

GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL

TRABAJO FINAL DE GRADO

CURSO 2020-2021

Violencia obstétrica y pudor: Un enfoque antropológico de la comunidad marroquí en España

Almudena Salazar Velasco

TUTOR/ES: Javier Rodríguez Mir



Fotograma de la película Sofia (Benm'Barek, 2018)

Junio de 2021

Agradecimientos

Gracias en primer lugar a mi tutor Javier Rodríguez Mir por guiarme en este trabajo y dejarme adentrarme en este tema inexplorado.

Gracias a Alejandra Martínez Gandolfi por aportarme nuevas perspectivas y ayudarme a seguir con el trabajo.

Gracias especialmente a todas y cada una de las personas que han hecho posible el trabajo, sobre todo las mujeres y madres que me han contado sus historias y compartido su conocimiento conmigo.

Gracias a los sanitarios por intentar hacer el mundo cada día un poco mejor y prestarme vuestro tiempo en este año tan complicado.

Gracias también a mis padres por impulsarme, a mi compañero por ayudarme tantísimo y a mis amigas por estar cuando las necesitaba.

Este trabajo es vuestro porque lleva una parte de vosotras/os.

Índice:

1. Introducción	4
2. Metodología.....	7
3. Objetivos	9
4. Marco teórico	10
5. Estado de la cuestión	12
6. Desarrollo	
6.1 Ritos de nacimiento en el Islam y en Marruecos	14
6.2 El embarazo y el parto en Marruecos.....	24
6.3. La violencia obstétrica.....	30
6.3.1 La violencia obstétrica en las mujeres musulmanas.....	35
6.4 El pudor	41
6.4.1 El pudor de género.....	41
6.4.2 El pudor para proteger la intimidad	42
6.4.3 El pudor en el Islam	44
7. Conclusiones	50
8. Bibliografía.....	52

Anexos:

Anexo 1: Tabla de entrevistadas/os

Anexo 2: Mapa

Anexo 3: Guiones entrevistas

Anexo 4: Glosario

1. Introducción:

España es un país con fuertes flujos migratorios desde los años 80 hasta la actualidad, los cuales han supuesto la aparición de nuevas realidades en todos los ámbitos. Muchas de estas realidades, no han sido atendidas de una manera suficiente y especializada, y todo lo relacionado con lo que incumbe a las mujeres y su cuerpo no es una excepción. Este estudio, pone su foco en los procesos reproductivos de mujeres de origen marroquí, llevando a cabo un acercamiento al tema a través del relato proporcionado por mujeres pertenecientes a este colectivo. Antes de realizar un análisis concreto de estos casos que serán estudiados, es necesario conocer cuál es el contexto y la situación con respecto a estas mujeres de origen marroquí que residen en España.

En las últimas décadas estos movimientos migratorios han hecho necesario que la situación de las personas migrantes fuese abordada desde un punto de vista legal. En 1985 se promulgó la *Ley de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España* o más conocida como ley de extranjería. Posteriormente se inició el proceso de regularización de 1991, que tuvo una alta tasa de feminización (13,5%), protagonizada por mujeres jóvenes y trabajadoras del servicio doméstico según la antropóloga Ángeles Ramírez (1998). Actualmente el INE (2020) arroja los siguientes datos: en España hay 864.546 extranjeros de origen marroquí, de los cuales 376.804 son mujeres y 487.742 son hombres, lo que supone que representan un 15,94% del total de población extranjera (5.423.198).

La mayoría de la población que proviene de este país norteafricano tienen el Islam como religión, incluyendo a éstas mujeres que constituyen el objeto del estudio. Según el estudio demográfico de 2019 aportado por la Unión de Comunidades Islámicas de España (UCIDE), hay en nuestro país 2.091.656 musulmanes de los cuales 1.211.848 son extranjeros y 879.808 tienen nacionalidad española. Esta población se concentra en las provincias de “Barcelona y Madrid, seguidas de Murcia, y en porcentaje Ceuta y Melilla” (UCIDE, 2019, p.4). Respecto al origen de la población musulmana el informe afirma que: “los dos grandes bloques en número de población musulmana, como media general, lo constituyen los españoles y los marroquíes” (UCIDE, 2019, p.4). De manera que el 42% de los que procesan la religión del

Islam son españoles y el 58% son de origen migrante, de los cuales el 38% son originarios de Marruecos.

Estas transformaciones que ha sufrido España en cuanto a su situación sociodemográfica supone que el Estado ha de garantizar también una serie de derechos y necesidades de esta población, que representan un importante porcentaje como hemos visto anteriormente. Uno de los derechos fundamentales que deben proteger los estados es la salud de todos los ciudadanos, recogido en nuestra Constitución en el artículo 43, donde se afirma lo siguiente:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.” (art 43. CE).

Según la Organización Mundial de la Salud (Septiembre de 2014) en su informe *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, “muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (p.1). En este informe se pone de manifiesto la necesidad de acabar con la violencia durante los partos estudiando a estos servicios para mejorarlos. Podemos entonces afirmar que las mujeres de origen marroquí y musulmanas sufrirán también estas violencias en los servicios médicos de atención reproductiva y de obstetricia. De manera que en esta investigación trataremos de abordar cómo sufren esa violencia obstétrica las mujeres de origen marroquí comprendiendo primero que significados tienen para ellas los procesos por los cuales deben pasar acercándonos así a los ritos que están vinculados con el parto y el embarazo y posteriormente describiendo brevemente la realidad del país de origen en cuanto a la atención médica y tradicional de estos procesos fisiológicos. Finalmente analizaremos las formas de violencia que han sufrido y pondremos énfasis en aquellas específicas que han expresado en las entrevistas que hemos venido realizando para la obtención de información.

La mejora de estas cuestiones a la hora de atender a población de origen migrante supone una serie de competencias culturales por parte del personal médico. Las competencias culturales son el “conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos en los que el profesional debería estar entrenado para proporcionar unos cuidados sensibles, empáticos, flexibles y respetuosos con el paciente, que implican una comunicación centrada en el paciente, efectiva, que responde a las necesidades psicosociales del paciente” (Macipe y Gimeno, 2011, p.4). Cuando no existen estas competencias ni se tiene en cuenta aquellas cuestiones socioculturales que atraviesan a los pacientes, puede ocurrir que estos no se sientan satisfechos o que repercuta en su propia salud. Esto supone también romper con los estereotipos que se tienen acerca de las personas con las que se trabaja, estereotipos que afectan especialmente en los servicios de obstetricia al estar trabajando con mujeres de las cuales se presuponen una serie de roles de género y, además, porque son mujeres que profesan el Islam.

También es importante señalar antes de comenzar a desarrollar el trabajo que la información no refleja la realidad de todas las mujeres de origen marroquí, ya que estas no deben ser vistas como un grupo homogéneo, sino que pretende dar voz a aquellos relatos de la muestra a la cual hemos podido tener acceso.

2. Metodología

Las herramientas metodológicas empleadas para llevar a cabo esta investigación social cualitativa son principalmente cuatro: la revisión bibliográfica, las entrevistas semiestructuradas, el grupo focal o *focus group* y el análisis de páginas web o *blogs*. El uso de estas técnicas nos va a permitir detectar “los procesos de producción y reproducción de lo social a través del lenguaje y de la acción simbólica” (Alonso y Benito, 1998, p.45). En la investigación además deberá verse reflejada la vivencia de los/as entrevistados/as de manera que vamos a estar situados en una perspectiva *emic*. Para poder llegar a estas vivencias las entrevistas semiestructuradas han sido la técnica que mejor se adapta a las circunstancias ya que permite a los/as entrevistados/as responder con mayor libertad a lo que se le pregunta y posteriormente, poder hacer preguntas con las cuales indagar más.

Las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal son las técnicas empleadas que hemos desarrollado para la obtención de datos de los/as entrevistadas las cuales se han llevado a cabo desde el mes de octubre de 2020 hasta mayo de 2021. Estas personas han sido divididas en dos grupos: madres/mujeres de origen marroquí y por otro lado el personal médico que atiende en los servicios de obstetricia (matronas/es, ginecólogas/os y auxiliares de enfermería). Esta división ha sido necesaria ya que las entrevistas han sido planteadas de forma diferente debido a que los temas a tratar no son los mismos cuando se habla con las madres que cuando se habla con el personal médico. Respecto al perfil de las mujeres de origen marroquí debemos señalar que en su mayoría pueden ser consideradas segunda generación, es decir, “aquellos que nacen o se socializan en el lugar de destino, arrastra los estigmas del origen y los traumas de la migración, pero al mismo tiempo forman parte por cultura y destino de la sociedad de acogida” (Feixa, 2008, p.115). Esta segunda generación puede dividirse entonces en dos categorías según Carles Feixa (2008) los que han nacido en el país de acogida y los que han nacido en su país de origen, pero han llevado a cabo su socialización en el que será su lugar de destino durante la infancia o en su defecto en la adolescencia. Por otro lado, la media de edad de estas madres que hemos entrevistado es de 33,72. (Anexo 1: Tabla entrevistadas/os)

Por otro lado, el grupo focal ha sido usado en dos casos: en primer lugar, para poder desarrollar un debate intergeneracional entre madres e hijas de origen marroquí (Malika-Lara,

Bahija-Sabrin y Zohra-Sara) y en segundo lugar, para poner en debate las vivencias de las matronas que son compañeras (Ruth y Matrona 1)

Para la aplicación de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales se desarrolló previamente un guión con los temas que debían ser tratados, el cual está incluido en el anexo 3. Respecto a la forma de llevar a cabo esto hemos partido de dos opciones: presencialmente y de forma telemática (videollamadas o audios de Whatsapp). Dependiendo de las circunstancias de los/as colaboradores/as se han hecho de una manera u otra. De manera que el uso de las nuevas tecnologías ha estado muy presente durante la investigación y nos ha permitido ampliar el perfil de las personas entrevistadas ya que se ha dialogado incluso con mujeres que viven fuera de España o fuera de la Comunidad de Madrid como es el caso de Wassima, que reside en Bélgica o Amal que vive en Algeciras. El contacto con las mujeres en su mayoría se ha hecho a través de las redes sociales de manera que gracias a las redes familiares y de amistad entre las mujeres de origen marroquí hemos ido encontrando a aquellas que estaban dispuestas a participar en la investigación. Respecto a la forma de contactar con el personal sanitario hemos recurrido de nuevo a sus redes de forma que eran o compañeros/as de trabajo o bien compañeros/as de estudios.

Cabe señalar que al existir poca bibliografía sobre algunas cuestiones como el pudor en el Islam hemos recurrido a la obtención de información a través del análisis de *blogs* y páginas web de difusión del Islam, que será expuesto en el punto en el que se aborda este tema. Por lo tanto, el trabajo no solo se reduce a la revisión bibliográfica académica, sino que también nos serviremos de aquellas cuestiones expuestas en los medios de comunicación debido a la escasa literatura académica. Por otro lado, estas páginas son también una herramienta para los propios musulmanes para obtener información y crear una comunidad musulmana virtual (Varisco,2010), de manera que es una fuente de información muy valiosa para comprender a la misma y su imaginario religioso y cultural.

El trabajo tiene además la intención de dar voz a los relatos que obtenemos a través de las entrevistas. Esto supone que la investigación pueda convertirse en un espacio de visibilización, empoderamiento y denuncia de aquellas experiencias donde las entrevistadas han pasado por situaciones que pueden denominarse como violentas. Para ello el trabajo será devuelto a aquellas personas que han participado en él de tal forma que se les enviará el documento del trabajo para que puedan leerlo y comentarme todo lo que deseen señalar.

3. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es el tratar de analizar los elementos que pueden ser catalogados como violencia obstétrica por parte de mujeres de origen marroquí, indagar en el pudor como sentimientos, emociones, subjetividades y elementos socio-culturales que podrían influenciar en la percepción de la violencia obstétrica. Al adentrarnos en el estudio del tema, es muy importante prestar especial atención a las subjetividades y percepciones que estas diferentes mujeres tienen sobre un tema común. Por tanto, la percepción de ciertas situaciones no sería la misma cuando hablamos con una mujer joven que ha dado a luz en España que cuando hablemos con una mujer mayor que ha tenido un parto en Marruecos. Son estas diferencias a la hora de vivir una misma realidad las que ponen de manifiesto la necesidad del estudio.

Para acercarnos al tema queremos comprender otra serie de cuestiones que tienen relevancia en la percepción que estas mujeres tendrán sobre todo lo relacionado con el parto siendo objetivos secundarios de la investigación. Una de ellas es comprender que supone el parto para estas mujeres tanto por su religión como por su origen. La experiencia de estas mujeres tiene una serie de condicionantes tanto culturales como religiosas, por lo que no puede ser analizado únicamente desde un prisma homogeneizante de estos procesos, sino que exige un conocimiento previo de estas materias específicas, que serán estudiadas a lo largo del trabajo. Por otro lado, un objetivo a destacar es poner sobre la mesa la interculturalidad a la hora de hablar sobre violencia obstétrica. Finalmente, reflejaremos también el trabajo cualitativo que se ha venido haciendo a través de las técnicas de recogida de información que serán expuesta como parte de la metodología.

4. Marco teórico

Para analizar el modelo biomédico presente en Occidente desde el punto de vista de la antropología médica nos apoyaremos principalmente en Eduardo L. Menéndez. Este investigador está especializado en la antropología médica y los sistemas de salud diversos. Para Menéndez el modelo médico hegemónico es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes y ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988, p.1). Esta concepción de los sistemas de salud nos remite al concepto de hegemonía cultural de Antonio Gramsci que puede aplicarse como método de análisis de la realidad. A partir de esto, Menéndez afirma que al estudiar este modelo médico hegemónico (MMH) se pueden detectar una serie de características de este tales como su carga biologicista, individualista, mercantil, autoritaria, asimétrica y pragmática. Nos encontramos por tanto con un modelo que implica una subordinación de los pacientes frente al autoritarismo marcado por el personal que los atiende ya que estos llevan consigo la verdad racional científica, interpretada como la única forma de conocimiento válida, dejando de lado al conocimiento tradicional o de transmisión oral. Estas formas de llevar a cabo el trabajo por parte de los sanitarios también se debe vincular con lo que se llama *habitus* médico entendiendo que el *habitus* es una *estructura estructurante* que está interiorizada generando que se asuman prácticas y formas de poder de dominación como naturales. (Gutiérrez, 2004).

El modelo médico hegemónico también puede denominarse modelo biomédico, que se relaciona con el concepto de Foucault de biopolítica. Entendemos entonces que el estado tiene una función de control donde actúa a través de la medicina donde su poder se impone sobre los cuerpos. Este tipo de control se puede manifestar de diferentes maneras, por ejemplo, mediante la medicalización de los pacientes. (García, 2008) Esta medicalización se hizo más evidente a partir del siglo XVIII donde los comportamientos, el cuerpo y la propia existencia del ser humano está sujeta a las instituciones de salud (Foucault, 1977).

Paralelamente, es importante introducir qué entendemos por violencia en tanto que este concepto va a ser aplicado al hablar de las prácticas que deben ser consideradas como violencia obstétrica. La violencia en primer lugar se puede percibir como la vulneración de los Derechos Humanos. La violencia que nos ocupa es considerada como invisible, es por tanto estructural en tanto que tiene su origen en las estructuras de la sociedad que puede producirse desde los hogares, los centros de salud o las escuelas. La justificación de estas vulneraciones puede estar manifiesta en las diferencias que existen entre el Yo y el Otro. (Galtung, 2016). Los responsables de la violencia obstétrica no solo son los agentes que la llevan a cabo de forma sistemática, sino que el Estado también es agente ya que es quien debe tomar medidas para acabar con esas situaciones, prevenirlas y detectarlas (Bodelón, 2014). Por tanto, estos actos contra los derechos de las mujeres en los centros médicos responden a un marco de violencia estructural institucional.

En este trabajo exponemos como las mujeres de origen marroquí son consideradas alteridad, tanto por ser mujeres como por su origen. Se produce por tanto una intersección entre el origen migrante, la cuestión de género y otras categorías sociales que nos sitúan en el mundo. Esta concepción surge en Estado Unidos por parte de las mujeres negras que cuestionan los marcos teóricos feministas que proponen las mujeres blancas de manera que se comenzó a desarrollar un análisis feminista que tuviera en cuenta la relación entre la clase, el género o la cuestión étnico-racial teniendo en cuenta las lógicas de dominación existentes (Vigoya, 2016). La interseccionalidad forma parte de las experiencias de las mujeres y un elemento que estructura las vivencias. De manera que una mujer migrante será más vulnerable a sufrir violencias por ciertas condiciones como las limitaciones lingüísticas, las barreras culturales o la legislación (Crenshaw, 1993). Podemos entonces asumir el concepto de interseccionalidad a la hora de llevar a cabo nuestro análisis.

Finalmente, para analizar los ritos de paso que han sido expuestos por las entrevistadas a lo largo del trabajo usaremos como autor fundamental a Arnold Van Gennep (2008) que expone en una de sus obras los diferentes tipos de ritos existentes, aunque principalmente usaremos solo algunas de estas categorías. El rito según este autor puede ser: preliminar, que son de separación para pasar a otro mundo; liminar, que es aquel rito de transición y finalmente el postliminar, que es el rito de incorporación a un nuevo mundo.

5. Estado de la cuestión

El tema que vamos a tratar, hasta donde llegan nuestros conocimientos, carece de estudios que lo hayan abordado directamente, pero debemos señalar algunos trabajos y autores/as que han sido importantes para el desarrollo de los estudios acerca de las cuestiones que vamos a trabajar.

En el ámbito de la antropología el interés por la atención reproductiva comienza sobre los años 70, aunque existen antecedentes como los trabajos de Margaret Mead en obras como “Adolescencia, sexo y cultura en Samoa” (1928). En el contexto español, el primer trabajo donde se habla del parto desde una perspectiva antropológica es el que lleva a cabo Susana Narotzky (1995). En su obra dedica un capítulo solamente a este proceso fisiológico que forma parte de la vida del ser humano. Considera que en el parto y las decisiones que se toman acerca del bebé siempre van a estar bajo un control ya sea por la propia madre, los sanitarios o de la familia de la mujer. Este control es por tanto determinante en el proceso. En nuestro país tiene especial relevancia también la médico y antropóloga, Mari Luz Esteban con los estudios que ha realizado sobre reproducción tales como “Antropología, género, salud y atención” (2010). Actualmente nos encontramos ante un *boom* de trabajos que abordan temas como la violencia obstétrica gracias al reconocimiento por parte de instituciones como la ONU o la OMS de esta problemática que afecta a las mujeres, a sus familias, al sistema sanitario y a la sociedad en general. Esta explosión de trabajos está protagonizada principalmente por investigadoras en Ciencias Sociales (Rodríguez, 2005). Otro trabajos que debemos señalar es la tesis realizada por Eva Margarita García (2018) donde reflexiona sobre la violencia de obstétrica, vinculándola con la violencia de género.

En nuestro trabajo lo que vamos a hacer es un análisis de los sistemas de salud reproductiva atendiendo a la interculturalidad. Sobre estas cuestiones se ha trabajado especialmente en Latinoamérica con la atención médica de las comunidades indígenas. Las bases de esta visión de la antropología médica las sientan autores tales como Gonzalo Aguirre Beltrán en las décadas de los 40 y 50. A finales de los 60 se crea una corriente del indigenismo crítico donde autores como Silvia Ortiz o Isabel Lagarriga trabajan estas cuestiones. Posteriormente, en los 80 destacan antropólogos como Eduardo Menéndez con trabajos como “Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la

enfermedad en Yucatán” (1981), abriendo paso hasta la actualidad a multitud de estudios relacionados con estos temas que nos son de especial relevancia (Campos-Navarro, 2010) como por ejemplo aquellos que hablan sobre la comunidad marroquí en España. Un ejemplo de ello sería la tesis doctoral de María Idoia Ugarte Gurrutxaga titulada “La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes.

Respecto a los estudios vinculados con antropología médica que van orientados a la población que nos ocupa se han llevado a cabo algunos trabajos que debemos destacar tales como la obra “Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación” de Josep Lluís Mateo Dieste donde expone la cultura marroquí y la coexistencia de la medicina tradicional con la moderna, la cosmovisión del islam en este país y las concepciones que atraviesan el cuerpo para esta población teniendo en cuenta cuestiones como en género o la edad (Mateo Dieste, 2010). Otro trabajo a destacar es la tesis doctoral de Clara Moreno Llopis (2016), donde se realiza una comparación entre los procesos reproductivos de mujeres con una cultura procedente de Marruecos y mujeres con una cultura española.

En cuanto a autoras que abordan estas cuestiones desde el feminismo debemos destacar a Fátima Mernissi y a Lila Abu-Lughod. Fátima Mernissi es una escritora marroquí que nos puede servir para conocer mejor la realidad de este país, lo cual desarrollaremos más adelante. Por otro lado Lila Abu-Lughod nos es de interés por sus obras en las cuales reflexiona sobre el papel de las mujeres musulmanas en obras como: “Do muslim women need saving?” (2013). En esta obra Lila Abu-Lughod establece que las mujeres musulmanas están atravesadas por el colonialismo y son vistas como sujetos que deben ser salvados para justificar la intervención de Estado Unidos en países como Afganistán en nombre de la libertad.

6. Desarrollo

6.1 Ritos de nacimiento en el Islam y en Marruecos

“-¿Cómo se llama el niño?[...]

-Como todos los niños de Dios, Mohammed.

-¿Y qué edad tiene?

-La edad de que le hagan la circuncisión y le afeiten”

(Ben Jelloun, 1993, p.118)

El Islam es una de las religiones monoteístas, que está basada en el libro sagrado conocido como Corán y es revelada por Allah en el siglo VII. El Islam parte de que existe un único Dios, en árabe Allah, y que su mensajero y último profeta es Muhammad. Este principio fundamental que explica la unidad de Dios es conocido como *tawhid*, y supone que “todo” forma parte de la creación unitaria y que “todo” pertenece a Allah” (Valcarcel, 2014, p. 6). Cabe señalar también que esta religión tiene 5 pilares fundamentales: la aceptación de la fe o *shahada*, la realización de la oración o *salat*, el ayuno, la peregrinación a la Meca o *hajj* y finalmente, el *zakat* que consiste en dar dinero a los más necesitados (Iturralde,2013).

En el Islam, existe una fuerte relación entre el cuerpo y la religión. Esto se manifiesta de diversas maneras que vamos a analizar a continuación. Uno de los puntos clave a conocer para poder tratar el tema que nos ocupa es la importancia que tiene el cuerpo para esta religión. El cuerpo debe pasar por una serie de rituales para purificarse con el fin de alcanzar la pureza (*tahara*), que implica quitarse la suciedad físicamente y espiritualmente (Ahmed, 2016). Así durante el embarazo y el parto también debe realizarse una serie de rituales. “Los ritos de embarazo, como los de parto, comprenden, por lo demás, un elevado número de ritos simpáticos o de contagio, tanto directos como indirectos, tanto animistas como dinamistas, que tienen como objeto facilitar el parto y proteger a las madres y al hijo [...] es difícil distinguir, si se trata de un rito de paso o un rito de protección o, en fin, de un rito simpático (antojos por ejemplo)” (Gennep, 2008, p. 68-69). De manera que el cuerpo es también un elemento que posee significados sociales, religiosos y culturales. Además, el cuerpo se considera algo material y profano, en contraposición con el alma que es vista como algo espiritual y eterno. (Alshboul, 2012). También cuando se habla del cuerpo en el Islam es importante distinguir dos terminos: “*jasad*, para referirse al cuerpo de humanos, angeles y *jnun*; y *jism*, referido a un

conjunto de órganos corporales o también un tropel de camellos [...] En rifeño el diccionario de Sarrionandia refiere para “cuerpo” el término *ergesdez*” (Mateo, 2010, p.45-46)

El ser humano (*insa o bnadem*) tiene su origen en Adam, que fue creado por Allah a partir del barro, y posteriormente a partir de la costilla de éste nació Hiba. De manera que en el islam se considera que las mujeres son creadas por Allah a partir de los hombres, con el fin de llevar a cabo el rol materno. (Lacoste-Dujardin, 2008). Por otro lado, la concepción del ser humano se basa en las siguientes etapas reveladas a Muhammad: 1) El embrión es un coágulo de sangre que es denominado *'alaqah*, 2) el *mugdah* que se trata de una sustancia que tiene el aspecto de algo masticado (Ibrahim, 2004)

En otro orden de ideas, según Valcarcel (2014) existe un sistema de sexo-género islámico que emana de ciertas normas establecidas a través de diversas fuentes. Estas son algunas de las ideas que conforman el *status* de la mujer musulmana dentro de este sistema: “La mujer es creada al mismo tiempo y del mismo modo que el hombre (*nafs in wahidatin*), la mujer no es responsable de la expulsión del paraíso, se prohíbe el infanticidio femenino, la mujer tiene derecho a heredar según la distribución [...], la mujer tiene derecho a disponer de su dote, el matrimonio islámico es un contrato y no un sacramento [...], la mujer tiene derecho a elegir, aceptar y rechazar con quien contraer matrimonio, [...] el Corán no prescribe la lapidación ni la ablación de clítoris, [...] para la cosmovisión islámica, la concepción se inicia en el momento en que el espermatozoide implanta el óvulo. Por lo tanto, algunas escuelas permiten el uso de métodos anticonceptivos químicos y de barrera. Algunas también contemplan la interrupción del embarazo. [...] El Islam tiene una valoración positiva de la sexualidad” (Valcarcel, 2014, p14-15). Respecto a lo que al cuerpo de la mujer se refiere, esta autora señala también la prohibición de tener relaciones sexuales durante la menstruación, ya que la sangre es vista como algo impuro.

Para las mujeres musulmanas, la maternidad es una importante aspiración, siendo considerado a su estado como una bendición de Dios. Es en este momento cuando las mujeres tienen un *status* reconocido. Incluso en el periodo de gestación y posparto se les conceden una serie de atenciones y privilegios con el fin de evitar el esfuerzo físico y que el embarazo llegue finalmente a buen fin. Otra cuestión que toma especial relevancia durante el embarazo es la capacidad de conceder los antojos que necesite la madre embarazada. (Llopis, 2010). Respecto a estos antojos, una de las madres nos comenta lo siguiente:

“El embarazo como me fue mal, que yo vomitaba mucho y eso, me fui a vivir con mis padres a los dos meses. Mi madre me ayudaba muchísimo. Me hacía todo lo que quería comer. Mis antojos me los preparaba.” (Entrevista propia, Amal, 9 de octubre de 2020)

Esta importancia de la maternidad nos remite también a la propia vida del Profeta Muhammad. El Profeta se crió en una tribu conocida como los quraysh, donde las mujeres y madres son veneradas. Debemos también destacar la figura de mujeres como Jadiya, que fue su primera esposa y una importante figura materna, o Aisha, que es hija de Um Rumman y Abu Bakr as-Siddiq, y esposa también del Profeta. Aisha es considerada una de las primeras creyentes, junto con sus propios padres, de manera que es conocida como madre de los creyentes. (Lamrabet, 2009). Esta importancia de la maternidad también ha sido transmitida por las mujeres entrevistadas con afirmaciones como estas:

“Por un tema religioso un hijo es un regalo de Dios. Les dices a algunas mujeres que no llegan, que tienen tres o cuatro hijos, “oye deja de tener más hijos” y claro ellas te dicen que es una cosa de Allah. Tienen que tener los hijos que decida Allah. También es como una competición. En Palestina por ejemplo tiene sentido porque son situaciones donde se propicia que cuantos más seamos, mejor. Pero aquí no estamos en ninguna guerra. Las oportunidades de los niños van a ser más si tienes 1 que si tienes 2. También es una mentalidad de cuando estábamos en Marruecos, que cuantos más hijos tienen más mano de obra, más cultivas... Pero en la ciudad ya no hay tierra, ni ganado” (Entrevista propia, Malika, 5 de diciembre de 2020)

Existen además una serie de recomendaciones o prácticas permitidas (*halal*) que cambian según la zona donde nos encontremos. Teniendo en cuenta que “la distinción *halal-haram* es el principal criterio de clasificación del universo de discurso islámico” (Valcarcel, 2014, p. 8). Estas recomendaciones son muy diversas, pero están estrechamente vinculadas con las nociones de frío y calor, de manera que “debería potenciarse aquello que proporciona calor y eludir el frío”, por ejemplo, comiendo alimentos calientes durante el embarazo ya que es un momento de especial vulnerabilidad (Llopis, 2010, p. 132). La transmisión de estas prácticas se realiza principalmente de forma oral y a través de mujeres cercanas, es decir, de la madre, la suegra, las tías, amigas, hermanas, etc... Esta forma de transmisión de conocimientos está también muy relacionada con la solidaridad femenina que se encuentra entre las mujeres del mismo grupo de parentesco lo que produce que se ayuden entre ellas con diversas tareas, con

el cuidado de los niños o con los mismos partos (Aixelá, 2000). Alguno de estos conocimientos orales sobre lo que se debe hacer durante el parto o el embarazo y las relaciones de solidaridad, han sido reflejados por las mujeres entrevistadas como por ejemplo en este relato sobre la importancia de mantener el calor:

“Lo que se busca es comida que baje la sangre después del parto, comida caliente... Bastante caliente. Nosotros hacemos rfisa que se hace con unas tortitas y luego se le pone un caldito con ras el hanut con especias fuertes que son buenas. Estas comidas fuertes se hacen en toda la zona de Casablanca, Rabat... Después la familia de la chica suele traerte comida de este tipo también” (Entrevista propia, Amal, 7 de abril de 2021)

La *rfisa* es uno de los platos típicos de la gastronomía marroquí de los cuales nos han hablado las mujeres que nos explican que es también un hecho social donde la comunidad se vuelca en el bienestar de la recién parida:

“Rfisa es un plato que se le hace a las recién paridas, que consiste en un guiso de pollo con una buena gallina, lentejas, habas, cebolla y especias. A parte se acompaña con unas tortas que se hacen a la sartén. Esto se desmiga y se pone en un plato con la gallina encima. Cuando una pare te invitan a rfisa, pero yo llegué a la conclusión que realmente el plato se hace para la que acaba de dar a luz y luego se reparte entre los invitados. Lo hacen otras mujeres, la recién parida no hace nada.” (Entrevista propia, Malika, 5 de noviembre de 2020)

“Es muy típico culturalmente que te traigan comida, sobre todo cosas que sean beneficiosas como sopas, pescado [...] Encima con solo la comida del hospital pasas hambre esos días. A mi me dieron el menú vegetariano para que no te pongan nada cerdo entonces yo le pedía comida a mi madre” (Entrevista propia, Fati, 30 de marzo de 2021)

Por otro lado, también existen prácticas prohibidas durante el embarazo:

“(Mi madre) Me quitaba todo lo que podía ser malo como el jengibre o el ras el hanout, eso está prohibidísimo porque te puede provocar perder el bebé. Cuando tú tienes el bebé sí que te dan ras el hanout a tope para que se salga la sangre y te dan toda la primera semana en la comida eso” (Entrevista propia, Amal, 7 de abril de 2021)

Tras el nacimiento del hijo, en Marruecos se lleva a cabo un rito de paso denominado *aqiqah* o *sabah*, que tiene un origen preislámico y se practica como *sunna*¹. Esta celebración tiene como fin la integración del nuevo miembro de la familia. Así como señala Genep, la vida no vuelve a la normalidad una vez que la mujer da a luz, sino que “se dan también etapas que recuerdan a los grados de iniciación. De tal forma que el parto no es el momento terminal del periodo de margen, que se prolongó aún para la madre durante un tiempo más o menos prolongado” (Genep, 2008, p.71). El *sabah* consta de tres actos principales, que son: la elección del nombre, la realización de un corte de pelo y el sacrificio de un cordero. Debe tener una duración de siete días pero esto no siempre es posible debido a diversos factores que pueden influir. (Llopis, 2010). Este rito de obligado cumplimiento se realizará de una manera u otra según las condiciones de la familia tales como: el nivel económico, si existe dispersión geográfica de la familia, si la casa donde se vive tiene buenas condiciones para llevarse a cabo, las condiciones de salud de la madre y el bebé, etc... El sacrificio en el islam debe realizarse según tres elementos: que el animal muera desangrado, la intención del sacrificio y la realización de este en nombre de *Allah*, que debe manifestarse con la expresión de “*Bismillah wa Allahu Akbar*” la cual puede ser traducida por “En el nombre de Allah, Él es el más grande”. (Guía de apoyo a la gestión pública de la diversidad religiosa en el ámbito de la alimentación, 2011). Por otro lado, los ritos vinculados a la elección del nombre de un recién nacido se denominan según Genep (2008), ritos de denominación. Estos ritos por un lado tienen como objetivo individualizar al niño y por otro lado, introducirlo a la sociedad. Esta importancia de dar un nombre ya nos la manifiestan las propias mujeres:

“Lo que es islámico es que tienes que sacrificar algo para darle el nombre al bebé. En mi familia cuando nació mi sobrino sacrificaron aquí mi padre y su suegro un cordero y le pusieron el nombre porque mi hermana estaba en Bélgica. Yo conozco familias que como no tienen dinero matan por ejemplo una gallina o compran carne. Otras personas que tienen más dinero y han llegado a hacerlo con una vaca que cuesta como 1000 euros. Pero la parte islámica es darle un nombre al bebé y hacer un sacrificio, pero lo del sacrificio es relativo porque depende de la economía de la familia. La fiesta es cultural, depende de la familia. Hay gente que hace como una boda, otros les hacen henna a los bebés. Nosotros no lo solemos

¹ “*Sunna* propiamente remite en el islam al modo de actuar del Profeta, a sus costumbres, dichos y hechos; también el termino se aplica a todo uso en vigor en el islam primitivo relativo a un punto de derecho o de religión, sin tener en cuenta la cuestión de si acerca de ese punto habia existido una comunicación verbal del Profeta o no.” (Maíllo, 2013, p. 236)

hacer. La fiesta no es tanto por hacer la fiesta sino por hacer una donación, porque al final la gente viene a comer gratis y la gente da dinero a las mezquitas o da de comer en las mezquitas. Es una manera de distribuir la renta. Dar dinero está bien visto.” (Entrevista propia, Yusra, 7 de abril de 2021)

Por otro lado, una de las mujeres entrevistadas nos explica también en qué consiste el rito vinculado al corte de pelo del infante:

“Hay un momento que se le corta el pelo al bebé. Se pesa ese pelo y se cuantifica en oro. Ese oro luego se dona. No sé si todo el mundo lo hace porque no sé si es una cosa obligatoria o no” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

Justo después del nacimiento del bebé, se lleva a cabo una recitación de una oración en el oído derecho del recién nacido (Alshboul, 2012), como explica una de las madres:

“Al bebé cuando nace, el padre de ese niño le tiene que decir o le canta el adhan, que es lo que suena en la mezquita con cada oración que es allahu akbar. Pues tiene que venir el padre y decir el adhan. Es un momento solo entre él y el bebé y se lo dice en la oreja. También se le pone un dátíl o algo dulce en la boca. Se le pone un dátíl porque Mahoma le ponía a los bebés que nacían en su pueblo les ponía el dátíl en la boca para endulzarles la boca para que el bebé tenga una dulce vida” (Entrevista propia, Amal, 7 de abril de 2021)

Esta costumbre también la han observado las propias matronas/es, como nuestra entrevistada, Fátima que nos dice:

“Una práctica que he visto en musulmanes. La he visto como tres veces. El padre cuando nace el bebé le canta una oración al niño y mastica unos dátiles y se los da al niño. Una vez un padre me explicó que la oración es para recibir al niño y los dátiles me dijo que era por si le bajaba el azúcar” (Entrevista propia, Matrona 1, 12 de abril de 2021)

“Esto lo hacen en el hospital, ahí. Lo hacen a escondidas. A ver nunca lo han hecho delante de mí, pero a lo mejor he entrado y les he encontrado haciéndolo. Incluso ha habido padres

que me han preguntado si podían hacerlo, puedo cogerlo o tal. Pero sí hay algunos que lo han hecho delante de mí. Pero esto es muy importante para las mujeres que esto se pueda hacer. Para ellas es muy, muy importante. Ya sea que lo haga el padre en ese momento o hacerlo después o el padre de alguno de ellos, es decir, el abuelo... Pero las parejas quieren hacerlo en el momento en el que ha nacido el niño.” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

Esta tradición como podemos observar no es algo excepcional entre los recién nacidos de familias de origen musulmán, sino que se da con asiduidad como buena prueba de ello dan estos testimonios. Como también comenta la matrona, además se trata de un momento importante para las familias, por la especial conexión que se produce entre el neonato y los padres o abuelos de éste. El fin del ritual es acercar al islam al bebé por primera vez y darle la bienvenida a la religión.

Posteriormente, a la semana de vida del recién nacido, se realiza la circuncisión (*jitan* o *tahara*) a los varones, aunque también puede llevarse a cabo hasta la pubertad. Este acto está de nuevo vinculado con la purificación y con la higiene de ese varón, ya que también tiene beneficios para la salud. Esto puede evitar infecciones y enfermedades futuras como las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o el cáncer. La circuncisión no se puede considerar un ritual islámico como tal, sino que es un ritual musulmán que permite distinguir al creyente del que no lo es (Alshboul, 2012). Es importante señalar, que el rito de la circuncisión no sólo lo encontramos en el Islam, ya que también se da en el judaísmo. Para llevar a cabo este rito se realiza en algunas ocasiones una fiesta en la cual se reciben dones o regalos, que deben ser después devueltos con posterioridad en la fiesta de ese donante. De manera que es una fiesta que cuando se lleva a cabo, al igual que en las bodas, se produce reciprocidad como sucede en los *potlatch*². (Mateo, 2010) Como vemos en el rito de la circuncisión confluyen tanto el aspecto religioso como el aspecto biomédico, lo que nos señala la matrona:

“Se hace por higiene, para estar limpio para el rezo. Tenemos que estar purificados para rezar. Entonces mantener limpio el prepucio y no tener que limpiarlo cada vez que vas a rezar pues se retira y ya está.” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

² Intercambio de dones no capitalista (Saubidet y Azaretto, 2019)

Otra cuestión sobre la que debemos reflexionar, es la importancia del *ramadán* para la población musulmana. El ramadán hace referencia al noveno mes del calendario lunar musulmán, mes en el cual se dio la primera revelación. Se celebran además hechos como el nacimiento del nieto del Profeta, la muerte de su primo Ali, la muerte de Jadiya o la toma de la Meca. De manera que este mes es denominado como bendito, es decir, *mubarak* (Maíllo, 2013). Durante este periodo se lleva a cabo un ayuno (*sawm*) desde la hora en la que sale el sol, hasta que se pone. Una vez que se pone el sol, se rompe el ayuno de forma colectiva con lo que se denomina *iftar*. Este ayuno además puede ser de tres tipos: el corporal, el de los sentimientos y conducta, y finalmente, el ayuno del corazón, donde te alejas del ego. (Arias, 2018). Remitiéndonos al Corán, encontramos esta cita:

“179. ¡Oh creyentes! os está prescrito el ayuno, del mismo modo que ha sido prescrito a los que os han precedido. Temed al Señor.

180. El ayuno no durará más que unos cuantos días. Pero el que está enfermo o de viaje (y que no haya podido cumplir el ayuno en el tiempo prescrito) ayunará después un número igual de días. Los que, pudiendo soportar el ayuno, lo rompan, darán a título de expiación el alimento de un pobre. Todo el que realiza voluntariamente una obra de devoción obtiene más. Ante todo, es bueno que observéis el ayuno, si conocéis la ley.

181. La luna de Ramadán, durante la cual descendió el Corán de lo alto para servir de dirección a los hombres, de explicación clara de los preceptos, y de distinción entre el bien y el mal, es el tiempo en que hay que ayunar. El que esté enfermo o de viaje ayunará después un número igual de días. Dios quiere vuestro bienestar y no quiere vuestra molestia. Quiere únicamente que cumpláis el número exigido y que le glorifiquéis, porque os dirige por la senda derecha; quiere que seáis agradecidos” Aleyas³ 179 a 181,

Por tanto, podemos calificar el ramadán como un proceso de purificación e introspección para acercarse a *Allah*. Posteriormente, en el libro sagrado se nos indica algunas cuestiones que hacen referencia a las mujeres durante este periodo de ayuno:

“Os está permitido acercaros a vuestras mujeres en esa noche del ayuno. Ellas son vuestro vestido y vosotros sois el suyo. 78 Dios sabe bien que os engañáis a vosotros mismos. 79 Ha

³ “La aleya (’aya, signo, testimonio), es la unidad textual más pequeña del Corán” (Quesada, 2005, p. 7)

vuelto a vosotros y os ha perdonado. Ved a vuestras mujeres en el deseo de recoger los frutos que os están reservados [...].” Aleya 183

El ramadán es una de las principales festividades para los musulmanes y no se limita simplemente el ayuno o los aspectos religiosos. Es también un período en el que se refuerza la *ummah*⁴ o Comunidad Islámica a través de la familia. Durante el *Iftar* la familia se reúne para romper el ayuno y comen juntos, algo que podría asemejarse a las festividades cristianas de la navidad. En muchos países, especialmente aquellos en los cuales el Islam no es la religión mayoritaria sirve de nexo de unión entre la comunidad musulmana, especialmente en su fin con la Fiesta del Cordero o Eid⁵. Este tipo de festividades que juntan a los creyentes son una importante fuente de transmisión y conservación de todos los ritos anteriormente comentados, al intercambiar sus experiencias entre los miembros de la comunidad. Cabe destacar que durante este mes todo musulmán debe realizar el ayuno como una obligación con la excepción de “los niños, los ancianos, los enfermos, quienes viajen, las mujeres embarazadas, y las madres que acaban de dar a luz” (Cantet, 2014, p.4). Bajo estas circunstancias los días de ayuno deben ser recuperados con posterioridad, de manera que si estás embarazada y no ayunas, debes realizar ese sacrificio espiritual después. Por ello algunas mujeres prefieren realizar ese ayuno durante el embarazo que durante la lactancia como nos comenta un matrn:

“Prefieren hacerlo durante el embarazo que luego. Una mayoría. Ellas saben que el Corán las excluye a ellas, a los niños, pero claro si luego lees la letra pequeña luego tienen que recuperar o pagar dinero y son gastos. [...] Los bebés como es supervivencia lo aguantan, quien lo pasa mal es la mamá y se van comiendo lo de la madre. A posteriori recuperarlo es peor porque tienen que estar más pendientes del bebé” (Marcos)

Por último, también debemos mencionar una creencia popular denominada *raqid* o “niño dormido” que está presente no solo en Marruecos, sino también en otros países como Egipto o Siria. Este fenómeno consiste en que el feto se desarrolle en más de nueve meses o que el desarrollo se pare por completo. Se cree que se produce por un susto durante el embarazo, dando lugar a que el feto deje de desarrollarse durante un tiempo o de forma espontánea. (Abdeslam, 2017). Según González, que aborda este tema en profundidad, esta idea para

⁴ *Ummah*: “Comunidad, comunidad de los musulmanes. La palabra *umma* connota, a través de la noción de madre” (Maillo, 2013, p.261)

⁵ *Eid al Fitr*: Fiesta del cordero o fiesta del fin del Ramadán

algunos autores refleja una forma de empoderamiento femenino dentro de la *sharia*⁶. Esto permite que las mujeres tengan relaciones extramatrimoniales, aunque otras perspectivas señalan que la creencia de *raquid* no es tan ingenua y está más bien vinculada a la prolongación del periodo que debe transcurrir para que las mujeres puedan volverse a casar después de quedarse viudas o divorciarse, es decir, lo que se conoce como *idda*, que debe durar tres períodos menstruales. Otra explicación a este hecho es el que está vinculado a la infertilidad, ya que esta condición es muy dura si las mujeres justifican esto diciendo que tienen un niño dormido pueden evitar que se les pida el divorcio o sean repudiadas. (González, 2008). De manera que si no eres fértil, pueden justificar esa infertilidad diciendo que en realidad tienes un niño dormido.

⁶ “La *sharia* o el *fiqh*, es decir, el derecho musulmán clásico, que "es un corpus de reglas jurídicas que trata de todos los problemas de la vida en sociedad” (Segura, 2011, p. 1)

6. 2 El embarazo y el parto en Marruecos: la qâbla

“Mi madre dio a luz a Zohra. Le pusieron el mismo nombre que a la que había muerto. Zohra tampoco vivió mucho, pues una mordedura de ratón le causó la muerte”
(Chukri, 1982, p.57)

Para conocer la realidad de estas mujeres que son atendidas en España debemos tener en cuenta cuales son las condiciones que presenta el país de origen tanto con respecto a la atención del embarazo como a la del parto. La mayoría de las mujeres que hemos venido entrevistando no han dado a luz en Marruecos, pero sí que lo han hecho sus madres o sus abuelas de manera que esto nos permite hacer una comparación de las dos realidades, ya que incluso ellas mismas ponen de manifiesto la importancia de esas diferencias. De manera que esta cuestión es relevante a la hora de abordar la investigación, en tanto que ha sido señalada por las propias entrevistadas.

Marruecos en lo que a salud se refiere ha mejorado mucho en las últimas décadas, pero podemos afirmar que presenta malas condiciones sanitarias en general y particularmente en la atención maternoinfantil (Reche y Juez, 2002). El sistema sanitario de Marruecos debe enfrentarse a varias problemáticas: “1) proveer acceso equitativo a la salud es complicado por los desafíos geográficos del país y la concentración de instalaciones secundarias y terciarias en Rabat y Casablanca; 2) hay una notable falta de personal médico y de apoyo cualificado [...] 3) el manejo inadecuado de los hospitales público presenta un problema para la eficiencia y el uso transparente de recursos, y 4) el acceso económico a las medicinas es señalado como un problema importante” (Fink y Hussmann, 2014, p.3). Marruecos ha pasado por varias reformas del sector de la salud tales como la reforma hospitalaria e institucional de 1995 o la reforma que obligaba a la población a tener un seguro de salud a partir de 2002, pero estas reformas no han sido suficientes. Esta situación convierte al sistema sanitario marroquí en vulnerable ante la corrupción, a pesar de que desde 1999 esta cuestión esté perseguida con el fin de ser eliminada (Fink y Hussmann, 2014). Este aspecto presenta una serie de riesgos y problemas para las mujeres que tienen que dar a luz en Marruecos y buena prueba de ello nos dan los testimonios de las mujeres entrevistadas para este trabajo:

“Mi madre estaba con tanto dolor, el personal no hacía nada para ayudarla. La tenían ahí en la sala de paritorio medio abandonada y mi padre en un momento tuvo que dar propina para

que atendieran a su mujer y para que estuviera con ella. Tuvo que darle un billete de 20 euros que en esa época era como muchísimo [...] El problema es el trato del personal, que es corrupto. Si tu no les das dinero pues hacen lo mínimo posible. Si les das dinero ya te atienden y te tratan de maravilla en todo momento, súper educados... pero si no das dinero no trabajan con buena fe, con principios” (Entrevista propia, Fati, 27 de marzo de 2021)

“Ahí la sanidad es malísima, sobre todo la pública. En los hospitales cuando llegas lo primero llegas y te ponen oxitocina, sin explicarte lo que es para que paras en muy pocas horas, los partos son sin epidural, con episiotomía, utilizando instrumentos que aquí no se usan. Yo intuyo por lo que me han contado que usan el kiwi, que es parecido a la ventosa y que lo pueden usar matronas, es una pequeña ayuda a la mujer. Tampoco las mujeres con las que hablo no saben decirme que han usado exactamente y intuyo que es eso. Mis dos primas fueron a un hospital pequeño de Asilah y mi tía parió en Tánger en un hospital grande. La experiencia de allí es horrorosa. Mis primas se sintieron por lo menos atendidas, aunque sufrieron bastante violencia obstétrica pero ella lo vivió como que la habían ayudado, pero es que ella parió en tres horas [...] y esto fue hace dos años, son experiencias recientes. [...] Mi tía por otro lado en el hospital grande las dejaban solas, ella se sentía abandonada. En su primer parto le hicieron episiotomía y en su segundo tuvo que dar dinero para que no le hicieran episiotomía y tuvieran paciencia con ella y la cuidaran mejor.” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

“En Marruecos el trato es horrible, tía. A las mujeres las insultan diciéndoles que cuando abrías las piernas le gustaba, pues ahora que lo que toca es sufrir” (Entrevista propia, Warda, 27 de abril de 2021)

La falta de recursos, la necesidad de pagos extralegales a los médicos y la necesidad de acelerar los partos están entre las quejas de las mujeres marroquíes. Estas son las principales problemáticas sobre los servicios de obstetricia de la sanidad pública en Marruecos que se han podido extraer mediante las entrevistas realizadas. Esto como vemos se agrava cuando hablamos de los servicios que implican exclusivamente la atención de la salud de las mujeres, que presentan las mismas problemáticas que desde la década de los noventa, es decir, falta de personal e infraestructuras y la necesidad de crear más Centros de Planificación Familiar (Aixela, 2010).

En las entrevistas también se habló con mujeres que relataban experiencias en la sanidad privada. Según estos relatos, la cesárea constituye una práctica bastante habitual en los hospitales privados:

“En las privadas un parto te puede costar como unos 200 euros o a lo mejor 300, pero una cesárea te cuesta como 1000 euros y ese dinero allí son muchos dirhams. Es mucho, mucho dinero porque el sueldo es muy bajo. Una persona puede cobrar 100 euros.” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

“Ahora se ha puesto super de moda en Marruecos ir a clínicas y que te hagan cesáreas. Son 1000 o 1500 euros. No esperan ni a contracción ni a que el parto tenga un progreso normal. Las clínicas que tienen el negocio de las cesáreas pues entran las mujeres a la clínica y al primer dolor las bajan al quirófano y ya está. Yo digo, como sigan así las cosas el cuerpo se va a olvidar de hacer su trabajo. Me parece una burrada. te hablo de mis dos hermanos que en total son tres niños. Mi cuñada tuvo tres cesáreas. Una sobrina mía también, con cesárea y por supuesto todos los amigos y conocidos desde hace más de 10 años automáticamente es clínica privada y cesárea. Es estupidez. Es como un circo. Montan una trona con caramelos y no se qué para las visitas, como en Estado Unidos. Es estupidez al máximo como si los niños que nacen en hospital público son unos desgraciados o unos bastardos. Esto da status ir a la clínica. Explicación médica no tienen ninguna. Se piensa que como el hospital público es de pobres pues es malo y lo bueno es la clínica que entre otras cosas tienen investigaciones con muertos y muertos y donde los profesionales a veces no están ni titulados” (Entrevista propia, Malika, 5 de diciembre de 2021)

Así pues y en vista de estos testimonios, encontramos diferencias entre las problemáticas que existen en las clínicas médicas de carácter privado. En primer lugar, el recurrir al uso de cesáreas es una práctica que supone un lucro para estos centros que se benefician aprovechándose de aquellas familias que tienen capacidad económica para ello. Estos elevados precios, especialmente en un país con una renta per cápita baja, donde el salario medio es de aproximadamente 4000 dirhams mensuales (al cambio 371,47 euros) (Preciosmundi, 2021), suponen una importante barrera en el acceso a estos servicios. Tan sólo aquellas familias que pertenecen a las clases medias y altas pueden acceder al sistema privado a la hora de dar a luz. Y en segundo lugar se menciona el tema del “status” que proporciona el haber dado a luz en un centro privado. La informante Malika hace un símil con los hospitales

privados de Estados Unidos, donde también se realizan este tipo de actos. Por tanto, estos centros ponen un especial énfasis en esa diferencia de trato hacia la madre y el recién nacido, en comparación con aquellas mujeres que dan luz en los centros del sistema público de salud. Pese a ello estas mujeres también sufren el problema de un elevado número de cesáreas en el parto, algo que puede resultar perjudicial para la salud de las mujeres, especialmente cuando una mujer se ve expuesta a ello en varias ocasiones. Se recomienda por tanto no hacer un abuso de esta intervención quirúrgica ya que puede producir infecciones, hemorragias postparto, fascitis necrotizante postcesárea, endometritis, rotura uterina, problemas con la placenta o lesiones de diferente índole (Cárdenas, 2002).

Pero no son estas diferencias entre la capacidad económica de unas familias y otras la única brecha que encontramos en torno al parto en Marruecos. En este país existen grandes diferencias entre las zonas rurales y las urbanas esto se reflejan también en la atención sanitaria a las mujeres. Es, por tanto, una cuestión que debemos tener en cuenta a la hora de hablar sobre la atención durante el embarazo y el parto de las mujeres, ya que “los factores que determinan la salud de las poblaciones no son los mismos en zonas ricas que en zonas empobrecidas” (Sandín, 2011, p.1). Según Aixela (2010) tan solo el 40% de los partos en Marruecos entre los años 1995 y 2003 fueron realizados con acompañamiento médico, cifras que son mucho menores en zonas rurales como nos cuentan algunas de las mujeres:

“Mi madre parió en casa. Conmigo no le dio tiempo a llamar a la señora que venía a casa y llamó a la vecina.” (Entrevista propia, Zohra, 30 de noviembre de 2020)

“Mi madre nos ha tenido en Marruecos y eso es mortal. Ni epidural, ni nada. Muérete sola hasta que salga el niño. Esto en Alhucemas. Ahí están las suegras, las cuñadas... que se ayudan entre ellas” (Entrevista propia, Saida, 4 de abril de 2021)

Estos dos testimonios nos acercan a la realidad que sufren las mujeres en las zonas menos desarrolladas económicamente y rurales del país. La falta de atención médica profesional constituye una constante todavía a día de hoy en estas zonas, dando lugar a situaciones que no serían las idóneas desde el punto de vista médico. Esta falta de atención médica se observa en la falta de personal, de medicamentos o instrumental a la hora de dar a

luz en casa, que sí puede observarse en los partos producidos en áreas con mayores recursos económicos y que se dan en un hospital con mayor asiduidad.

Este abandono de las instituciones a la hora de atender los partos da lugar a la creación de una figura femenina que lleva a cabo algunos trabajos de cuidados y que ha sido mencionada en el testimonio de varias de las entrevistadas y que será expuesto a continuación. Esta mujer suele no solo ejercer durante los partos, sino que también asume otros papeles como el de herborista (*ashshaba*) o *jabbara*, que consiste en el tratamiento de lesiones en animales y personas como roturas de huesos. Las mujeres que atienden partos, especialmente en las zonas rurales, son conocidas como *qabla*. También hacen frente a todo tipo de problemas vinculados con la fertilidad o el embarazo. (Mateo, 2010). Mucho de su conocimiento está vinculado a supersticiones y creencias tradicionales, ya que carecen de conocimiento profesional aunque sí que tienen años de experiencia. Después del parto, la *qabla* lleva a cabo otros actos como el enterramiento de la placenta o enseña a la madre como se debe cuidar al recién nacido. Las mujeres que en Marruecos prefieren que su parto esté asistido por esta *qabla* son aquellas que tienen una procedencia rural y que tienen más de 30 años. (Llopis, 2016)

“En zonas rurales hay una señora que lleva toda la vida viendo como pare la gente. Sin estudios ni nada. La gente cuando tienen dolores la llaman. Si sale bien, pues bien pero si hay complicaciones no se puede hacer nada. Todavía está muriendo gente en Marruecos en los partos, muchas mujeres” (Entrevista propia, Bahija, 21 de abril de 2021)

“Mi madre tuvo 5 hijos, pero vivos solo estamos 3 pero no sé muy bien qué pasó. Nacimos en casa y venía una señora, sin estudios ni nada” (Entrevista propia, Yusra, 17 de noviembre de 2020)

Como vemos los partos y el embarazo no son iguales en todas las culturas ni en todos los países, ni tampoco dentro de los propios países. En Occidente con el desarrollo de la ciencia los partos se han ido estandarizando por ejemplo, con la forma en la que la mujer se posiciona a la hora de tener su parto. Así la mayoría de mujeres en Occidente tienen a sus hijos en posición dorsal de forma en que el personal médico pueda estar más cómodo para atender ese parto. Esta manera de atender los partos hizo que se abandonase la postura tradicional, que es en posición vertical y permitiendo la máxima movilidad posible a las mujeres. Podemos entonces afirmar que las posiciones durante el parto no son homogéneas, sino que dependen de múltiples

factores. Así, por ejemplo, en el Antiguo Egipto la posición preferida era la vertical o en cuclillas, al igual que para los mayas, mientras que en Grecia existía una silla específica para el parto que estaban reclinadas o en la Antigua Roma donde se usaban unos sillones para que las mujeres parieran sentadas (Botell y Bermúdez, 2012). Desde la antropología autores como Marcel Mauss (1934) han hablado de esto, señalando que por ejemplo en la India las mujeres tienen a sus hijos de pie lo que se pone en relación con las llamadas técnicas corporales que son reproducidas por las diferentes sociedades.

Para abordar las problemáticas a las que se enfrentan las mujeres en Marruecos durante el parto podemos recurrir a la pensadora marroquí Fátima Mernissi. Esta socióloga ha reflexionado a lo largo de sus obras acerca del papel de la mujer en la sociedad marroquí tras el período colonial. En uno de sus libros titulado “Marruecos a través de sus mujeres” (1986) lleva a cabo un acercamiento a las diferentes problemáticas de las mujeres en Marruecos a través de entrevistas de manera que aborda algunas cuestiones que hemos venido tratando hasta ahora y que pueden ser interesantes para comprender la sociedad y concretamente las ideas que se tienen acerca del embarazo y el parto en este país. Mernissi nos traslada algunas afirmaciones de mujeres tales como: “El médico que me asistió era idiota, no tenía ni los reflejos de una buena *qabla*” (Mernissi, 1986, p.94). Lo que nos indica que las mujeres ya en los años 80 estaban preocupadas por estas cuestiones y que la atención médica era deficitaria en la región. También se abordan en este libro otras cuestiones como los niños dormidos, el aborto o el uso de especial como el *ras el hanut* con fines terapéuticos en la medicina tradicional.

Podemos entonces concluir tanto este apartado como el anterior que el parto es algo cultural, que cambia dependiendo de las regiones del mundo en las cuales nos situamos tanto por cuestiones rituales como por las propias circunstancias materiales. De manera que no será igual un parto en Marruecos que en España, lo cual hemos ido viendo a través de las entrevistas.

6.3 La violencia obstétrica

**"Sobre mi nacimiento
mi madre me dijo
hay una diosa en ti
puedes sentir como baila"
(Kaur, 2018, p.203)**

Para comenzar a abordar esta cuestión en primer lugar debemos partir de una definición de violencia obstétrica, para ello usaremos la de Eva Margarita García que afirma que: “La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones—” (García, 2018, p.37). Esta autora considera además que este tipo de violencia que se da en las consultas de obstetricia, es una forma de violencia de género que posteriormente puede tener consecuencias tales como la depresión postparto, estrés postraumático, dificultad con la lactancia o problemas sexuales, las cuales revertirán nuevamente en la atención sanitaria, de manera que es un problema de salud pública. Esta violencia además nace de dos violencias: 1) la violencia cultural que se expresa con los sentimientos de indefensión de los pacientes ante el personal médico, y 2) la violencia estructural que se manifiesta cuando las mujeres no conocen las opciones que tienen, ni son informadas de ello porque las instituciones sanitarias consideran que no tienen poder de decisión. (García, 2018). La violencia obstétrica se puede mantener en el tiempo porque está sujeta a un sistema patriarcal, a un poder de género y a una jerarquización del poder sanitario que permite al personal médico llevar a cabo actos que vulneran los derechos reproductivos de las mujeres. Entonces los ejecutores son el personal, las víctimas son las mujeres y sus hijos, y también familiares como los padres o los acompañantes. De manera que se construye un nosotros (identitario) frente a una alteridad, donde el “nosotros” tiene el poder y el saber biomédico (Castrillo, 2016).

Las primeras visualizaciones sobre la violencia obstétrica nacieron en el contexto latinoamericano, siendo en Venezuela donde se integró por primera vez a esta cuestión dentro del marco legal concretamente en la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida

libre de violencia (2007). En esta ley se establece una definición de violencia obstétrica que se centra en la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de los servicios de salud que va desde el maltrato a estas mujeres a patologizar aquellos procesos que deben ser considerados como naturales.

La violencia obstétrica se puede manifestar de muchas maneras pero principalmente las prácticas más frecuentes son "... desde regaños, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo" (Castrillo, 2016, p. 47). Además podemos añadir que también se considera violencia obstétrica prácticas médicas cuando no son necesarias (abuso de episiotomía⁷, abuso de la oxitocina, la maniobra de Kristeller⁸) que se niegue el derecho a estar acompañada, el contacto piel con piel, la infantilización de la paciente, etc...

Todos estos procedimientos sobre el cuerpo de las mujeres y sus hijos/as pueden suponer secuelas, tanto físicas como psicológicas dando lugar a depresiones o Síndrome de Estrés Postraumático, así como problemas en el desarrollo de los bebés por no poder llevar a cabo una lactancia correcta o problemas relacionados con los vínculos. (García, 2018)

Para conocer mejor la situación de la violencia obstétrica en España podemos recurrir a los informes aportados por el Observatorio Español de Violencia Obstétrica que encontramos en la página web de la plataforma El Parto es Nuestro que hemos presentado a continuación (Tabla 1):

⁷ "La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto [...]. Actualmente su utilización se ha puesto en duda" (Berzaín y Camacho, 2014, p.53)

⁸ "La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos»" (Díaz, 2011, p. 83)

Práctica	Porcentajes
Las mujeres consideran que el lenguaje usado no era el correcto	40%
Mujeres que fueron criticadas por sus expresiones, gritos o gemidos	32,5%
Mujeres no informadas de intervenciones tales como la episiotomía o la maniobra de Kristeller	50,7%
Mujeres que pasaron por una intervención sin consentimiento	50,1%
Mujeres a las cuales no se les indicó el porqué se les realizaba una intervención o maniobra	60,8%
Mujeres a las cuales no se les explicó las consecuencias y efectos de las intervenciones	80,4%
Mujeres que presentaron un plan de parto y las trataron mal por ello	25,3%
Mujeres que no pudieron elegir postura para llevar a cabo el expulsivo	74,7%
Mujeres que no pudieron decidir sobre la placenta	79,2%
Mujeres que no pudieron comer ni beber durante el parto	55,7%
Mujeres que no pudieron deambular	53,2%
Mujeres que no pudieron usar su propia	58,2%

ropa o música	
En el caso de ingreso neonatal: Mujeres a las cuales no se pidió consentimiento para llevar a cabo diversas actuaciones	66,7%
Madres criticadas porque sus hijos lloraban	20,1%
Mujeres que no pudieron estar acompañadas durante su ingreso	21%
En el caso de muerte neonatal: Mujeres que consideran que no recibieron información la autopsia, entierro...	75%
En el caso de muerte neonatal: Mujeres que no pudieron decidir sobre los cuerpos de sus hijos	65,2%
En el caso de muerte neonatal: Mujeres que detectaron lenguaje peyorativo hacia sus hijos fallecidos	24,5%
Mujeres que consideran que después de sus partos terapia psicológica para superar sus partos	35,9%

(Tabla 1: El Parto es Nuestro, 2016)

Para acabar con estas formas de violencia en nuestro país se han tomado algunas medidas con el fin de prevenir. El marco donde se desarrollan estas formas de prevención se basan en gran parte en las recomendaciones que son aportadas por la Organización Mundial de la Salud. En primer lugar, debemos destacar la Estrategia de Atención al Parto (EAPN) la cual se publicó en 2008 por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que tenía como fin la humanización de la atención al parto basándose en las evidencias científicas.

En segundo lugar, destacamos los llamados Planes de Parto que es “ un soporte documental que recoge la voluntad de la usuaria, pero esta vez respecto al parto en particular y a cómo debe de ser la actuación del personal sanitario en éste. La gestante dice sí, no, o tal vez a las intervenciones más comunes en el embarazo: enema, rasurado, episiotomía, etc...” (García, 2018, p. 56). En tercer lugar, la creación de los hospitales iHan, que son aquellos que están dentro de la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”. Finalmente, otra herramienta de prevención en España es la “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio” aprobada como parte de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva. (García,2018)

6.3.1 La violencia obstétrica en las mujeres musulmanas

Esta violencia se hace mucho más evidente cuando la atención sanitaria va dirigida a las mujeres musulmanas, ya que estas son vistas como carentes de agencia y poder de decisión. Abu-Lughod (2013) pone esto en relieve en su estudio sobre las mujeres musulmanas, donde explica que estas mujeres son vistas como víctimas de opresión y sujetos silenciados. Así los discursos se centran en numerosas ocasiones en el símbolo del *hijab*⁹ que es visto como un problema y el culpable de esa opresión a las mujeres musulmanas (Tersteeg, 2017). Esta cuestión también es abordada por Sirin Adlbi Sibai, la cual añade que estas mujeres que llevan el *hijab* son definidas como un objeto caracterizado por ser “monolítico, atemporal, analfabeto y sexualmente reprimido” (Adlbi, 2016, p.134). Entiendo además que las mujeres de origen marroquí van a ser vistas como mujeres veladas, cuestión que también sirve como justificación a Occidente para intervenir en ciertos países a pesar de que el hecho de llevar un *hijab* o no llevarlo no es un indicativo de la realidad cotidiana de las mujeres que lo llevan (Aixelá, 2000).

Este discurso a través del cual son representadas las mujeres musulmanas está atravesado entonces por un profundo orientalismo y una “cárcel epistemológica-existencial” que tiene un origen colonial desde donde se define quiénes y cómo pueden hablar, existir o generar conocimiento (Adlbi, 2016). Mientras que el orientalismo es, según Edward Said “una institución colectiva que se relaciona con Oriente, relación que consiste en hacer declaraciones sobre él, adoptar posturas sobre él, describirlo, enseñarlo, colonizarlo y decidir sobre él. En resumen, el orientalismo es un estilo occidental que pretende dominar, reestructurar y tener autoridad sobre Oriente” (Said, 2016 [1978], p.21). De tal forma que desde Occidente vamos a estar condicionados por este orientalismo cuando abordamos cuestiones que hacen referencia a Oriente. Mediante estos dos ejes se crea un discurso hegemónico cargados de redes de significados donde se enfrentan a Occidente unos Otros que están situados por debajo jerárquicamente tanto en lo económico, en lo cultural como en lo etno-racial. En este contexto autores como Spivak plantean que las mujeres de los países situados fuera de Occidente sufren un paternalismo patriarcal y un colonialismo, lo que no les permite tener voz (Spivak, 1988)

Para comprender mejor esta cuestión podemos hacer uso del término islamofobia que comenzó a usarse en los años 80 y puede ser definido como “la manifestación del odio, la

⁹ Hijab: Velo islámico (Muñoz, 2018)

repugnancia y la hostilidad hacia los musulmanes, se traduce en términos prácticos en una exclusión de estos de la vida económica, social y pública de una nación, al tiempo que son víctimas de discriminación y persecución” (Mijares y Ramírez, 2008, p.3).

En el contexto español, el rechazo a las personas de origen marroquí o que son musulmanas está muy vinculado al concepto histórico de “moro”, que también debemos abordar. Para comprender este término islamófobo presente en el imaginario de nuestro país, debemos remontarnos a la llegada de los musulmanes a la península ibérica en el siglo VIII, pasando por acontecimientos como el periodo Andalusí, la Reconquista, el colonialismo en el norte de África por parte de los españoles, la participación de soldados marroquíes en la Guerra Civil Española, hasta los atentados perpetrados por Al Qaeda el 11 de marzo de 2004 (Corrales, 2004). Según el Diccionario de la Real Academia Española, esta palabra viene del latín, *Maurus*, que significa mauritano y remite al color oscuro de la piel. Esta institución lingüística aporta diferentes definiciones para el término moro tales como: el adjetivo que hace referencia a las personas que son de África septentrional que hacen frontera con nuestro país, persona que profesa el Islam, niños que no han sido bautizados o personas musulmanas que eran llamadas así durante ciertos siglos. Por lo tanto, el moro es visto como parte de una alteridad que durante ciertos períodos históricos han supuesto un peligro para la nación. Esto también se puede trasladar a la actualidad frente a un contexto de llegada de inmigración a nuestro país donde lo “moro” vuelve a estar vinculado con el enemigo transformando la islamofobia colonial, en una nueva islamofobia que “mezcla un componente de desconfianza respecto a la religión musulmana, con otros componentes del racismo anti-inmigrante, anti-jóvenes o anti-árabes” (Mijares y Ramírez, 2008, p.5)

A través de las entrevistas realizadas hemos encontrado diferentes relatos donde la violencia obstétrica está presente. Incluso las matronas son conscientes de esta intersección que se produce entre la cuestión de género y raza:

“Depende del hospital, pero yo por lo que he vivido es que si hay violencia obstétrica en un hospital y encima eres musulmana vas a tener más. También cuando son sudamericanas pues hay más violencia y no sé cómo lo viven ellas, pero igual ellas no creen que es violencia porque lo normalizan, pero yo sí que he visto” (Entrevista propia, Ruth, 12 de abril de 2021)

Una de las cuestiones más presentes en las entrevistas es la falta de consentimiento informado por parte de las pacientes para que les hagan ciertas intervenciones, de manera que se viola el derecho a estar informadas sobre lo que se les hace en su cuerpo. Este tipo de actitudes pueden denominarse paternalistas, donde se niega la libertad de decisión según las convicciones que tiene cada persona. Concretamente a nivel nacional, cuando esto ocurre se está incumpliendo con la Ley 41/2002, del 14 de noviembre en la cual se establece que: “ La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica” (LRJSP 41/2002, de 14 de noviembre). Para dar este consentimiento autónomo, antes el paciente debe ser informado de manera que puede decir si aceptar o no la práctica que se le vaya a llevar a cabo con el conocimiento necesario tales como los beneficios, los riesgos y las posibles alternativas (Gallego, 2019). El incumplimiento del derecho a la autonomía de las madres otorgado por esta ley es relatado por Warda, Samira y Nawall de la siguiente forma:

“Me tuvieron que ayudar con un aparato. ¡Ah! Y me cortaron sin preguntarme ni nada si yo quería que me cortasen. Me cortaron y en ningún momento me dijeron, oye te vamos a cortar. No, fue ¡pum! y me cortaron y a mi eso me dolió y lo sentí perfectamente. Me metieron el aparato para sacar al niño y nada y luego se me pusieron tres enfermeros en la tripa como si me aplastaran la tripa los tres. Muy poca delicadeza, mala experiencia con todo. [...] Fue la peor experiencia de mi vida” (Entrevista propia, Warda, 7 de abril de 2021)

“Me hicieron también una epi, con un montón de puntos. Cuando nació la niña vi que tardaban mucho ahí abajo y me dijeron que me habían dado puntos sin preguntarme ni nada” (Entrevista propia, Samira, 17 de mayo de 2021)

“Vino una con una aguja, me la inyectó y se fue. Yo le pregunté qué me había puesto y qué me hizo, pero no me dijo nada. Me dice ahora vengo y afortunadamente no volvió porque se le acabó el turno así que nos quedamos en esa sala sin saber que hacer hasta que vino otra obstetra que era un sol” (Entrevista propia Nawall, 7 de noviembre de 2020)

En estos relatos las dos primeras mujeres nos cuentan que les hicieron una episiotomía sin su consentimiento. La episiotomía es una práctica normalizada cuando hay partos por vía vaginal. El abuso de esta práctica se puede vincular con la patologización de los partos, es

decir, que estos sean vistos como una enfermedad. El fin de esta práctica es evitar los desgarros, pero debemos tener en cuenta que estos son algo natural en esos momentos. Por lo tanto, la episiotomía sólo debe llevarse a cabo cuando esta sea estrictamente necesaria y siempre con el consentimiento de las madres y la información necesaria para poder decidir. (Camacaro et al.,2015)

Otra forma de no cumplir con este derecho a la autonomía es la negación de lo que le está ocurriendo a las mujeres. Esto podemos también vincularlo con la idea de que las mujeres musulmanas carecen de agencia y toma de decisiones, como hemos señalado anteriormente. Pero se puede dar el caso de que las mujeres en los servicios de obstetricia se decidan a hablar y a tomar decisiones pero que estas no sean tenidas en cuenta. Para visualizar esto la experiencia de Zohra es un ejemplo de esta situación:

“Con la segunda, lo pasé mal. Yo quería empujar porque tenía ganas ya y me cerraban el pie para no empujase. Me decían que me estaba pasando porque había gente que lo estaba pasando muy mal y yo como no tenía contracciones ni dolores que me tenía que esperar. Pero yo sentía que tenía que empujar porque la niña me empujaba. Me dejaron sola y no me hacían caso, me quería ir y me levanté. Yo no tenía dolor pero es que ya estaba y yo lo sabía. El rato vino una corriendo y me dijo que sí, que era verdad, que tenía razón que estaba a punto con la niña casi con la cabeza fuera y ya me prepararon todo super rápido. Pero me regañaban y me decían que me estaba pasando y a mi marido le decían que estaba protestando pero es que yo estaba notando que la niña empujaba y ya está y me cerraban la pierna para que no empujase. Luego cuando me tocaron me dijeron que ya podían hasta tocar el pelo a la bebé. Pero es que cada parto es un mundo y no todo el mundo tiene dolores. A mi madre en Marruecos igual, tuvo un parto sin dolores ni nada.” (Entrevista, Zohra, 30 de octubre de 2020)

Por otro lado, nos hemos topado durante la recogida de datos que a través de las entrevistas las mujeres reflejan una serie de malos tratos durante sus partos, donde nos serviremos de nuevo del relato de Samira y de la experiencia de la madre de Ikram:

“La matrona me chillaba. Se subió a un banco la matrona y empezó a clavar el codo en el medio de la barriga, me hizo muchísimo daño. Luego me dijeron que me iban a hacer una cesárea y la matrona dijo que mejor esperar y probar con fórceps. Me gritaron muchísimo, me

decían “empuja, la niña se muere” y con los fórceps al final la niña nació” (Entrevista propia, Samira, 17 de mayo de 2021)

“A mi madre cuando nací yo no la dejaron gritar, la hacían callarse y la enfermera le decía que no gritase. Le hacía shhh no grites, no grites. Mi madre nos lo cuenta con lágrimas en los ojos porque intentaba aguantarse los gritos. Encima mi madre tampoco sabía hablar bien castellano y tampoco podía decir nada. Mi padre no estaba en ese momento y cuando se enteró dijo que iba a denunciar.” (Entrevista propia, Ikram, 22 de noviembre de 2020)

Ikram nos cuenta la experiencia de su madre, la cual fue regañada por chillar. Esto puede de nuevo señalarse como una forma de violencia obstétrica. Se puede considerar que los gritos durante el parto incomodan a algunos profesionales. Con el silencio impuesto las mujeres que pasan por esta situación se ven obligadas a omitir su dolor y sus miedos. La explicación a este hecho nos remite a una cuestión de roles de género ya que se espera que las mujeres sean silenciosas y que molesten lo menos posible de manera que cuando esta idea no se cumple puede ser señalada y recriminada. (da Silva y Santana, 2017)

Una cuestión a señalar es cómo la violencia que pueden sufrir estas mujeres mediante comentarios de tintes racistas e islamófobos por parte del personal médico, ya no solo en los servicios de obstetricia, sino en otros servicios. Un ejemplo de ello puede ser la situación a la que se enfrentó Amal. La persona que la atendió supuso que la paciente iba a tener menos recursos económicos, dejándose llevar por los estereotipos vinculados con las personas de origen migrante. Amal lo cuenta de la siguiente manera:

“Yo estaba tomando unas pastillas de hierro, pero me sentaban mal y las vomitaba. La matrona me dijo que había unas pastillas que estaban muy bien pero que no creía que me las pudiera pagar. Ella dio por hecho que no me lo podía pagar y valían 30 euros. Ella supuso que por ser marroquí no podía asumir ese gasto. Yo le dije ¿Y por qué no voy a poder pagarlas? A lo que me respondió que valían 30 euros y que bueno yo te lo voy a recetar y si no te lo puede pagar te tendrás que seguir tomando el hierro” (Entrevista propia, Amal, 9 de octubre de 2020)

Houda, nos cuenta también que ella sintió que la trataron de forma diferente y con paternalismo por el hecho de ser marroquí:

“Yo creo que me trataron peor por ser marroquí. Los comentarios tipo no te enteras de lo que te estoy diciendo, que pasa que no me entiendes o qué. Me decían eso como si fuese tonta y no supiera hablar o algo” (Entrevista propia, Houda, 3 de noviembre de 2021)

Mientras otra mujer nos dice que al no llevar en ese momento *hijab* el trato pudo verse afectado a mejor:

“[...] Aunque no sé si ese buen trato fue porque en esos momentos no llevaba el pañuelo en la cabeza. Pasa mucho que te ven con el pañuelo y se piensan que eres una inculta o no te respetan” (Entrevista propia, Nawall, 7 de noviembre de 2020)

Ante la violencia sufrida, Warda nos dice que después de su experiencia cuando le preguntamos si quiere tener más hijos nos dice lo siguiente:

“Yo a día de hoy tengo un trauma, me da miedo parir y pasar ese proceso [...] En ningún momento hubo ningún tipo de cariño ni nada, estuve sola con mi pareja y a mi en ningún momento se me enseñó a empujar. Me metían la mano y me decían cuánto había dilatado y me decían que tenía que empujar y ahí solo me decían que lo estaba haciendo mal [...]”
(Entrevista propia, Warda, 7 de abril de 2021)

6.4 El pudor

“El parto es un gran acontecimiento y todos los miembros femeninos de la casa, incluyendo a los más pequeños, están presentes, llenando la habitación donde tiene lugar. Ayudan a hacer recados, a preparar el té, y tocan y retocan en la anatomía de la futura madre. Los hombres, y los niños que han pasado la edad de mamar-alrededor de los dos años- son estrictamente excluidos, incluso del patio central de la casa”
(Kingsmill Hart, 1995)

Una de las cuestiones más señaladas por las madres entrevistadas durante el proceso del parto es el pudor y la vergüenza durante las diferentes revisiones médicas que se deben realizar y en especial durante el parto. Para abordar este término vamos a realizar una revisión pasando por tres formas de ver el pudor: en primer lugar, el pudor como algo vinculado al género, en segundo lugar, el pudor como una protección a la intimidad y finalmente, el pudor visto desde el Islam. En este último punto, usaremos información extraída de páginas de difusión del Islam.

6.4.1 El pudor de género

El pudor se debe vincular con la vergüenza de género que es una emoción que tiene su origen por un lado en la mirada cosificadora sobre el cuerpo de la mujer y por otro lado, la ruptura durante el parto con la imagen estereotipada de las mujeres donde se vuelven seres que pueden considerarse sucios, sin feminidad y ruidosos. Este pudor o vergüenza no se siente por primera vez en el momento del parto sino que es un elemento que está presente en la vida de las mujeres ya que es una de las características de la feminidad impuesta. Pero durante este proceso de convertirse en madre toma una especial relevancia entrecruzándose con la violencia obstétrica descrita anteriormente. En este contexto, las mujeres tienen este sentimiento por estar bajo una mirada que las objetiviza y convierte a los cuerpos de estas en objetos para los demás, sobre todo cuando son vistas por los hombres. Una mujer avergonzada si sufre violencia es más probable que se autocensure y no manifieste resistencia alguna por otro lado, este pudor también puede ser visto como una violencia en sí misma, en tanto que violencia patriarcal que sufren las mujeres en su día a día al ser vistas allá donde van como objetos. Como vemos, el pudor paraliza a las mujeres a hablar y señalar aquello con lo cual no están conformes, con el

fin de autoimponerse una disciplina que las haga cumplir con las ideas que se esperan de ella para ser una buena madre y mujer. Dicho de otro modo, las mujeres a través del pudor que les es impuesto pierden su agencia y parte de su poder de toma de decisiones, así la violencia obstétrica se sirve también de ello a su favor debido a que permite que las mujeres estén silenciadas. (Cohen y Korem, 2018).

6.4.2 El pudor para proteger la intimidad

A pesar de que en lo expuesto anteriormente vemos que el pudor puede ser considerado como algo negativo. A lo largo de este punto partiremos de que el pudor es un sentimiento que sirve para que las pacientes puedan mantener su intimidad protegida, de manera que también puede verse como algo positivo y que es signo de dignidad de las personas. Así estamos enfrentados a la visión del psicoanálisis desde donde se considera este sentimiento como algo que nos reprime. (Orellana-Peña, 2008).

La vergüenza y el pudor se manifiestan en los centros de salud en los momentos en los cuales hay que hacer exploraciones. Las pacientes conocen que en ciertas ocasiones estos exámenes físicos son necesarios para los diagnósticos y tratamientos para lo que deben mostrar partes que son consideradas íntimas si esto fuese necesario. Para que la paciente en estas circunstancias se sienta lo menos violentada posible se deben tomar varias medidas por el responsable sanitario: en primer lugar, que intervenga el menor número de personal médico o alumnos en prácticas y en segundo lugar, que la paciente sea informada de lo que se le va a hacer (Orellana-Peña, 2008). Este tipo de exploraciones físicas son también requeridas en los servicios de obstetricia tanto en las revisiones, como durante el propio parto lo que puede suponer el elemento violento para las madres. Este pudor puede también verse agravado por otras cuestiones culturales o religiosas, donde los cuerpos toman diferentes significados y juegan por tanto un importante papel en lo que a la percepción del embarazo y el parto se refiere, de manera que debe ser tenida en cuenta por parte de los sanitarios a la hora de atender a mujeres de origen migrante o que pertenecen a alguna religión en la que el cuerpo y el pudor toman un significado concreto.

La intimidad es un derecho que está estrechamente relacionado con el derecho a la dignidad. En nuestra constitución esta cuestión está recogida en varios artículos. En primer lugar, en el Artículo 18 de la Constitución Española: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.” (Art. 18, CE, p. 6). En segundo lugar, la dignidad está reflejada en el Artículo 10, considerándose un derecho y obligación fundamental: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” (Art. 10, CE, p.4).

6.4.3 El pudor en el Islam

Para las mujeres musulmanas el pudor es una cuestión que toma especial relevancia ya que tiene una vinculación religiosa. Para comprender mejor este sentimiento hemos hecho una revisión de algunas páginas web y *blogs* de difusión del Islam. En los últimos años se ha desarrollado una *Ummah* virtual gracias a la utilización de los medios de comunicación. Estos espacios están especialmente dirigidos a musulmanes que quieren ampliar sus conocimientos, pero también ofrecen información a aquellos que no son musulmanes con el fin de acabar con los prejuicios islamófobos que recaen sobre esta comunidad. De tal manera que las propias organizaciones e instituciones musulmanas, tienen páginas webs donde difunden información muy amplia y en diversos idiomas, desde árabe, inglés, turco, castellano o francés. Por otro lado, estas nuevas formas de comunicación contribuyen a la creación de una identidad común musulmana más allá de las fronteras al compartir un imaginario colectivo propio. Por lo tanto, este tipo de información puede ser muy relevante en el siglo XXI. (Varisco, 2010). De manera que en este apartado recogeremos la información extraída a través de estos medios donde se aborda la cuestión del pudor.

El término empleado para hablar de pudor es *Al-Haya*, que no debe ser confundido con el término *Al-Jayal*, que significa timidez. El pudor o *Al-Haya* es una sensación que es vista como una virtud noble la cual da prueba de que las personas tienen un buen corazón que les impide hacer cosas que pueden ser reprobables o malas. Esta condición pudorosa demuestra que la persona que cumple este requisito tiene una fuerte autoestima. El pudor se manifiesta ante Allah ya que los actos de los musulmanes pueden hacer que estos se sientan avergonzados ante Dios que puede castigarte por esto (Al-Haya, el pudor, 2003-2019). Por otro lado, ser pudoroso debe aplicarse en la forma en la que se está en el mundo, pasando por la forma en la que se habla la cual debe ser lo más moderada posible, hasta en las formas de vestir. Este sentimiento tan solo está presente en los seres humanos, ya que los animales carecen del sentido del pudor y se manifestó por primera vez cuando Adam y Hiba fueron conscientes de su desnudez en el Paraíso (*Yanna*), lo que les llevó a taparse con las hojas. En el Corán se relata así:

“121. Comieron de él, se les reveló su desnudez y comenzaron a cubrirse con hojas del jardín. Adán desobedeció a su Señor y se descarrió” Aleya 121

Por otro lado, no debemos perder de vista que este pudor se manifiesta ya no solo en las conductas siendo pudoroso al hablar o en el pensamiento, sino que también tiene una implicación en las formas de vestir tanto en hombres como en mujeres. Este asunto nos lleva al concepto de *hayib*, que significa el que se tapa (Maíllo, 2013). Respecto a la forma de vestir se considera que esta debe ser lo más modesta posible, con el fin de no llamar la atención en espacios públicos evitando exhibir el cuerpo. En el caso de las mujeres, una de las formas de expresar el pudor es a través del velo (Magaña y Diop, 2007). Cabe señalar que cuando estas ideas se aplican a elementos como la vestimenta y formas de comportarse se relaciona en castellano con el concepto de modestia como señala una de las entrevistadas:

“No es pudor. Para mi es una cuestión de modestia y protección. Es una obligación, aunque hay gente que entiende que no, pero para mi es una obligación tanto desde el punto de vista coránico como desde el punto de vista de la sunna. Desde las dos fuentes principales del derecho islámico, está ahí, entonces es una obligación” (Entrevista propia, Yusra, 2 de junio de 2021)

Estamos ante una manifestación de las prácticas religiosas en las propias técnicas corporales. Estas prácticas conforman un *habitus* religioso, que es el pensamiento y las acciones que se rigen por una serie de normas que emanan de la religión.

Paralelamente, en la sanidad española las mujeres pueden ser atendidas por hombres y mujeres en los diversos servicios de salud. Es cierto que existe un alto porcentaje de matrones y ginecólogas frente a los matrones y ginecólogos que son una minoría (en torno a un 15%), debido a los roles de género que existen tanto en la profesión de enfermería como dentro de la especialización para ser matrones y matronas (Martí, 2015). Esta cuestión puede ser una preocupación para aquellas mujeres más pudorosas que deben ser atendidas por hombres, especialmente en los servicios de ginecología y obstetricia. Algunas de las mujeres que hemos venido entrevistando nos han señalado esta cuestión:

“Creo que a los siete meses te hacen la prueba de estreptococo para saber si tienes eso. Yo soy musulmana y sé que esa prueba se hace en las partes íntimas. Te ponen un palito en las partes íntimas. Yo no quise y dije que prefería que me lo hiciera una mujer y me dijeron que solo estaba el chico que me atendía. Le debió sentar mal y empezó a decir que si veníamos exigiendo y que queremos que las cosas sean como nosotras queremos, que si me gustaba bien

y que si no me gusta es lo que hay y después me dijo que no quería que volviese a su consulta. Así que yo cogí y no volví. Como tenía sanidad privada cogí y busqué a las mejores ginecólogas de Madrid” (Entrevista propia, Amal, 9 de octubre de 2020)

“Me dieron con una mujer, pero después tuve que ir a la revisión y se me olvidó pedir que fuera mujer. Cuando llegué a la revisión y vi que era un hombre me sentí súper mal, mal. Solo verle. Es un hombre el que me va a tocar y yo me siento rara porque a mi el único hombre que me ha tocado es mi marido. Yo creo que él tampoco estaba cómodo al mirarme. Me sentí súper incómoda y rara. Con una mujer no es así. Pero con un hombre te sientes tocada por alguien exterior y yo sé que es su profesión, pero como invadida. No te relajas si es hombre. Yo me sentí a ver no como abusada porque nadie te está obligando a la fuerza, pero como que no me quedó otra. En mi interior no quería. Fue la única vez que me tocó un ginecólogo y no lo volvería a repetir, ya no por el tema de religión porque religiosamente no hay nada que decir, es su profesión. Como las intenciones son profesionales no pasa nada pero no sé si es un tema cultural o que... La mentalidad. Salí asqueada de mi misma” (Entrevista propia, Fati, 27 de marzo de 2021)

Esta mujer nos señala por tanto que no es un tema religioso al tratarse de un hecho que tiene una intención estrictamente médica, de manera que para la religión esta cuestión no es reprobable, pero a pesar de ello se siente incómoda. Nos encontramos entonces ante una transformación del *habitus* religioso que tiene como fin que este siga operando normalmente, ya que existen circunstancias bajo las cuales estas normas deben variar, por ejemplo, a través de las diferentes interpretaciones. De esta manera, la construcción de estas cuestiones también está estrechamente relacionada con la experiencia vivida (Vallverdú, 2012). Así por ejemplo, otra entrevistada nos señala que ella durante su proceso de parto sí se sintió incómoda, pero que a día de hoy no lo sentiría:

“También me tocó un hombre. La verdad es que sí que es un poco incómodo. Te da como vergüenza. A mí me pasó y es que te sientes más tranquila con una mujer como que te sientes más segura, ¿sabes? Pero a día de hoy no me daría vergüenza, se me ha ido la vergüenza” (Entrevista propia, Warda, 7 de junio de 2021)

Bahija, al trabajar en una organización en la cual tenía que acompañar a mujeres marroquíes a sus citas médicas también se dio cuenta de esto. Señala en primer lugar que existe

una diferencia entre la atención en Marruecos con la de España, donde las mujeres pueden ser atendidas por hombres. No lo cuenta de la siguiente manera:

“En Marruecos hay solo ginecólogos. Aquí lo que te toca te ha tocado. Un día acompañando a una mujer entramos y le dijeron que era un hombre. Ella me dijo que a ella no la podía ver un hombre. Hablé con ella y le expliqué que aquí el sistema no es como en Marruecos. Le dije que si ella era tímida y le daba cosa que se lo pensase y tomase una decisión. Otra opción es ir a una clínica privada y que te atienda una mujer. La chica al final empezó a pensar y como yo la intenté explicar y empoderarla un poquito al final me dijo que sí si entraba conmigo. Al final entró conmigo y se le quitó el tabú. Son cosas que suelen pasar.” (Entrevista propia, Bahija, 20 de abril de 2021)

Pero por otro lado, una de las madres entrevistadas al haber pasado por ese momento incómodo, nos dicen que ella ante esa situación hubiera preferido parir en casa, cosa que produce posteriormente una reacción de rechazo por parte de sus hijas que estaban delante cuando lo manifiesta. Esto nos lo contó de la siguiente manera:

“Con mi primer parto me tocaban mucho, mucho y yo protestaba. Cada vez que entraban me venían a tocar y yo ya dije que no. No dejo a nadie tocarme. Cuando tenga que nacer que nazca pero ya está. Me pusieron al final la epidural. Yo estaba muy asustada y como les dije que no me tocaran pues me pusieron la epidural. Muchos chicos jóvenes entraron también porque serían estudiantes y me tocaron demasiado, pero demasiado, hasta que dije que hasta aquí. Me negué. [...] En el último parto estuve esperando mucho hasta entrar al hospital porque no quería que me tocasen. Yo por mi hubiera dado a luz en casa” (Entrevista propia, Zohra, 30 de noviembre de 2020)

Ante esta situación el personal médico que trabaja en los sistemas de salud de sociedades donde está presente la multiculturalidad, es consciente. Manifiestan que es parte de la normalidad de su trabajo encontrarse con mujeres que prefieren ser atendidas por mujeres.

“No todas las mujeres son iguales. Hay algunas que son más pudorosas que otras porque el ginecólogo que las atiende es un hombre. Hay otras que tienen pudor pero no es tan evidente como otros. Yo creo que está relacionado con ser mujer y que en la religión musulmana y en la cultura árabe en general nosotras las mujeres que llevamos velo vamos muy tapadas para

que no nos vean otros hombres, por eso vamos tapadas. Aunque sea mujer la que te atiende da pudor que te miren. En la religión musulmana nuestras partes, aunque sea una mujer no es una cosa que se pueda enseñar. Si tienes que exponerte porque vas al médico y es hombre pues se pasa peor. Yo soy musulmana y llevo el velo y me da pudor ir al ginecólogo ya sea una exploración ginecológica o de mamas, me da pudor que sea hombre. Pero yo lo necesito. Sentiré pudor, pero necesito una atención. Hay mujeres incluso que llegan a rechazar que las vea un hombre sea el problema que sea el que tengan. He visto mujeres que han estado super, super incomodas porque están como tapándose todo el rato. La exploración ginecológica te hace sentir muy vulnerable y si encima eres pudorosa pues muchísimo más. Les damos una sábana para que se tapen y se tapan del todo, pero tenemos que explorarlas.” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

“En esterilidad somos 2 chicas y un chico y alguna vez tenemos algún problema. Tenemos que verlas dos o tres veces a la semana para hacer el control del ciclo. Alguna que prefieren que la explore alguna chica, pero es que eso no puede ser entonces lo asumen en esterilidad. porque no somos más. Pesa más el hecho de que quieren tener un hijo que te vea un hombre” (Entrevista propia, Virginia, 12 de febrero de 2021)

En el caso de el matrn entrevistado nos cuenta lo que hace cuanto se dan estos casos y que es algo que se percibe bastante en la poblaci3n de origen marroqu3:

“Se nota muchísimo desde que las llamas se quedan como preocupadas al verte. Si no hablan castellano se lo explicamos al marido cuando me presento y si no se lo digo a ellas. Tambi3n si es una revisi3n pues les digo que solo tengo que mirar la barriga, solo la barriga, que no hace falta nada m3s. Al final tienes que dar el consentimiento para todo, no puedes hacer nada si no quieren y sin explicar nada. [...] Al final lo asumes. Si est3 libre una de las chicas nos cambiamos. Alguna vez nos pas3 que era de noche y vino una mujer de urgencias, no quer3a que la atendiese yo y no hab3a ninguna compa3era y dijo que prefer3a esperar. Al rato ya vino y me dijo que la viera yo. Tampoco puedo obligarlas. Si est3 libre una compa3era no hay problema. Siempre se les explica que si se puede s3, pero hay veces que no se va a poder” (Entrevista propia, Marcos, 21 de mayo de 2021)

El personal sanitario nos se3ala que existen algunos procedimientos en los cuales las mujeres no sienten este pudor, ya que no hay que mirar directamente a las pacientes:

“Si es una ecografía transvaginal puedes poderlo y mirar solo a la pantalla para que se sientan lo menos intimidadas posibles o se apagan las luces. La ecografía vaginal es lo que menos intimidadas se sienten. Pero si es por ejemplo que tienen un bulto pues hay que hacerlo, el tiempo que requiera. Al final tienen una necesidad y por mucho pudor que sientan lo hacen y ya” (Entrevista propia, Fátima, 28 de abril de 2021)

Podemos entonces considerar que el pudor es algo que está muy presente en los centros de salud de tal manera que incluso el personal es consciente de ello. Cuando este sentimiento se manifiesta no hay herramientas para abordarlo, ni un protocolo de actuación a pesar de que el porcentaje de mujeres de origen marroquí y musulmanas que residen en nuestro país es elevado.

7. Conclusiones

**"Puede que todos seamos inmigrantes
cambiando una casa por otra
primero déjanos el útero por el aire
después los suburbios por una ciudad mugrienta
buscando una vida mejor
resulta que algunos de nosotros dejamos países enteros"
(Kaur,2018, p.131)**

Como hemos ido viendo hasta ahora la violencia obstétrica no es igual para todas las mujeres y uno de los factores que atraviesa esta forma de violencia en la diversidad cultural que no suele tenerse en cuenta cuando se aborda. Nos hemos centrado en una de las diferencias que han sido resaltadas por las madres y los sanitarios entrevistados, el pudor que no es la única. Durante el desarrollo de este trabajo nos hemos topado con líneas de investigación futuras que no hemos podido abordar pero que también se han puesto en relieve a la hora de realizar la investigación tales como la percepción del dolor y su expresión, el papel de la comunidad durante el parto, el embarazo y el postparto, el papel de la medicina tradicional en la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos, la lactancia o la idea de la virginidad.

La antropología por tanto debe recordar que no hay que perder de vista esa diversidad cultural cuando se habla de violencia obstétrica. Tenemos la responsabilidad de descolonizar la salud reproductiva y los estudios de género donde se reflexiona sobre la violencia obstétrica. Esto nos permitirá ver a las mujeres no como sujetos homogéneos y poder responder a sus diversas necesidades (culturales, religiosas, económicas, sociales...). Por lo tanto, es clave a la hora de analizar estas cuestiones la interseccionalidad, concepto presente a lo largo del trabajo expuesto.

Algo que es fácilmente observable en este trabajo, es que no se pueden hacer generalizaciones cuando hablamos de temas que tratan subjetividades y percepciones, como es el caso de la violencia obstétrica. Tampoco deberíamos por tanto considerar que todos los partos de las mujeres marroquíes son iguales ni que sus vidas están sujetas siempre a las mismas condiciones porque de ser así estaríamos cayendo en estereotipos que son una cárcel epistemología-existencial. Por lo tanto, este trabajo tan solo es el reflejo de las entrevistas realizadas a un número limitado de personas y por ello no pretende sentar cátedra, sino que

aspira a abrir camino para que se empiece a poner en valor otros elementos cuando se habla de las violencias contra las mujeres dentro de los servicios de salud reproductivos.

8. Bibliografía:

- Abdeslam Mohamed, I. (2017). El niño dormido o AR-Rāqid en el vientre de la gacela: Interculturalidad en el ámbito sanitario. Disponible en: https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/23956/009_033.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fecha de acceso: 21/04/2021
- Abu-Lughod, L. (2013). Do Muslim women need saving? Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=882af2d5-122f-4274-8546-841480e20264%40sessionmgr4008&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNNoaWImbGFuZz1lcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#> Fecha de acceso: 12/06/2021
- Adlbi, Sabai Sirin. (2016). *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Akal
- Ahmed, K. (2016). El cuerpo en el islam. Perifèria. Cristianisme, postmodernitat, globalització, 3(3). Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:3HwKIHxT4jMJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5 Fecha de acceso: 12/06/2021
- Aixelá, Yolanda. (2000). Mujeres en Marruecos: Análisis desde el parentesco y el género. Alborán bellaterra. Barcelona.
- Aixela, Yolanda. (2010). Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos. En Comelles, J.M.; Allué, X.; Bernal, M.; Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (Comps.) Migraciones y salud. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/33/33/78-1?inline=1> Fecha de acceso: 21/04/2021
- Al-Haya, el pudor. (2003-2019). Disponible en: <http://arabespanol.org/islam/morales/pudor.htm> Fecha de acceso: 26/05/2021
- Alonso, L. E., & Benito, L. E. A. (1998). La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa (Vol. 218). Editorial Fundamentos. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=eJ2x6-0wPn8C&oi=fnd&pg=PA15&dq=luis+enrique+alonso&ots=wOaV9J31fP&sig=RLdRiTsWSVYV9Z7H1CLlh1FvUU#v=onepage&q=luis%20enrique%20alonso&f=false> Fecha de acceso: 12/05/2021
- Alshboul, A. (2012). La cultura del cuerpo en el Islam (Nacimiento y muerte del cuerpo y la circuncisión). *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 34(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18126057012.pdf> Fecha de acceso: 15/04/2021
- Arias, E. (2018). Yihad y ramadán: el vínculo entre la yihad y el mes sagrado del islam en el fundamentalismo islámico. *bie3: Boletín IEEE*, (10), 1165-1188.
- Ben, Jelloun, Tahar.(1993) *Oración por el ausente*. Ediciones península. Barcelona.
- Benm'Barek, Meryem (2018). Sofia. Curiosa Films. Marruecos-Francia
- Berzaín Rodríguez, M. C., & Camacho Terceros, L. A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista científica ciencia médica*, 17(2), 53-

57. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf Fecha de acceso: 18/05/2021
- Bodelón, E. (2014). Violencia institucional y violencia de género. In Anales de la cátedra Francisco Suárez (Vol. 48, No. 0, pp. 131-155). Cátedra Francisco Suárez (Departamento de Filosofía del Derecho). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/230516134.pdf> Fecha de acceso: 12/06/2021
 - Botell, M. L., & Bermúdez, M. R. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog121o.pdf> Fecha de acceso: 12/05/2021
 - Camacaro M, Ramírez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf> Fecha de acceso: 06/06/2021
 - Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27, 114-122 Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2010.271.1451> Fecha de acceso: 04/06/2021
 - Cantet, M. N. (2014). *Efectos del Cumplimiento del Ramadán Durante el Embarazo sobre el Peso al Nacer con datos de África* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata). Disponible en : http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44705/Documento_completo_.pdf?sequence=3 Fecha de acceso: 12/04/2021
 - Cárdenas, R. (2002). Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gaceta Médica de México*, 138(4), 357-366. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf> Fecha de acceso: 12/06/2021
 - Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (24), 43-68. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872016000300043&script=sci_arttext&tlng=es Fecha de acceso: 08/05/2021
 - Chukri, Mohamed. (1982) *El pan desnudo*. Montesinos.
 - Cohen Shabot, S., & Korem, K. (2018). Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hypa.12428> Fecha de acceso: 22/05/2021
 - Collazos, W. P. (2009). La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder. *Revista Latinoamericana de bioética*, 9(17), 62-75. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1060/798> Fecha de acceso 08/05/2021
 - Conde-Puertas, E., Hernández-Herrerías, I., & Fajardo-Hervás, B. (2015). *¿ Es perjudicial el ayuno del Ramadán durante el embarazo*. *Matronas Prof*, 16(4), 9-14.

- Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-ayuno-ramadan.pdf> Fecha de acceso: 12/04/2021
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf> Fecha de acceso: 07/05/2021
 - Corrales, E. M. (2004). Maurofobia/islamofobia maurofilia/islamofilia en la España del siglo XXI. Revista CIDOB d'afers internacionals, 39-51. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/39008082.pdf> Fecha de acceso: 06/05/2021
 - Crenshaw, K. (1993). Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra mujeres de color. Platero, R. ed., Intersecciones: cuerpos y sexualidades en encrucijada. Madrid, 87-125. Disponible en: <http://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografiando-los-margenes-1.pdf> Fecha de acceso: 16/06/2021
 - da-Silva-Carvalho, I., & Santana-Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enfermería Global, 16(47), 71-97. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481> Fecha de acceso: 03/06/2021
 - Díaz, C. R. (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Prof, 12(3), 82-89. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/kristeller_revision-evidencias.pdf Fecha de acceso: 18/05/2021
 - El Parto es Nuestro, (2016), Informe Anual del Observatorio de la Violencia Obstétrica 2016. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf> Fecha de acceso: 14/06/2021
 - España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Régimen Jurídico del Sector Público [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
 - Esteban, M. L., Comelles, J. M., & Mintegui, C. D. (Eds.). (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Bellaterra.
 - Feixa, Carles (2008) Generación uno punto cinco. Revista de Estudios de Juventud, ISSN-e 0211-4364, N°. 80 (Ejemplar dedicado a: Juventud y diálogo entre Civilizaciones), págs. 115-127 Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/revista-80-capitulo-7.pdf> Fecha de acceso: 17/04/2021
 - Fink, H., & Hussmann, K. (2014). *Combatir la corrupción con estrategias sectoriales: Lecciones de la estrategia anticorrupción para el sector salud de Marruecos. U4 Practice Insight*. Disponible en: <https://open.cmi.no/cmixonlui/bitstream/handle/11250/2474953/Combatir%20la%20corrupci%C3%B3n%20con%20estrategias%20sectoriales%3a%20Lecciones%20de%20la%20estrategia%20anti%20corrupci%C3%B3n%20para%20el%20sector%20salud%20de%20Marruecos?sequence=1&isAllowed=y> Fecha de acceso: 30/04/2021
 - Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. Educación médica y salud, 11(1), 3-25. Disponible en:

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57285701/Foucault M. Historia de la medicalizacion.pdf?1535832688=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria de la medicalizacion.pdf&Expires=1623847325&Signature=Ih8g01RLbBpsljyGpaUyn9I8IEOA2HPQpE4eu13Xu45Nnu8xNB9D6d0-Yw9w6aJeZwDBWxV8rr1gD8qTpXfZEoPd7FPsvQ6eWceZoP9AZ6iYPqv9wR8FV NxzF5onVf8WlhtOOcI~C-ZWyUawA~zgaAJwC9~2LNnznPKWMAKi2wO4bpdpv4~YWJknzW18DNdyLjSdYaiyAiwILTbn-f9lXnyN~2uIisbH5PxoCE37Zl6CGG2zCfUuODzagEpMWf2J0frWakJmoDCZPAq0wmX3FhSguVQUCn5v8ODbXfXKlwLx-4MXs9~3dJnXP04GoPh3TgudrzJsiFETKxvjwt6lLQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57285701/Foucault_M._Historia_de_la_medicalizacion.pdf?1535832688=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria_de_la_medicalizacion.pdf&Expires=1623847325&Signature=Ih8g01RLbBpsljyGpaUyn9I8IEOA2HPQpE4eu13Xu45Nnu8xNB9D6d0-Yw9w6aJeZwDBWxV8rr1gD8qTpXfZEoPd7FPsvQ6eWceZoP9AZ6iYPqv9wR8FV NxzF5onVf8WlhtOOcI~C-ZWyUawA~zgaAJwC9~2LNnznPKWMAKi2wO4bpdpv4~YWJknzW18DNdyLjSdYaiyAiwILTbn-f9lXnyN~2uIisbH5PxoCE37Zl6CGG2zCfUuODzagEpMWf2J0frWakJmoDCZPAq0wmX3FhSguVQUCn5v8ODbXfXKlwLx-4MXs9~3dJnXP04GoPh3TgudrzJsiFETKxvjwt6lLQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA) Fecha de acceso: 15/06/2021

- Gallego, M. B. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado= Obstetric violence as a violation of autonomy and informed consent rights in pregnancy and childbirth. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251. Disponible en: <http://revistas.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view/5803/4483> Fecha de acceso: 19/05/2021
- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de estrategia*, (183), 147-168. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797> Fecha de acceso: 12/04/2021
- García García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf Fecha de acceso: 05/05/2021
- Gennep, Arnold (2008). *Los ritos de paso*. Alianza Editorial. Madrid
- González Vázquez, A. (2008): “La idea del “niño dormido” (raqed): Embarazo, estrategias sociales femeninas e Islam en el norte de Marruecos”. *El Pajar, Cuaderno de Etnografía Canaria*, nº 25: 167-175. Disponible en: https://www.academia.edu/264179/La_idea_del_ni%C3%B1o_dormido_raqed_Embarazo_estrategias_sociales_femeninas_e_Islam_en_el_norte_de_Marruecos?auto=download Fecha de acceso: 21/04/2021
- Gurrutxaga, M. I. U. (2015). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes. Análisis cualitativo de las representaciones sociales de mujeres y profesionales de la salud (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha). Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=IWMh%2BHn5r%2F8%3D> Fecha de acceso: 16/06/2021
- Gutiérrez, A. B. (2004). Poder, hábitos y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista complutense de educación*, 15(1),

- 289-300. Disponible en: <http://sociopuan.com.ar/wp-content/uploads/2018/10/Gutierrez.pdf> Fecha de acceso: 12/06/2021
- Ibrahim, Abdelkader (2004). Una Breve Guía Ilustrada para entender el Islam. IIPH. Disponible en: https://d1.islamhouse.com/data/es/ih_books/single/es_Brief_Illustrated_Guide_To_Understanding_Islam.pdf Fecha de acceso: 17/06/2021
 - Instituto Nacional de Estadística (2020) Población extranjera por sexo, comunidades y provincias y nacionalidad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px> Fecha de acceso: 09/06/2021
 - Iturralde, C. (2013). Ingesta de nutrientes, estado nutricional y representaciones sociales en las personas que profesan la religión islámica y realizan el ayuno de Ramadán.
 - Kaur, Rupi (2018) *El sol y sus flores*. Seix Barral. Los tres mundos. España
 - Kingsmill Hart, Ursula. (1995) Un parto en el Rif. Revista El Vigía de Tierra. p.77-82 Disponible en: https://www.melilla.es/melillaportal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_19168_1.pdf Fecha de acceso: 15/06/2021
 - Lacoste-Dujardin, C. (2008). *La maternité en Islam*. Lectora: revista de dones i textualitat, (14), 13-30. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/lectora/article/view/7141/9045> Fecha de acceso: 13/04/2021
 - Lamrabet, Asma (2009) *Aisha, esposa del Profeta: el Islam en femenino*. Junta Islámica
 - Llopis, C. M. (2016). *Cultura del nacimiento: transmisión oral de los cuidados y creencias tradicionales. (estudio comparativo de la cultura marroquí y valenciana)*” (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir). Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=HhnUxtnZyY0%3D> Fecha de acceso: 30/04/2021
 - Luque Fernández, M. A., & Oliver Reche, M. I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. *Index de enfermería*, 14(48-49), 9-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es Fecha de acceso: 24/05/2021
 - Macipe Costa, R. M., Gimeno Feliu, L. A. (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 299-319. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n50/13_colaboracion1.pdf Fecha de acceso: 09/06/2021
 - Magaña, M. E., & Diop, M. S. (2007). El significado del velo en el Islam. *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*, (14/15), 271-280. Disponible en: <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/286/283> Fecha de acceso: 02/06/2021

- Maíllo, Felipe. (2013) *Diccionario de historia arabe & islámica*. Abada editores. Madrid
- Martí, V. B. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería global*, 14(1), 328-334. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/reflexion1.pdf> Fecha de acceso: 24/05/2021
- Mateo, Josep Lluís (2010) *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*. Edicions bellaterra. Barcelona
- Mauss, Marcel (1934) *Técnicas y movimientos corporales*. Sociedad y Antropología. Madrid. Tecnos
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464. Disponible en: http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/el-rol-del-psicologo-en-el-equipo-interdisciplinario-de-salud/modelo_medico.pdf Fecha de acceso: 31/05/2021
- Mernissi, Fátima. (1986). *Marruecos a través de sus mujeres*. Ediciones del oriente y el mediterraneo. Madrid.
- Mijares, L., & Ramírez, Á. (2008). Mujeres, pañuelo e islamofobia en España: un estado de la cuestión. In *Anales de Historia Contemporánea* (Vol. 24, pp. 121-135). Disponible en: <https://asamblea-sanlorenzo-escorial.tomalosbarrios.net/files/2012/02/2573102.pdf> Fecha de acceso: 06/05/2021
- Muñoz, J. G. (2018) El hijab: ¿Símbolo de opresión religiosa o lucha anticolonial? Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61103541/ANAIS_p.34620191102-1915-1ivofn.pdf?1572711576=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEL_HIJAB_SIMBOLO_DE_OPRESION_RELIGIOSA_O.pdf&Expires=1623661064&Signature=T6LHbeqwkHd4MrlKmd~XypM0HXhVywlgSp2e3yaVbJu5c3EJF4uVw-iONoAPTZCXO8wnKqMD7HzbauoR~VAq~-X9bBPjba2PhP~Id7~DX--~c-P4TysM4rJ1HazWxsk51NimVoPypqq-6GLuAvNyflZb3XN5WQ6eL8mH-g-0ASCsAqiuSPDSHUqqh7VjL1WBtSQOGdRF4McYdbnX2N0DLVQ0gpSmrO35CYYuI97EOeeu4qBy3wJaWb~ssR2OQQWUwI7ifoX0aTuFNuv24IXvINmobxc9YHnGIYG9MPFALjnOuLWcIV~vcRPnbEg2BO4Ju77ccZGmoqpc-OzI67AEkQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA Fecha de acceso: 12/06/2021
- Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales* (Vol. 14). Editorial CSIC-CSIC Press.
- Observatorio del pluralismo religioso en España, 2011. Guía de apoyo a la gestión pública de la diversidad religiosa en el ámbito de la alimentación. Madrid. Disponible en: https://www.pluralismoyconvivencia.es/wp-content/uploads/2018/12/Guia_alimentacion.pdf Fecha de acceso: 11/04/2021
- Orellana-Peña, C. (2008). Intimidad del paciente, pudor y educación médica. *Persona y Bioética*, 12(1), 8-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v12n1/v12n1a02.pdf> Fecha de acceso: 24/05/2021

- Quesada, J. M. (2005). El Corán como fuente de derecho en el Islam. *Cuadernos de historia del derecho*, (11), 327-338. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Uqq7Ff9WGbWJ:scholar.google.com/+aleya+islam&hl=es&as_sdt=0,5 Fecha de acceso: 25/04/2021
- Ramírez, A. (1998) Migraciones, género e islam. Mujeres marroquíes en España. Ediciones mundo árabe e islam. Agencia Española de Cooperación Internacional. Madrid.
- Reche, M. I. O., & Juez, M. C. V. (2002). *La mujer y la salud reproductiva en Marruecos*. *Matronas profesión*, 3(7), 26-32. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol3n7pag26-32.pdf> Fecha de acceso: 21/04/2021
- Rodríguez, M. I. B. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, (42) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1248272> Fecha de acceso: 04/06/2021
- Royo, Enric. (2003). *Salud sexual y reproductiva en Marruecos. Políticas y cooperación*. Barcelona: Fundación CIDOB. Disponible en: https://www.cidob.org/layout/set/print/publicaciones/serie_de_publicacion/monografias/monografias/salud_sexual_y_reproductiva_en_marruecos_politicas_y_cooperacion Fecha de acceso: 21/04/2021
- Rubio Rico, L., & Ferrater Cubells, M. (2006). *Los conceptos de salud y enfermedad contenidos en el Corán. Cultura de los cuidados*, año X, nº 20, 2º semestre 2006; pp. 122-128. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/874/1/culturacuidados_20_17.pdf Fecha de acceso: 11/04/2021
- Ruiz Miguel, C. (2002). La configuración constitucional del derecho a la intimidad. Disponible en: <https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf> Fecha de acceso: 14/06/2021
- Said, Edward. (2016) [1978] *Orientalismo*. Debolsillo
- SANDÍN VÁZQUEZ, M., Moya-Palomares, M. E., & Tena Gracia, E. M. (2011). Diagnóstico de Salud Comunitario en la población rural de Hassilabied (Marruecos). *Higiene y Sanidad Ambiental*, 11, 770-779. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/M-Moya-Palomares/publication/281585856_COMMUNITY_HEALTH_DIAGNOSIS_IN_RURAL_POPULATION_OF_HASSILABIED_MOROCCO/links/55eebad808aef559dc43d63d/COMMUNITY-HEALTH-DIAGNOSIS-IN-RURAL-POPULATION-OF-HASSILABIED-MOROCCO.pdf Fecha de acceso: 21/04/2021
- Saubidet, A., & Azaretto, C. (2019). Sobre otras formas de intercambio no capitalista (Mauss, Lacan, Lévi–Strauss y Bataille)(potlatch, don y hau). In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*.

- Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Disponible en:
<https://www.aacademica.org/agustina.saubidet/36> Fecha de acces: 02/06/2021
- Segura, A. (2011). *El malentendido de la "sharía"*. Disponible en:
https://www.almendron.com/politica/pdf/2003/reflexion/reflexion_0165.pdf Fecha de acceso: 25/04/2021
 - Spivak, G. C., & Riach, G. (2016). Can the subaltern speak? (p. 254). London: Macat International Limited. Disponible en : "spivak can the subaltern speak - Google Académico"
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=spivak+can+the+subalter+n+speak&oq=spivak+#d=gs_qabs&u=%23p%3DHTjPIEWK0_YJ Fecha de acceso: 08/06/2021
 - Suárez, H. J. (2006). Pierre Bourdieu y la religión: una introducción necesaria. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 27(108), 19-27. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/137/13710802.pdf> Fecha de acceso: 08/06/2021
 - Tersteeg, S. M. (2018). La consideración de la otredad, la autorrepresentación y la agencia de las mujeres musulmanas en 'Las Novias de la Yihad'(2017), de Ángela Rodicio (Master's thesis). Disponible en:
https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Xf4x-sfow1MJ:scholar.google.com/+agencia+mujeres+musulmanas&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1 Fecha de acceso: 05/05/2021
 - UCIDE (2019) Estudio demográfico. Disponible en: <https://ucide.org/wp-content/uploads/2021/01/Estudio-demografico-2019.pdf> Fecha de acceso: 13/04/2021
 - Valcarcel, M. S. (2014). Sierva de Allah: cuerpo, género e Islam. Disponible en:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/52254/CONICET_Digital_Nro.9e62f3fd-ff97-4d58-9abb-b017a8833e06_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y Fecha de acceso: 15/04/2021
 - Vallverdú, J. (2012). El poder sobre el cuerpo y el poder del cuerpo religioso: dos casos para la comparación. *Disparidades. Revista de Antropología*, 67(1), 209-240 Disponible en: <https://doi.org/10.3989/rdtp.2012.08> Fecha de acceso: 09/06/2021
 - Varisco, D. M. (2010). Muslims and the media in the blogosphere. *Contemporary Islam*, 4(1), 157-177. Disponible en:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11562-009-0106-y.pdf> Fecha de acceso: 08/06/2021
 - Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/381/38142136003.pdf> Fecha de acceso: 12/06/2021

Anexos:

Anexo 1: Tabla entrevistadas/os:

Nombre	Características adscritas y adquiridas	Fecha entrevistas
Amal	Madre de 29 años con dos hijos. Reside en Algeciras pero ha vivido también en Madrid y Zaragoza. Su familia procede de Sidi Slimane	9.10.2020 14.01.2021 07.04.2021
Zohra	Madre de 52 años y tiene 3 hijas. Reside en el municipio madrileño de Tres Cantos. Casada con un hombre de origen español. Es de Tetuán.	30.10.2020
Sara	Hija de Zohra. Estudiante universitaria	30.10.2020
Warda	Madre de 23 años con un hijo. Reside en un municipio de la sierra de Madrid.	07.04.2021 27.04.2021
Houda	Madre de 35 años que ha tenido 5 hijos. Reside en Sevilla y procede de Casablanca	03.11.2020
Malika	Madre de 57 con 2 hijas. Reside en el municipio madrileño de Soto del Real y trabaja haciendo intervención social en la zona. Su familia es de Casablanca.	05.11.2020
Yusra	Joven estudiante de derecho. Reside en un municipio de la sierra de Madrid. Tiene 22 años. Su familia procede Bni Hadifa (Alhucemas)	17.11.2020 07.04.2021 02.06.2021
Nadia	Madre de 25 años con un	06.11.2020

	solo hijo. Auxiliar de enfermería y estudiante de Educación Infantil	14.06.2021
Salyma	Madre de 23 años con un hijo	06.11.2020
Ikram	Joven de 23 años estudiante universitaria. Reside en Madrid y su familia procede de Nador y de Mekdes.	22.11.2020
Nawall	Madre de 22 años con un hijo. Reside en Móstoles.	07.11.2020
Saida	Madre de 22 años. Reside en Navalcarnero y su familia es de Alhucemas.	29.03.2021 04.04.2021
Wassima	Madre de dos hijos y hermana de Yusra. Reside en Bélgica.	18.11.2020
Fati	Madre de 24 años con un hijo. reside en Bélgica y su familia es de Tánger.	30.05.2021
Bahija	Madre de 59 años con dos hijos. Trabajó acompañando a mujeres marroquíes a los hospitales de la provincia de Toledo con una organización no gubernamental. Reside en Torrijos (Toledo). Su familia es de Larache.	21.04.2021
Sabrin	Joven hija de Bahija.	21.04.2021
Samira	Madre de 1 hijo. Residente en el municipio de Galapagar	15.05.2021
Virginia	Ginecóloga. Trabaja en la consulta de fertilidad.	22.11.2020
Fátima	Matrona. Trabaja en Tarragona. Su familia es de origen marroquí.	28.04.2021
Matrona 1	Matrona. Trabaja en un hospital de Madrid. Trabaja sobre todo en paritorio. Da	12.04.2021

	clases de preparación al parto y hipn parto. Actualmente realiza un máster en terapia sexual y pareja.	
Ruth	Matrona en un hospital de la Comunidad de Madrid.	12.04.2021
Asunción	Auxiliar de enfermería en un hospital madrileño.	
Marcos	Matrón que trabaja en un hospital madrileño.	21.05.2021

Anexo 2: Mapa lugar de origen de algunas de las mujeres que hemos entrevistado o de su familia:



Anexo 3: Guiones entrevistas

3. 1 Guión entrevistas al personal médico:

- **Seguimientos médicos:**

- ¿Acuden a sus citas?
- ¿Cómo se desarrollan las citas de seguimiento?
- ¿Qué cuestiones pueden ser problemáticas?
- ¿Qué dudas plantean en sus citas?

- **Acompañamiento:**

- ¿Quién las acompaña a las consultas?
- ¿Quién las acompaña el día del parto?
- En el caso de tener más hijos, ¿los llevan a las consultas?
- ¿Qué dudas tienen los acompañantes?

- ¿Qué visitas reciben? ¿Van familiares?
- ¿Las mujeres muestran o manifiestan la necesidad de acompañamiento por parte de la familia al tenerla en su país de origen?
- **Problemáticas derivadas de la comunión:**
 - ¿Existen problemas derivados del desconocimiento del castellano?
 - ¿Sus acompañantes conocen el idioma?
 - En el caso de haber problemas de comunicación, ¿qué se hace?
- **Preferencias**
 - ¿Qué preferencias tienen algún tipo de preferencia a la hora de parir?
- **Percepción del dolor**
 - ¿Es diferente a las mujeres de origen español?
 - ¿Crees que soportan mejor o peor el dolor?
 - Uso epidural
- **Pudor:**
 - ¿Crees que el pudor es una cuestión importante para ellas?
 - ¿Alguna vez has sentido que alguna mujer de origen marroquí esté incómoda al tener que hacerle alguna revisión?
 - ¿Crees que se sienten más cómodas con el personal médico femenino?
 - ¿Alguna vez te han expresado incomodidad?
 - Si ves que una mujer está incómoda con respecto a esta cuestión, ¿haces algo para solucionarlo o sigues tu trabajo de forma normal?
- **Tradición cultural propia de las mujeres de origen marroquí:**
 - ¿Conoces algún tipo de rito o tradición con respecto al parto en Marruecos?
 - ¿Sabes si se preparan al parto de alguna manera en especial: por ejemplo comiendo algún alimento en concreto? Dátiles, guisos tradicionales...
 - Una mujer me comentó en una de las entrevistas que en Marruecos últimamente los partos que se estaban dando eran en su mayoría por cesárea. ¿Por qué crees que se produce esto?
 - Algunas mujeres que han nacido en Marruecos, han nacido en sus propias casas, ¿crees que algunas siguen prefiriendo parir en casa que en hospitales? ¿Te han manifestado alguna vez esto?
 - Una vez que el bebé ha nacido en el islam se lleva a cabo un rito de paso que debe realizar el padre, ¿alguna vez lo has visto?
- **Conclusiones:**
 - ¿Crees que las diferencias culturales son algo que hay que tener en cuenta a la hora de tratar un paciente?
 - ¿Crees que en los hospitales se pueden dar actitudes racistas por parte del personal médico? ¿Alguna vez has visto una actitud racista?

- ¿El personal médico debería conocer algunas de las tradiciones y formas de pensamiento de las personas que tratan?
- ¿Se hacen comentarios positivos o negativos entre el personal médico cuando hay mujeres de origen marroquí en los centros de salud?
- ¿Qué cosas se podrían mejorar en la atención al parto con respecto a la multiculturalidad?

3.1 Guión entrevista mujeres de origen marroquí:

1. Explicame tu parto/tus partos
2. ¿Usaron fórceps, ventosas...?
3. ¿Cómo fueron las revisiones médicas durante el embarazo?
4. ¿Quién te acompañaba?
5. ¿Cómo te preparaste para el parto durante el embarazo?
6. ¿Qué consejos te daban en tu casa durante el embarazo?
7. ¿Comiste durante este proceso algo especial?
8. ¿Te pidieron permiso cuando tuvieron que hacerte alguna intervención?
9. ¿Te sentiste incómoda en algún momento?
10. ¿En algún momento te atendió un hombre? ¿Cómo te sentiste?
11. ¿Cómo han sido los partos en tu familia (madres, abuelas, tías...)?
12. Comparación entre los partos de otras personal de la familia con el propio
13. ¿Te hicieron algún comentario que te incomodase?
14. ¿Cómo ha cambiado tu vida siendo madre?
15. ¿Quieres tener más hijos después de las experiencias que has tenido?
16. ¿Qué cosas podrían haber mejorado durante tu embarazo y tu parto?

Anexo 4: Glosario

1. Sunna: “Propiamente remite en el islam al modo de actuar del Profeta, a sus costumbres, dichos y hechos; también el término se aplica a todo uso en vigor en el islam primitivo relativo a un punto de derecho o de religión, sin tener en cuenta la cuestión de si acerca de ese punto había existido una comunicación verbal del Profeta o no.” (Maíllo, 2013, p. 236)
2. Potlatch: Intercambio de dones no capitalista (Saubidet y Azaretto, 2019)

3. Aleya (‘aya, signo, testimonio), es la unidad textual más pequeña del Corán (Quesada, 2005, p.7)
4. *Ummah*: “Comunidad, comunidad de los musulmanes. La palabra umma connota, a través de la noción de madre” (Maíllo, 2013, p.261)
5. *Eid al Fitr*: Fiesta del cordero o fiesta del fin de Ramadán
6. Sharia: “La sharia o el fiqh, es decir, el derecho de los musulmán clásico , que “es un corpus de reglas jurídicas que trata de todos los problemas de la vida en sociedad (Segura, 2011, p.1)
7. Episiotomía: “La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal [...] Actualmente su utilización se ha puesto en duda” (Berzaín y Camacho, 20014, p.53)
8. Maniobra de Kristeller: “La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la descubrió en 1867”. Consiste en poner presión con las manos en las contracciones que son más débiles.
9. Hijab: Velo islámico (Muñoz, 2018)