

Como queda explicado en un apartado anterior, el valor social, emocional, económico y cultural que tradicionalmente se le atribuye a los niños y a las niñas es distinto en Pakis-

tán. De ello se deriva que culturalmente no se celebra igual el nacimiento de una niña que el nacimiento de un niño.

“ Si el primer hijo que tiene una familia es una niña la reciben bien, porque tienen una nueva generación. Pero por las niñas habrá que pagar una dote a la hora del matrimonio y luego se irán a vivir con la familia del marido. Si nace una niña, se irá. Pero si nace un niño, la familia seguirá creciendo con la familia que él forme después de su matrimonio. La familia creará una gran familia.

**(Ahmed, N.)**

Finalmente, antes de los doce años, a los niños se les realizara la circuncisión.



## Conclusiones

- › El estigma que rodea a la salud y los **derechos sexuales y reproductivos** en Pakistán hace que la **sensibilización y la información** en torno a los mismos deba ser una prioridad en la atención de pacientes pakistaníes.
- › La mayor parte de los partos en Pakistán siguen realizándose en los domicilios y el sistema sanitario contemporáneo no es accesible a toda la población. Como consecuencia del estatus bajo de las mujeres, la **infravaloración de su salud** puede ser un hecho incluso en situación de migración.
- › La prevalencia de la **violencia de género** entre las mujeres casadas se ha documentado como muy significativa en el marco de la comunidad pakistaní.
- › Tal como se ha podido observar durante las inundaciones ocurridas en Pakistán, la salud y los derechos sexuales y reproductivos también son **vulnerables a una crisis del cambio climático**. Esto puede comprometer la libertad, la dignidad y la vida de las personas en todo el mundo.
- › En el **contexto migratorio**, las mujeres pakistaníes se muestran más abiertas a seguir las recomendaciones de médicos y matronas, siempre que ello no entre en contradicción con sus convicciones religiosas.
- › Por ello, en general, para las mujeres pakistaníes supone un obstáculo realizarse pruebas médicas en las que deba enseñar su cuerpo ante **profesionales de sexo masculino**. "Es un problema gordísimo, lo consideran una falta de respeto" (Ahmed, N.). De igual modo, les resulta ofensiva la presencia de hombres en la zona de parto. "No los ven como a un médico, los ven como a un hombre y algunas no se dejan explorar. También es frecuente que acudan al médico con sus maridos, y a ellos tampoco les gusta" (Ahmed,N.)
- › Además, para las mujeres pakistaníes es muy importante poder realizar los **rituales religiosos del gurti y el Adhan** en cuanto el bebé llega al mundo, antes de ponerle al pecho de su madre.
- › Las mujeres pakistaníes manifiestan necesitar que se asegure su **intimidad** a la hora de realizar la lactancia materna, también en el marco hospitalario.

## Pakistán



### Recomendaciones

- › En general, las mujeres pakistaníes viven en una situación de bastante aislamiento en el marco de la migración. Es esencial partir de esta base e intentar mostrar una **acogida agradable y empática** en el centro sanitario, pues, por añadidura, pueden no estar socializadas con la medicina contemporánea.
- › Tratar de posibilitar la atención ginecológica a mujeres musulmanas con una **profesional de sexo femenino**, pues este es un factor de gran estrés para ellas. "Se va con miedo y el miedo altera la tensión. En la sala de espera solo estamos pensando en qué vamos a hacer, si el médico es un hombre. Es muy angustioso" (Kosar).
- › Para poder dialogar con las mujeres sobre la vivencia de violencias de género y sus implicaciones ante su salud en el contexto del EPP, priorizar la presencia de la **mediadora intercultural** y abordarlo con máxima **sensibilidad y discreción**. Recordar que, en la cultura pakistaní, está muy mal valorado realizar comentarios negativos del cónyuge y esto puede acarrear graves consecuencias para ellas. En cualquier caso, poder superar la barrera lingüística de la mano de otra mujer sería una apuesta más que pertinente.
- › Preguntar a las madres si desean **conocer el sexo del bebé** antes de que sea extraída la placenta.
- › Una vez realizado el alumbramiento, tratar de **limpiar al bebé** de modo que no quede rastro de sangre uterina e informar de ello a las madres.
- › Explicar los **beneficios del contacto piel con piel** tras el nacimiento del bebé y **evitar los signos de sorpresa** si la madre no desea realizarlo. En ese caso, la negativa puede deberse a motivos de pudor de mostrar



su cuerpo ante el personal sanitario y/o por la necesidad de llevar a cabo los rituales del *Adhan* y el *gurti* en primer lugar. También, puede estar presente el temor a que tanto ella como el bebé puedan atrapar “frio” o el hecho de que se considere que el bebé no está totalmente limpio (pues la sangre uterina se considera impura y contaminante).

- › Permitir, si la mujer lo desea, que el bebé sea llevado con los familiares nada más nacer para que puedan realizar el **ritual del gurti y el Adhan**, añadiendo una explicación informativa sobre la **importancia del calostro y de la lactancia en la primera hora tras el nacimiento** del bebé. Lo ideal para promover una experiencia de parto positiva, es tratar de encontrar un **compromiso** entre ambas partes en este sentido.
- › Incluir en las explicaciones relativas a las recomendaciones sobre la importancia del calostro u otros aspectos para la recupera-

ción y cuidados de las mujeres parturientas a las **madres y suegras** si se encuentran con ellas en el centro sanitario.

- › Preguntar a las madres si desean o no realizar **el baño del bebé** al día siguiente del nacimiento, pues esto puede interferir en los rituales religiosos del bautizo y se trata de una valoración personal de cada una.
- › En el caso de que no estén dispuestos, prever la colocación de biombos o sistemas de **protección de la intimidad** de las mujeres en las habitaciones compartidas para facilitar la lactancia materna.
- › Plantear la posibilidad de realizar comidas con **carne halal**, pues todos los pacientes que procesan la religión musulmana, ya sean mujeres u hombres, podrían beneficiarse de ello en el marco de su respectiva recuperación hospitalaria. Otro elemento que podría incorporarse a las comidas es el **té**.



# Imágenes licencias

## Canva:

2, 11a, 11b, 11d, 34, 36, 39, 49, 65, 74, 95, 100, 107, 111, 121, 151, 153

## Pexels:

62, 91, 103, 140, 145

## Unsplash:

6 [Masahiro Miyagi], 11c [Chopsticks on the Loose], 12 [Colin LLoyd],  
19 [Gayatri Malhotra], 25, 115 [Annie Spratt], 32 [E. Diop], 42 [Eibner Saliba],  
51 [Idriss Mellani], 53 [Héctor Martínez], 69 [Evgeny Matveev],  
78 [Aziz Achakri], 81 [Fabio Santaniello], 82 [Hernan Sánchez], 87 [Wei Chen],  
108 [东旭王], 123 [Kelly Sikkema], 124 [Hamad Asif], 126 [Basil Mlnhaj],  
129 [Amir Geshani], 133 [Umar Farooq], 136 [Muneer Ahmed],  
142 [Abuzar Xheikh], 156 [Benmoses], 162 [Assad Tanoli],  
165 [Maogee Dharshi], 166 [Umar Farooq], 169 [Dr Muhammad Amer],  
170 [Qasim Sadiq]

## Otras:

45 [pxfuel]

58 [pixabay]

149 [Wemdy Marjinissen]

**ESTUDIO DE LITERATURA CIENTÍFICA**

*Vivencias, creencias y prácticas de las  
mujeres en torno a la medicina tradicional y  
contemporánea en el contexto del embarazo,  
parto y posparto*

*Senegal, Marruecos, China y Pakistán*

Un proyecto de:



Con el apoyo de:

