

Las decisiones en materia de
contracepción e interrupción
voluntaria del embarazo
en mujeres y hombres
inmigrantes latinoamericanos
en la Comunidad de Madrid

GEA 21

Madrid, 10 de marzo de 2008

INDICE

1. Planteamiento y objetivos	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.2. Objetivos de la investigación	6
2. La interrupción voluntaria del embarazo en cifras en la CAM, entre las nacionalidades estudiadas	11
3. Metodología de la investigación empírica	14
3.1. Alternativas metodológicas en la investigación sobre el aborto.....	14
3.2. Planteamiento de partida de la investigación cualitativa empírica.....	17
3.3. Estructura metodológica de las entrevistas abiertas en profundidad.....	20
3.4. El trabajo de campo con las mujeres que han abortado.....	22
4. Algunos conceptos teóricos	24
4.1. Modelos teóricos sobre la inmigración.....	24
4.2. Modelos teóricos sobre la anticoncepción y la contracepción	27
4.3. El aborto entre los inmigrantes y sus causas como realidad multidimensional y compleja.....	35
4.4. Una posible tipología de la interrupción voluntaria del embarazo.....	36
4.5. Hipótesis previas para explicar los abortos	40
5. Modelos de familia entre los emigrantes latinoamericanos	46
5.1. Pareja, soltería, matrimonio e hijos: un modelo patriarcal en descomposición.....	46
5.2. La familia en España: el hijo como objeto de deseo.....	52

5.3. Familias transnacionales	54
5.4. Emigración y parejas: una gran crisis sentimental.....	56
5.5. La epidemia de las libertades nuevas y el cambio cultural	58
5.6. Ambigüedad y dilemas de responsabilidad en las relaciones de género.....	60
5.7. La nueva pareja tras el asentamiento de la emigración: el adiós al viejo machismo.	63
6. Experiencia migrante y planificación familiar. El contexto de la decisión en torno al aborto.....	65
6.1. Las dos caras de la planificación: el acá y el allá, el futuro y el presente de los planes	65
6.2. Sexualidad y pareja: la pérdida del contexto de la reproducción.....	68
6.3. El entorno de la decisión sobre la interrupción del embarazo	73
6.4. Opiniones y valores en torno al aborto	78
6.5. Las motivaciones para el aborto.....	80
7. Experiencia migratoria y planificación familiar: los anticonceptivos	83
7.1. La anticoncepción y el riesgo: ¿asunto de mujeres?.....	83
7.2. El preservativo.....	86
7.3. Métodos “combinados” y “naturales”: el preservativo, el calendario y la marcha atrás.....	88
7.4. Métodos hormonales: la píldora	90
7.5. Métodos hormonales: parches e inyecciones.....	91
7.6. DIU o Te de cobre	92
7.7. Píldora postcoital	93
7.8. Diafragma y métodos de barrera	93
7.9. La posición moral de los anticonceptivos.	94
8. La relaciones con el sistema sanitario entre los inmigrantes latinoamericanos.....	99
8.1. El sistema de asistencia sanitaria pública y los inmigrantes.....	99
8.2. El sistema sanitario y las IVE	110

8.3. La atención específica a las inmigrantes de mayor precariedad y riesgo.....	115
9. Recomendaciones	119
9.1. Consideraciones previas y enmarcado.....	119
9.2. Cinco tipos de acciones para acometer desde el Instituto de Salud Pública	121
10. Síntesis de conclusiones	145

1. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

1.1. Antecedentes

El presente informe es resultado del trabajo de un equipo de investigación de GEA21, empresa de estudios sociológicos y de apoyo a la planificación de políticas públicas radicada en Madrid, como respuesta a una demanda concreta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La petición fue formulada a través del Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública.

Este trabajo de investigación versa sobre distintos aspectos de la relación entre los y las inmigrantes latinoamericanos y la salud reproductiva entendida en un sentido amplio. Se juzgó necesaria su investigación para obtener una mejor comprensión desde el punto de vista de la salud pública. Tal como se recoge en el pliego de condiciones técnicas para la elaboración del estudio, la necesidad fue avalada por el Programa de Salud Pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad. Este programa *"tiene como objetivo general contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y fomentar la equidad incluyendo a los colectivos más vulnerables, con especial énfasis en población inmigrante y de etnia gitana, en los programas de Salud Pública"*.

El Programa considera como objetivo clave el *"fomentar actitudes y comportamientos preventivos y saludables en población inmigrante en el marco de los Planes y Programas de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo"*. Pero la investigación desborda los meros objetivos de salud pública, y se introduce también en políticas sociales más generales. De este modo se relaciona con el Plan de Integración 2006-2008 de la Comunidad de Madrid, que en relación con la salud establece como un objetivo específico el *"promover la elaboración e implantación de medidas de prevención, promoción y educación de la salud, haciendo especial atención a las que van dirigidas a las mujeres, a los niños y a los jóvenes inmigrantes"*. Entre otras actuaciones, propone la elaboración de programas de promoción de la salud de la mujer y del recién nacido, como son la planificación familiar, seguimiento del embarazo y del parto, la atención al recién nacido, un "programa del niño sano", y la promoción de la salud en el ámbito escolar y de la sexualidad juvenil.

Al parecer, la información sobre distintos aspectos de la salud reproductiva de las personas inmigrantes es escasa. Por ejemplo, no se dispone de suficiente información sobre el grado de conocimiento y de utilización de métodos anticonceptivos por parte de los distintos colectivos de inmigrantes, o de las barreras reales que puedan existir para la utilización de los mismos. Es notorio también que asistimos a un incremento importante

del número de interrupciones voluntarias del embarazo registradas en la CAM en los últimos años y, en relación con este fenómeno, acontece que hay un importante y creciente porcentaje de mujeres de origen extranjero a las que se les practica una interrupción voluntaria del embarazo.

Se considera prioritaria la movilización de acciones desde Salud Pública en el área de la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género, que sean adecuadas a las necesidades en esta materia de los distintos colectivos de personas procedentes de otros países, y que actualmente residen en nuestra Comunidad. Con el fin de fundamentar, orientar y definir estratégicamente las diferentes acciones a realizar desde el Programa sobre colectivos inmigrantes, *“se propuso la realización de un estudio para conocer las decisiones en materia de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y hombres inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid”*.

La demanda de investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo se centra concretamente en el colectivo inmigrante latinoamericano. Propone una metodología cualitativa (entrevistas en profundidad, grupos de discusión). Y define también un marco de colaboración con otros departamentos y programas, en concreto el Programa de Promoción de Salud de las Mujeres y el Programa de Evaluación de Factores Socioculturales asociados a la Educación para la Salud.

Esta triple demarcación apunta a un objetivo principalmente comprensivo, es decir, que permita alcanzar explicaciones antes que descripciones completas de lo que está ocurriendo. La investigación cualitativa se orienta sobre todo al conocimiento de las motivaciones predominantes de los sujetos investigados, e intenta acceder a una dimensión estructural de los comportamientos y actitudes a través del análisis psicosociológico, después de haber escuchado los relatos de los actores acerca de sus propias experiencias. Desde esta comprensión, propone después determinadas acciones políticas que vayan de algún modo en consonancia con estas motivaciones y estructuras actitudinales, que podríamos definir de un modo laxo como "marcos socio-culturales".

La delimitación restrictiva al colectivo latinoamericano (y a una fracción del mismo dentro de él) persigue centrar la cuestión en una dimensión manejable, desde el punto de vista de esta misma comprensión, que no puede ser infinita. Si se hubiese optado por introducir simultáneamente todos los colectivos inmigrantes se hubiese añadido una dimensión de complejidad muy grande, y probablemente excesiva.

Finalmente la mención preliminar de una perspectiva multiprograma dentro de la Consejería de Sanidad y Consumo orienta el trabajo de investigación para que sea una "herramienta multifuncional", es decir, que está destinada a ser leída por usuarios relativamente diversos dentro de la propia estructura institucional de la CM. Parece razonable por tanto hacer uso de diferentes perspectivas sobre la misma cuestión, así

como articular propuestas aprovechables desde múltiples instancias de la acción planificadora en temas de Salud Pública.

GEA 21 se complace en llevar a cabo este trabajo y presentar ahora este informe, que nos parece de gran relevancia en el momento actual debido a los importantes cambios que el fenómeno migratorio está introduciendo en el escenario sociopolítico. Esperamos que nuestra investigación contribuya no solamente a delinear sobre bases más objetivas las políticas de salud pública, salud de la mujer y educación para la salud, que es el resultado deseado en primera instancia, sino que aporte también algunas bases realistas para la comprensión del fenómeno migratorio y para la acción político-social hacia estos nuevos colectivos, quienes, poco a poco, se incorporan no solamente al paisaje humano de nuestra Comunidad, sino al quehacer colectivo en muchas de sus facetas.

1.2. Objetivos de la investigación

Más allá de estos objetivos implícitos de tipo sociopolítico, la formulación del objetivo inicial de la investigación fue explícitamente muy simple, y se resumía en esta frase de alcance general:

"Incrementar el conocimiento de las necesidades en materia de salud sexual asociadas a la concepción y contracepción en mujeres y hombres inmigrantes económicos latinoamericanos residentes en la Comunidad de Madrid, con especial atención a la identificación y comprensión de las dificultades y los obstáculos que se presentan para hacer efectiva la protección anticonceptiva".

A esta formulación genérica le seguía una articulación de objetivos específicos clasificados en cuatro epígrafes:

- El primero se dirige a *comprender la sexualidad y las pautas reproductivas de los inmigrantes latinoamericanos.*
- El segundo recoge aspectos relacionados con las *prácticas contraceptivas y las necesidades en este aspecto.*
- El tercero apunta al *proceso de la IVE, sus circunstancias y determinaciones.*
- Y el cuarto explora las *relaciones entre los inmigrantes latinoamericanos y el sistema sanitario español en lo tocante a salud reproductiva y sexual.*

Reproducimos a continuación de modo resumido y retocado el esquema de objetivos específicos que se encontraba expreso en el pliego de condiciones técnicas.

1. Identificar actitudes y pautas de comportamiento relevantes en materia de relaciones de pareja, sexualidad y reproducción, con especial atención a los elementos culturales

("que vienen de allá") y elementos situacionales ("que se reformulan acá"). En especial:

- Cómo viven y sienten las mujeres y los hombres inmigrantes latinoamericanos su *sexualidad*.
- Cómo se configuran las *relaciones de género* al respecto, particularmente en lo relacionado con *la toma de decisiones asociada a la concepción y la contracepción*.
- Cómo se adoptan los *roles y responsabilidades asociados a la maternidad y la paternidad*.
- Cuál es el grado de *corresponsabilidad de los hombres* en la sexualidad y en la reproducción.
- Cuál puede ser la *influencia particular de la experiencia migratoria* en lo relativo a la sexualidad y la reproducción.
- Hacia dónde apuntan las *dinámicas de cambio* respecto de la sexualidad y la reproducción en mujeres y hombres, *en relación con el tiempo de estancia* en España.

2. Identificar necesidades percibidas por las mujeres y los hombres del colectivo inmigrante latinoamericano en materia de contracepción.

- Motivaciones, actitudes, hábitos y pautas de *comportamiento en materia de contracepción*.
- *Elección y gestión del método anticonceptivo: papel de hombres y mujeres*, por separado y en el seno de la pareja.
- *Conocimiento y uso* de los métodos anticonceptivos. Accesibilidad percibida de los mismos.
- *Actitudes hacia los distintos métodos anticonceptivos* y valoración de los mismos.
- *Percepciones y prácticas* sobre su seguridad e inseguridad. *Creencias, mitos, prejuicios* asociados a los métodos anticonceptivos.
- Identificación de *factores que favorecen u obstaculizan el desarrollo de conductas de contracepción* (de todo tipo: emocionales, religiosos, morales, culturales, socioeconómicos, de relaciones de poder con relación al género, etc.).
- *El acá y el allá: pautas culturales previas* en materia de anticoncepción y percepciones acerca de la cultura española que les acoge.

3. Explicar las motivaciones, las actitudes y las pautas de comportamiento asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

- *Entorno de la IVE: el embarazo no deseado. Causas atribuidas y circunstancias asociadas (desconocimiento, descuido, fallo, rechazo del método anticonceptivo, etc.).*
 - *La decisión de abortar: motivos, razones y circunstancias que justifican la interrupción del embarazo o que favorecen su continuación.*
 - *Agentes que intervienen en el entorno de la toma de decisión (la propia mujer, la pareja masculina, familiares, amigos, etc.).*
 - *Informaciones, creencias, prejuicios, opiniones, miedos, etc. asociados a la IVE.*
 - *Pautas culturales previas en relación con la IVE, y diferencias percibidas frente a la cultura y el contexto español.*
 - *Prácticas alternativas consideradas y/o utilizadas para la IVE.*
 - *Experiencias concretas de la IVE. Valoración de la intervención, de la información y del trato recibido.*
 - *La experiencia posterior a la IVE: sentimientos y necesidades asociados.*
 - *La repetición de la IVE; circunstancias y actitudes que la rodean y la condicionan.*
4. Describir y encontrar pautas y claves para la explicación de la relación de los inmigrantes con el Sistema Sanitario, en general y en relación con la salud reproductiva.
- *Conocer la experiencia previa en la red sanitaria de atención a la salud sexual y reproductiva en los países de origen y su influencia en el comportamiento en la inmigración.*
 - *Determinar el grado de conocimiento, utilización y satisfacción frente al sistema de atención a la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid.*
 - *Formas de utilización en sus países de origen en comparación con las de utilización del sistema en la Comunidad de Madrid.*
 - *Identificación de oportunidades y barreras percibidas en el acceso al sistema sanitario de atención a la salud sexual y reproductiva.*

Nuestro estudio asume esta relación de objetivos en su práctica totalidad, aunque como es natural la propia investigación ha acabado incorporando algunos objetivos nuevos, relacionados estrechamente con éstos. Es decir, que existen algunos objetivos que al principio no resultaban muy evidentes pero que después adquieren relevancia propia. Iremos desgranando alguno de ellos más adelante, al exponer nuestros resultados. Pero de entrada introduciremos aquí tres matizaciones preliminares importantes, que ya son en sí mismas resultados de la investigación.

- Con relación a los puntos 1 y 2, el enfoque de la sexualidad y la contracepción recoge acertadamente la perspectiva de género, pero es quizá un tanto individualista, y le falta un punto de visión de la "red social" en que los comportamientos y actitudes encuentran su sentido. Es decir, que menciona poco las instituciones sociales intermedias en que todos estos procesos tienen lugar, y que muchas veces son determinantes. En particular echamos de menos la mención a la familia y al proyecto familiar de los inmigrantes. Nuestro estudio ha detectado que tanto las decisiones de migrar como las de emparejarse o las de mantener un determinado tipo de relaciones sexuales tienen muchas veces lugar dentro de una determinada forma de concebir y de articular las relaciones familiares, antes y/o después de la experiencia del viaje.
 - o *El origen familiar y el proyecto de familia migrante influyen casi siempre en las decisiones de planificación y de anticoncepción que nos encontramos. Nuestra mirada se dirigirá a esta instancia, la familia ("tanto acá como allá"), para encontrar importantes claves de comprensión de los demás fenómenos que nos interesan. La familia (en su infinita variedad de formas) se convierte en un objetivo de nuestro trabajo de investigación.*
- Con relación al punto número 4, cabe señalar de entrada que *no es posible aislar en la percepción de los inmigrantes una identidad nítida de las instituciones sanitarias que esté relacionada explícitamente con la Comunidad de Madrid* (salvo escasas excepciones). La percepción del sistema sanitario para los y las inmigrantes latinoamericanos se articula fundamentalmente en torno a la diferencia "público/privado". Apenas entra en las "sub-identidades" de la parte pública (municipal, autonómica, estatal), y no se vincula con mucha claridad con la identidad de ninguna de estas tres instancias de lo público.
 - o *Pero la diferenciación "sanidad pública / sanidad privada" sí que es una cuestión muy importante, cuya comprensión pasa a incorporarse a este punto número 4 como un objetivo prioritario, de plena relevancia. Este punto es además de especial significación en la materia que nos ocupa: la sanidad sexual y reproductiva, y las IVE.*
- Respecto del punto 3, queremos manifestar de entrada la *dificultad intrínseca para conseguir información abundante sobre la IVE como una experiencia concreta*, desde los discursos de las personas inmigrantes que hubiesen pasado por este proceso en España y que lo reconociesen así en primera persona. No se quiere hablar de ello. La *comprensión de la raíz de este tabú a la hora de hablar de la IVE, y el examen de sus consecuencias* en la implementación de las políticas públicas, *se incorpora como un objetivo del estudio* en este punto 3.

- Esta dificultad para obtener datos ha sido notablemente agravada por la particular circunstancia de la opinión pública en fechas recientes, que ha sido marcada por la fuerte polémica, largamente aireada por los medios de comunicación, alrededor de las clínicas que practican abortos. Esta polémica se manifestó agudamente durante los meses de diciembre de 2007 y enero de 2008. Muchas mujeres que habían abortado se retrajeron de participar en nuestro estudio por el miedo que tales circunstancias crearon.
- A pesar de todo, consideramos que nuestro trabajo contiene material suficiente para obtener conclusiones válidas sobre la IVE y los inmigrantes latinoamericanos en España. Pero la extrema dificultad para obtener información de primera mano nos ha obligado a modificar sobre la marcha algunos detalles de la metodología, simplemente para facilitar la recogida de la información, o para no convertirla en un imposible.
 - Este material es particularmente escaso en el capítulo que debería haber sido dedicado a la "repetición de la IVE", un hecho que valoraremos en su momento en nuestro informe.

Por último deseamos introducir un objetivo más que se nos comunicó verbalmente de forma repetida durante el proceso de estrecho seguimiento que nuestro cliente realizó en las etapas de actuación a lo largo del estudio, y en especial durante el primer avance de resultados del mismo. En numerosas ocasiones se nos instó a elaborar propuestas de acción muy concretas en materia de mejora de la salud sexual y reproductiva de los inmigrantes, que fuesen innovadoras e incluso numerosas, de modo que pudiesen ser posteriormente consideradas y acometidas eventualmente desde distintos organismos de esta Consejería de Sanidad y Consumo.

- El equipo de GEA 21 recoge esta inquietud del cliente, y se ha esforzado en la detección de insuficiencias que puedan ser remediadas más o menos fácilmente dentro de las políticas públicas.
- Propondrá al final del documento diversas líneas de actuación generales y elementos concretos de implementación de las mismas, a modo de ilustración de los hallazgos del trabajo de investigación, e incluso de incitación a una reflexión posterior bajo la luz de estos mismos resultados.
- Desde la visión del investigador la naturaleza y la propia variedad de las acciones propuestas a menudo chocará con la realidad de los recursos disponibles y con la complejidad de los contextos de aplicación, algo que sólo desde la coordinación de la acción política concreta puede abordarse. Excusamos decir que la responsabilidad de las decisiones corresponde siempre a los funcionarios y a los políticos.

2. LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CIFRAS EN LA CAM, ENTRE LAS NACIONALIDADES ESTUDIADAS

En el año 2006 se registraron 22.723 interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid¹. La tasa de IVE por 1000 mujeres en edad fértil alcanzó el 13,5 por mil, pero desciende al 7,3 por mil si excluimos a las extranjeras. Entre las mujeres residentes en la CAM, el 55% de las que abortaron había nacido fuera de España².

Teniendo en cuenta que según el padrón de 2007, el 20,4% de las mujeres en edad fértil de la CAM son extranjeras, podemos hablar de una sobrerrepresentación de las mujeres inmigrantes en las cifras de IVE. Incluso considerando la feminización de los grupos de inmigrantes latinos (casi un 10% más de mujeres que de varones), sus edades y su contribución a la natalidad (alrededor de un 20% de los nacidos en Madrid son de madre extranjera³), la proporción parece elevada y justifica la preocupación de los responsables públicos.

Aunque el grupo “extranjeras” oculta realidades muy diferentes, no se publican datos por nacionalidades. Algunos de los datos de los que disponemos muestran un perfil de mujer que interrumpe el embarazo diferente entre españolas y extranjeras: la mediana de edad se sitúa para ambas en los 27 años. Sin embargo, el porcentaje de mujeres menores de 20 años que aborta es mayor entre las españolas (cerca del 15%) que entre las extranjeras (casi 9%). Para las extranjeras, el 75% de las IVE se realiza entre los 20 y los 34 años, con mayor presencia en el tramo 25-29 (30% de las ives).

Las grandes diferencias se encuentran en el perfil y, probablemente, en la motivación para la interrupción del embarazo. Las extranjeras conviven en pareja en proporción mucho mayor que las españolas, en un 60% de los casos frente al 40%. El número de mujeres sin hijos que interrumpe el embarazo es del 61% para las españolas, frente al 35% de las extranjeras. Estas diferencias, cuya explicación encontraremos a lo largo del estudio, permiten hablar de dos tipos de motivaciones frente al aborto, aunque no se trate de categorías excluyentes ni mucho menos determinantes:

¹ Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Volumen 13, Febrero 2007.

² Todos los centros, públicos y privados, que realizan IVE están obligados desde 1986 a notificar las intervenciones, remitiendo un formulario con una serie de datos de la intervención y de la usuaria. El dato de país de origen se recoge en la Comunidad de Madrid desde el año 2003. No se recoge, hasta ahora, en los informes del Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que desconocemos el número de mujeres extranjeras a nivel nacional.

³ Colectivo IOE, “Migraciones internacionales hacia España”, (2005)

- El retraso de la edad del primer hijo. Parece ser la motivación esencial para abortar entre las españolas. Las dificultades laborales y el deseo de asegurar la independencia económica hace que las mujeres retrasen su maternidad. Ésta es la conclusión del estudio de Delgado y Barrios ⁴ sobre los determinantes sociales de la interrupción del embarazo, que asocia el aumento de las IVE en España con el “formidable retraso de la primera maternidad”. No obstante, las autoras no consideran el dato de la nacionalidad, al trabajar exclusivamente con cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo que no registran este dato. Lo que a nivel nacional puede no ser tan significativo, lo es, y enormemente, si estudiamos sólo la Comunidad de Madrid.
- La limitación del número de hijos. Parece ser la motivación más frecuente entre las mujeres extranjeras que ya son madres (en más de un 60% de los casos, casi siempre de uno o dos hijos) y no pueden o no quieren tener más hijos. Destaca el hecho de que un 44% de las extranjeras tuviera su último parto seis o más años antes de la IVE, lo que parece indicar que en ese tiempo se han utilizado métodos de anticoncepción de alguna clase. No cabe duda de que se trata de mujeres inmigrantes y laboralmente activas, que en un 76% disponen de ingresos propios, destacando la poca presencia de “amas de casa”.

En cuanto a las IVE previas, el 42% de las extranjeras sí había tenido una al menos, frente al 28% de las españolas. El último dato de interés hace referencia a la utilización de servicios sanitarios de planificación familiar: el 73% de las extranjeras declara no haber acudido a ninguno (y el 59% de las españolas). Cuando sí han acudido, casi siempre lo han hecho a un centro público.

Si observamos los mismos datos para los grupos nacionales que incluye el estudio, vemos algunas diferencias importantes: las mujeres de Colombia tienen algunos rasgos que las aproximan a las españolas: en un 50% no conviven con la pareja en el momento de la IVE y no tienen hijos un 36%, frente al 25% de bolivianas y ecuatorianas. También los grupos de edad (con más abortos en menores de 20 años) las aproximan a las españolas.

Las mujeres bolivianas también tienen algunos rasgos específicos: son las que disponen de ingresos propios en una proporción más alta (84%) y las que menos usan los servicios de salud (78% declara no haber ido a ninguno). Ambos datos pueden relacionarse con el menor tiempo de estancia en España, pero esta información no se recoge en los registros.

⁴ Delgado, M. y Barrios, L. (2007): *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*, Madrid, CIS.

Sin embargo, el tiempo de estancia en España sería un dato esencial para interpretar los resultados y observar las tendencias. En el estudio realizado por la Asociación de Clínicas ACAI⁵, basado en cuestionarios más amplios a 1000 mujeres en 15 clínicas privadas, era notable el corto tiempo de estancia: el 20% llevaba menos de un año, y el 52% entre 1 y 3 años en España. Es decir, más del 70% de las extranjeras se encontraba en la fase de asentamiento, antes del tercer año. Y muchas, no tenían una situación regular: la mitad carecía de permiso de residencia, según la misma fuente.

Otros datos de interés que presenta el estudio se refieren al uso de anticonceptivos: el 54% declaró no usar ningún método con antelación al embarazo. El resto atribuía el embarazo a un mal uso o un fallo. Entre las que usaron anticoncepción, el 45% utilizó el preservativo, un 33% algún método hormonal y un 17% métodos naturales.

Disponemos por último de un estudio de carácter indirecto⁶, pues se basa en entrevistas con profesionales sociosanitarios en puestos clave en relación con la demanda de IVE, que aporta opiniones de gran interés: los profesionales atienden a menudo a mujeres inmigrantes recién llegadas, en situación económica precaria, a menudo con hijos y con escaso apoyo familiar en España. Los motivos del embarazo son, sobre todo, no utilizar métodos anticonceptivos o usar métodos no seguros. Destaca la idea de que muchas mujeres interrumpen el método utilizado en su país porque emigran sin sus parejas, o entran en un período de descanso, mientras que otras nunca habían usado métodos seguros. Las dificultades específicas de acceso a la planificación familiar aumentan los riesgos en este grupo.

⁵ BOLETÍN ACAI. Noviembre 2006.

⁶ Llácer Gil de Ramales, A., Morales Martín, C., Castillo Rodríguez, S., Mazarrasa Alvear, L., Martínez Blanco, M.L. (2007): "El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid", *Index de Enfermería*.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

3.1. Alternativas metodológicas en la investigación sobre el aborto

Nuestro estudio mantiene una mirada abierta sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva de los inmigrantes, pero uno de los elementos focales es la investigación sobre las circunstancias de la IVE y sobre las motivaciones que empujan finalmente a las inmigrantes hacia la misma, cuando se producen sorpresas en las expectativas de las personas en edad fértil. Es este punto el que representa un cuello de botella metodológico, pues resulta la materia más difícil de investigar. Marca por lo tanto el grado máximo de complejidad, y con él la prioridad de las aproximaciones metodológicas que puedan considerarse inicialmente. Dedicaremos aquí un momento a reflexionar sobre ellas.

La cuestión del aborto está generalmente sometida a un fuerte nivel de censura en todo tipo de procesos sociales, y en el lenguaje cotidiano. Esto ocurre en la sociedad española y en los países de origen de los inmigrantes aquí considerados. La represión del aborto en el habla no solamente alcanza a las conversaciones en situaciones de interacción social abierta, sino también al ámbito íntimo. No se quiere hablar de ello, ni siquiera con uno mismo: muchas veces se desea dejar en el olvido una experiencia conocida en otros o atravesada personalmente, y se prefiere no recordar un proceso casi siempre dificultoso y lleno de ambigüedades cuando tuvo lugar en la práctica.

En una temática como ésta las posibilidades de la investigación empírica se ven notablemente limitadas, pues muchas personas implicadas o conocedoras tenderán a no hablar, incluso en el mejor de los escenarios posibles. El tabú además es doble, pues a él se añade un cierto pudor, una tendencia a mentir o una opción autorepresiva al manifestarse acerca de la sexualidad propia en muchos otros aspectos. Existen diferentes aproximaciones metodológicas para conseguir información medianamente objetiva en este contexto tan difícil:

- La primera aproximación es el *recurso a informantes indirectos*, es decir, a las personas que están regularmente en contacto con la planificación familiar, y sobre todo con las IVE, desde el campo profesional. Son ellos quienes pueden proporcionar información agregada relativamente fiable, eludiendo los problemas del acceso individualizado a las personas directamente implicadas que acuden a

la planificación familiar o al aborto, mediante un empleo elemental del secreto profesional.

- Éste es el método que se aplica en Estados Unidos y en otros países para el seguimiento de las IVE, con buenos resultados en cuanto a la calidad de los datos, la continuidad histórica de las series y la variedad de la información. El procedimiento parece ser recomendable para este tipo concreto de objetivo cuando en un contexto geográfico ocurre que la IVE se canaliza casi siempre de un modo legal y a través de instituciones médicas bien definidas y estables.
- La segunda es la *realización de encuestas estadísticas o registros de datos*, que recogen información directa. Este método es el de las encuestas comerciales, o el de las encuestas oficiales de fecundidad. Se emplea en muchos contextos para conocer algunos parámetros básicos, por ejemplo como forma de evaluar de modo preciso el número total de IVE habidas en una población. Pero presenta muchas limitaciones en cuanto a la variedad y la finura de la información que se puede obtener, sobre todo cuando atañe a las motivaciones, a los contextos y a los tabúes sexuales. Y es prácticamente inoperante en el conocimiento de los fallos de los anticonceptivos, en las delicadas cuestiones de la planificación familiar, y en el recuento de los motivos y de los procesos que llevan a la IVE.
 - En general éste es el caso de muchos países y de España, que en sus encuestas de fecundidad y otras metodologías de recogida de datos estadísticos ofrecen algunos parámetros de referencia útiles, pero que son muy difíciles de analizar en cuanto se quiere comprender bien o profundizar un poco. En particular este modelo se ajusta bien a la descripción del procedimiento de recogida de los boletines estadísticos sobre las IVE en España, una tarea de la que se ocupan laboriosamente las comunidades autónomas. Pero estos datos resultan después reconocidamente opacos e insuficientes, cuando se quieren convertir en elementos comprensivos, activos y concretos de gestión en materia de salud pública.
- La tercera perspectiva es la *investigación motivacional cualitativa*, que ha sido la de elección en nuestro trabajo. En ella se habla abiertamente con los sujetos que están inmersos en los procesos de planificación familiar y en las IVE (generalmente las mujeres, pero también los varones), intentando comprender sus motivos y sistematizar sus posiciones actitudinales. Desde la investigación estructural o cualitativa no es posible acceder a la dimensión cuantitativa de los

fenómenos. Sin embargo la investigación motivacional cualitativa es muy rica en matices, y permite introducirse en la naturaleza simbólica de los procesos. *Es la única que puede responder bien a la pregunta del ¿por qué?*, y permitir diseñar acciones en políticas de salud pública a partir de las respuestas a esta importante pregunta.

- La investigación estructural-cualitativa pretende sistematizar esta estructura simbólica en el nivel "micro", el de la percepción, el lenguaje y el sentido atribuido por los actores implicados, porque es posible remontarse desde ahí hasta la manera en que funcionan estos mismos fenómenos en un nivel mucho más general, más sistemático. Este tipo de simbolizaciones se presentan en un repertorio limitado de variantes, y arrastran a todos los sujetos a quienes afectan. Con este tipo de investigación sí que es posible aproximarse al modo en que estos procesos tienen lugar en la experiencia cotidiana, y permite observar cómo se repiten una y otra vez desde su lógica interna, en la práctica totalidad de los casos.

Nuestra investigación se enmarca dentro de esta tercera perspectiva, la motivacional-cualitativa o estructural-cualitativa (o también "cualitativa" a secas, pues así se la denomina corrientemente). Hemos incorporado igualmente algunos elementos adicionales procedentes de las otras dos áreas o aproximaciones metodológicas:

- En primer lugar, y dentro de la primera perspectiva de "información indirecta", hemos acudido a recoger la opinión de algunos especialistas y profesionales en planificación familiar, en anticoncepción, en salud de los y las inmigrantes y en IVE.
 - Hemos entrevistado a un cierto número de estas "expertas" o informantes cualificadas (trabajadoras sociales de las clínicas de IVE, trabajadoras sociales de los centros de salud, personal médico y de enfermería, voluntarias y técnicas de diferentes ong que trabajan con población de riesgo, técnicas y especialistas en planificación familiar, técnicas y responsables de la gestión de los datos de IVE, etc.) como vía preparatoria para delinear inicialmente nuestra perspectiva, contrastar nuestros resultados preliminares y enriquecer nuestro pensamiento acerca de la cuestión. También pretendíamos que nos guiasen individualmente hasta algunas mujeres que hubiesen abortado y que quisieran hablar con nosotros.
 - Nuestra investigación en sus fases iniciales ha revelado que el papel de algunos de estos agentes mediadores es muy importante, e incluso decisivo,

en el acceso a la anticoncepción y en el proceso de las IVE de muchas mujeres. Por esto no solamente hemos tenido en cuenta su opinión como "expertas", sino que además hemos introducido formalmente algunas entrevistas en el propio diseño del estudio, como auténticas entrevistas en profundidad cualitativas. El nivel de experiencia directa de estas personas es muy elevado, al estar en contacto frecuente e íntimo con muchas de estas mujeres y parejas, y su relato es una fuente muy valiosa de información, a veces insustituible.

- En segundo lugar, y dentro de la segunda perspectiva "distributivo-estadística", hemos procedido a revisar y reinterpretar algunos datos disponibles acerca de las IVE de mujeres extranjeras en la Comunidad de Madrid, y también los de algunas otras fuentes numéricas de información y otros estudios sobre comportamientos sexuales, reproductivos y anticonceptivos entre los y las inmigrantes extranjeros, que se han obtenido en trabajos de documentación y por otros procedimientos (aunque las fuentes aquí son un tanto escasas).

El resultado sumario de la exploración de estas fuentes y de la reflexión posterior inmediata sobre ellas ha sido expuesto en el capítulo 2. Por su parte, una relación de fuentes y estudios se puede encontrar en la parte bibliográfica anexa a este documento. La metodología que se expone a continuación corresponde a nuestra investigación empírica cualitativa considerada estrictamente.

3.2. Planteamiento de partida de la investigación cualitativa empírica

La metodología definida para esta investigación empírica, dentro de las especificaciones técnicas del anteproyecto definido por la CAM, fue la siguiente:

Tipo de metodología: motivacional-cualitativa o estructural, de tipo mixto

- con grupos de discusión, por un lado,
- y entrevistas abiertas en profundidad individuales y pareadas, por el otro.

Universo del estudio: Tres colectivos de inmigrantes económicos latinoamericanos de primera generación (no nacidos ni formados aquí), que son mayoritarios en la inmigración a la CAM procedente de Latinoamérica.

- De orígenes ecuatoriano, boliviano y colombiano.
- Representación equilibrada en función de la nacionalidad (Ecuador, Bolivia y Colombia).

Dimensiones del trabajo de campo:

- **6 grupos de discusión**, con varones y con mujeres por separado (**6RG**).
- y **12 entrevistas abiertas (8 EP + 2 E Pareadas)**
 - con mujeres que hubiesen abortado en la CAM (al menos 6EP)
 - otras entrevistas con público de interés prioritario (otras 6EP, hasta 12).

Variables de diseño de las dinámicas de grupo (6RG):

Sexo: Mujeres (3 RG);
y Varones (3RG)

Edad: 20 a 25 años (jóvenes adultos) (3RG);
26 a 34 años (jóvenes maduros) (3RG)

Zona de origen:

- en Bolivia y Colombia, variada en cuanto a regiones y ciudades (4RG);
- en Ecuador predominantemente de la Costa (1RG) o del Interior (1RG).

Tiempo de estancia en España:

- Recientes (1 - 3 años) (3RG);
- Estabilizados (4 - 6 años) (3RG)

Número de hijos y convivencia con ellos. Situaciones variadas dentro cada una de las reuniones (6RG), definidas con arreglo a datos de IVE disponibles:

- predominantemente con hijos
 - ... (nacidos tanto aquí como en sus países de origen,
 - ... y conviviendo o no con ellos en España)
- y, minoritariamente, algunos sin hijos.

Situación laboral. Representativo de la situación de ocupación de cada sexo (6RG). Es decir, mayoritariamente trabajando, generalmente a tiempo completo, alguno a tiempo parcial, alguno en paro; o, en su caso, alguna ama de casa a tiempo completo que fuese esposa de activo.

Situación de pareja. Situaciones variadas dentro cada una de las reuniones (6RG), definidas con arreglo a datos de IVE disponibles:

- situación mayoritaria con pareja (estable y menos estable)
- ... minoritariamente, sin pareja
- ... muy minoritariamente, pareja de nacionalidad distinta y/o española.

Clase social: Inmigración económica de clase “media extensa”, con variedad interna de ocupaciones (6RG) y con algún matiz especial para ciertas RG (véase el cuadro).

- exclusión de las clases latinoamericanas altas de origen, y de los inmigrantes no económicos (estudiantes con recursos, etc.).

Reparto por nacionalidad de origen: equitativo

- Ecuador (2RG)
- Bolivia (2RG)
- Colombia (2RG)

La realización de los grupos respondió finalmente al siguiente esquema:

	Ecuatorianas	Colombianas	Bolivianas
Mujeres	RG02 - Jóvenes 20-25 años de edad - De 4 a 6 años de estancia en España - Con hijos: 5-6 - Sin hijos: 3-4 - Matiz "empleo muy subalterno" - Región quiteña y altiplano	RG03 - Jóvenes maduras 26-34 años - De 4 a 6 años de estancia en España - Con hijos: 6-7 - Sin hijos: 2-3 - Matiz "empleo no muy subalterno"	RG05 - Jóvenes 20-25 años - Menos de tres años de estancia en España - Con hijos: 5-6 - Sin hijos: 3-4 - Matiz "empleo muy subalterno"
Varones	RG04 - Jóvenes maduros 26-34 años - Menos de tres años de estancia en España - Con hijos: 6-7 - Sin hijos: 2-3 - Matiz "empleo muy subalterno" - Región Guayaquil y costa	RG01 - Jóvenes 20-25 años de edad - De 4 a 6 años de estancia en España - Con hijos: 5-6 - Sin hijos: 3-4 - Matiz "empleo no muy subalterno"	RG06 - Jóvenes maduros 26-34 años - Menos de tres años de estancia en España - Con hijos: 6-7 - Sin hijos: 2-3 - Matiz "empleo muy subalterno"

Las reuniones de grupo se realizaron entre los días 27 de Octubre y el 19 de Noviembre de 2007, utilizando para ello un guión extenso que se expone en el Anexo II. Este guión trabajaba un largo período de calentamiento, para alcanzar elementos íntimos en el discurso, e incluía partes especiales proyectivas ("collages") sobre el modelo de familia ideal/deseado.

Debe mencionarse que se utilizaron preferentemente fechas ubicadas en fines de semana para llevar a cabo estas dinámicas, con el objeto de facilitar la asistencia de los participantes económicamente activos y con hijos, numéricamente predominantes, y cuya apretada agenda es bien conocida. La moderación procuró respetar la situación de género de las dinámicas (es decir, moderador varón con los varones, y moderador mujer con las mujeres). Se llevó a cabo siempre con moderadores autóctonos.

También es de señalar que se empleó para la celebración de las dinámicas una estancia de tipo no formal ni laboral, es decir, un espacio físico doméstico auténtico, sin espejo unidireccional ni videocámara, con grandes sofás y con mesa baja, para facilitar que emergiera un tono confidencial e íntimo en las conversaciones. Así ocurrió, y gracias a ello se nos relataron numerosas experiencias del ámbito sentimental, sexual, de la contracepción y de la IVE (aunque algunas se produjeran desplazadas en tercera persona, es decir, contadas como referidas a otros "conocidos").

3.3. Estructura metodológica de las entrevistas abiertas en profundidad

Las doce entrevistas abiertas en profundidad previstas en la metodología han estado sometidas a diferentes cambios respecto del plan inicialmente diseñado, ante el surgimiento de dificultades imprevistas en la realización del trabajo de campo. Las numerosas mujeres que habían abortado y que contactábamos, incluso a través de mediadores, amigos o especialistas, se negaban posteriormente a colaborar con nosotros casi siempre, a pesar de los incentivos económicos para hacerlo. ¿Por qué razón?

En el momento de la realización de la investigación se desencadenó una fuerte presión mediática en torno a la cuestión del aborto. Coincidiendo con el trabajo de campo, distintos acontecimientos se sucedieron durante los meses de diciembre de 2007 y enero de 2008: cierres de clínicas de abortos, detenciones de médicos, inspecciones judiciales de clínicas e incautación de historiales médicos, huelgas de clínicas de abortos como medida de protesta, llamadas a declarar ante el juez a mujeres que figuraban como que habían abortado en estas clínicas, varias manifestaciones públicas en la calle en torno a la cuestión. En resumen, multitud de noticias variadas y generalmente alarmantes, fragmentarias, confusas y contradictorias, aparecidas todas ellas en numerosos medios de comunicación. Este clima de opinión ha dado lugar a un intenso debate público, pero indujo un sentimiento de miedo entre las mujeres que habían abortado recientemente. Muchas de ellas prefirieron no atender nuestras demandas por los temores suscitados.

Por suerte para nosotros este fenómeno de opinión pública se produjo justamente después de acabar el trabajo de campo de las reuniones de grupo. En ellas todo este

contexto mediático fue "neutral", aún no había acontecido, y no aparece para nada en el trasfondo.

Las entrevistas debieron realizarse sin embargo en este complicado contexto. Retrasando su realización tanto como fue posible, optamos por una estrategia mixta e improvisadora. Relajamos un poco los requisitos de edad, y conservamos los siguientes.

- Variedad y equilibrio en las nacionalidades de origen.
- Presencia predominante de mujeres con pareja y con hijos, tal como se refleja en las estadísticas de IVE.
- Pero también alguna mujer sin hijos, y/o sin pareja estable.

Finalmente, se realizaron cinco entrevistas a mujeres que habían abortado. Para completar la muestra con entrevistas de especial interés, tal, recurrimos a estos dos públicos adicionales:

- Una o dos entrevistas con mujeres en especial situación de precariedad, que hubiesen decidido tener un hijo a resultas de un embarazo "precario", es decir, en unas condiciones que externamente nos podría parecer improbable que continuasen con el embarazo. Finalmente se realizó una de estas entrevistas.
- Dos entrevistas con profesionales expertas en el "acompañamiento" durante la experiencia a las mujeres que hubiesen decidido abortar:
 - Una trabajadora social de una ONG, especializada en la salud de inmigrantes que están en una situación de especial precariedad personal.
 - Una trabajadora de un centro de salud del Servicio Madrileño de Salud que trata a menudo los casos de mujeres inmigrantes en el aspecto administrativo, y en particular la gestión del pago por la Seguridad Social.
- Dos entrevistas pareadas especiales con parejas estables de inmigrantes (varón y mujer, entrevistados simultáneamente por otra pareja de varón y mujer)
 - Una pareja que perdura desde su formación en el país de origen, y que ha pasado por encima de la experiencia migrante.

- Otra pareja de inmigrantes latinoamericanos que se formó cuando ya estaban aquí en España los dos.

3.4. El trabajo de campo con las mujeres que han abortado

Nuestra circunstancia metodológica ha sido un tanto particular, parcialmente forzada por un calendario inesperadamente adverso. Pero queremos recalcar que el hecho de no disponer de muchísimos ejemplos de discursos enunciados "en primera persona" procedentes de las mujeres que han abortado no constituye un inconveniente muy serio respecto de la validez de los resultados globales de este estudio. Y ello se debe a dos circunstancias:

- *La auténtica problemática detectada por nosotros está "antes" y "alrededor" de las IVE:* se trata de asuntos tales como los fallos de la anticoncepción, las dinámicas familiares dificultosas, la negociación de la sexualidad en el seno de la pareja, la misteriosa configuración cultural, la difícil experiencia migratoria, la coordinación con el sistema de salud, los obstáculos en el uso de la sanidad y otros temas por el estilo. Todos estos discursos aparecen abundantemente (y repetitivamente) en las dinámicas de grupo, y concuerdan en una gran parte con lo obtenido en las entrevistas a mujeres que han abortado. El material es muy abundante a este respecto, y parece ser internamente consistente.
- Las eventuales cuestiones y los problemas específicos "en el interior de la IVE", es decir, durante la práctica del aborto, son más escasos. *En comparación con la amplia problemática que lo rodea, el proceso de la IVE en sí mismo es descrito con bastante sencillez*, al contrario de lo que sucede con sus antecedentes y sus consecuentes. Eso no quiere decir que no haya problemas relacionados con este proceso en sí mismo. Pero aquello que las mujeres han tenido que decir sobre la experiencia de su IVE es en realidad bastante breve, y nos basta con unos pocos ejemplos, contrastados con los discursos generales, para hacerse una idea fiel de lo que pasa.

Tengamos en cuenta que en el entorno de la planificación familiar y sus dificultades no solamente es pertinente lo que nos refieren las mujeres que finalmente decidieron abortar. *Es también muy relevante aquello que nos han contado las numerosas parejas o mujeres que sí siguieron adelante con los embarazos sorpresivos, y que pensaron en la IVE como una alternativa.* Si lo comparamos con aquello que refieren las mujeres y las parejas que decidieron acudir a una IVE, en realidad se parece bastante. Los relatos se solapan mucho. Los factores que se tienen en cuenta son similares, y aquellos que llevan a la IVE resultan ser más bien una cuestión de grado, o tal vez de percepción subjetiva dentro de un contexto muy particular.

Los discursos son relativamente homogéneos, de manera que lo que se obtiene para unos se puede enlazar bien con lo obtenido después para otros.

- Es por esto que tampoco vale la pena pulsar mucho la opinión de la mujer embarazada, quien probablemente haya decidido seguir adelante con el embarazo en un inconfesable entorno de dudas, y que se encuentra en un momento de su vida demasiado excepcional como para ser entrevistada. Tal vez éste no sea el mejor contexto para conocer sus motivaciones (al igual que no se le puede preguntar nada con mucha transparencia a una mujer que justamente acaba de someterse a una IVE). La circunstancia manda demasiado. La presencia de mujeres con hijos pequeños en el trabajo de campo ha permitido obtener el discurso sobre esta experiencia.

Como veremos, lo significativo no es la historia de una decisión clara y tajante, sino el relato de unas dudas e indecisiones que aparecen en los discursos de muchas mujeres y de muchas parejas (con y sin hijos, más jóvenes y más mayores, más y menos estables, con y sin anticoncepción eficaz, con o sin IVE). Todas estas narraciones probablemente se refieran mejor en la distancia, tras el paso del tiempo y disponiendo de términos de comparación. Así lo hemos observado en el caso de nuestras parejas más consolidadas, cuando hablan en pasado de sus propias experiencias. Todas estas dudas y procesos de decisión, a menudo ambivalentes, obsesionantes y muy complejos, aparecen relatados tanto en primera como en tercera persona en numerosas dinámicas del estudio. Y desde luego no se limitan a las mujeres que hablan de su aborto en primera persona, de una IVE referida al estricto pasado inmediato. En todos los grupos y entrevistas se habló tanto de embarazos sorprendidos como de abortos referidos a otras personas, ofreciendo un material de una gran riqueza.

4. ALGUNOS CONCEPTOS TEÓRICOS

Al abordar la relación entre contracepción e inmigración nos encontramos trabajando en un campo donde el material teórico es realmente muy abundante, y simultáneamente resulta insuficiente. La literatura sobre el análisis del fenómeno de las migraciones es extensísima: se trata de uno de los grandes temas clásicos de la sociología del siglo XX. Asistimos en el momento presente a una auténtica explosión de las investigaciones psicosociológicas realizadas sobre los nuevos inmigrantes extranjeros en España. Es un esfuerzo intenso para un tema muy candente, casi periodístico. Sin embargo la propia intensidad (para algunos "virulencia") del fenómeno migratorio hace que los datos y reflexiones descriptivas se queden relativamente obsoletos de un año para otro, por numerosos que sean.

4.1. Modelos teóricos sobre la inmigración

Los analistas de las migraciones internacionales disponen de tres tipos principales de aproximaciones teóricas para caracterizar estos fenómenos contemporáneos:

- el modelo economicista-racional, o de "utilidad personal"
- el modelo culturalista diferencialista
- el modelo de las redes sociales migrantes

Podemos caracterizar a grandes rasgos del siguiente modo estos tres modelos teóricos:

- El primero es el *modelo economicista neoclásico* o "*utilitarista*", que puesto al día se conoce hoy como enfoque "rational choice". Es actualmente el modelo estándar entre los analistas sociales y los economistas. Afirma que los inmigrantes cambian de lugar de residencia y de país porque las oportunidades económicas que se les ofrecen en el lugar de destino son superiores a las que les proporciona el lugar de origen en el presente. Este tipo de evaluaciones de utilidad estarían siempre mediatizadas por la percepción subjetiva, es decir, por la disponibilidad de una información correcta y accesible acerca de la situación en los lugares de origen y destino ("evaluar correctamente la situación de la migración"); y también estarían influidas por la percepción del coste de la propia operación de migrar y de los riesgos asociados a la misma ("evaluar correctamente los costes de oportunidad, los costes de transacción, las barreras de acceso existentes y los costes alternativos"). Cuando las oportunidades así

estimadas tienen un valor subjetivo muy diferente, el actor social (generalmente un individuo) toma una decisión racional, y se producen las migraciones.

- El segundo es lo que podríamos llamar la *visión culturalista o de las "culturas migrantes"*. Según esta visión, ciertas personas o ciertas fracciones de las sociedades comenzarían a adquirir una identidad propia diferencial, a perfilarse como internamente cohesionadas, y a definirse como distintas del resto en algún aspecto. Son los "disidentes", los "subgrupos", las "sectas", "tribus", "desheredados", o "facciones", que se encuentran mal ubicados en la situación dominante y la contestan. En determinadas situaciones desfavorables (crisis, dificultades económicas o sociales) estas minorías se ven impulsadas a cambiar de lugar de residencia, pues desarrollan comportamientos y actitudes que ya no resultan compatibles con la contestación positiva a la sociedad en que anteriormente vivían. Deciden individualmente o como colectivo marcharse (es la opción de la "salida" en términos del esquema clásico de A.O.Hirschmann), o a veces son directamente expulsados. Ciertas culturas además estarían predispuestas "naturalmente" a la migración, pues en cierto modo ésta formaría parte de su repertorio cultural (pueblos nómadas, "de la frontera", grupos puritanos, culturas comerciantes, pueblos expansionistas, grupos montañeses, o guerreros colonizadores). Las "culturas migrantes", voluntarias o no, parten inicialmente de algún tipo de situación cultural homogénea (no necesariamente igual que la cultura de los que se quedan en el punto de origen), y se van transformando a lo largo de su experiencia posterior. Casi siempre "se amalgaman con otras culturas" según diferentes patrones (no siempre pacíficos o evidentes) en el lugar de destino.
- La tercera visión, más contemporánea, es la que describe *la migración como un fenómeno de red contagioso, que se desarrolla en sociedades ya consolidadas, mediante el desencadenamiento y profundización de cierto tipo de procesos característicos*. Primero habría algunos individuos o colectivos "avanzados" que emprenden inicialmente la aventura migrante, y que posteriormente, en caso de tener éxito, son capaces de "llamar" y de "contagiar" a los demás miembros de la sociedad original o a una parte importante de ésta. Se trata de un proceso gradual y paulatino, aunque pueda llegar a ser muy intenso en fases posteriores. Estos "exploradores" atraerían a otros siguiendo la forma de las redes sociales ya formadas, es decir, conforme a las relaciones sociales preexistentes (redes de familiares, de paisanos, relaciones lingüísticas, relaciones religiosas). El proceso de atracción no afectaría a todos los individuos por igual, sino que lo haría diferencial y gradualmente. Tampoco posee un momento de parada evidente, pues raramente llega a afectar a todos los individuos (siempre hay muchos que se quedan en el lugar de partida). El contagio en un momento dado

se detiene, se revierte, o el flujo se deriva hacia un nuevo destino, cuando de pronto las mismas redes transmiten la noticia de que las condiciones anteriores han cambiado, y que ya no merece la pena continuar con el proceso. El papel de las redes migrantes y de los circuitos de telecomunicación resulta fundamental en todos estos mecanismos y escenarios.

Este tercer modelo de las redes sociales y del "contagio" a través de ellas parece ser el más adecuado para describir cómo funcionan los procesos de migración en las sociedades contemporáneas, sobre todo porque la tecnologización global ha permitido que las telecomunicaciones desempeñen un papel privilegiado en todo este contexto. Pero los otros dos modelos son aún utilizados a menudo, y se puede hacer ocasionalmente referencia a ellos dentro de este mismo esquema: no son descartables. Por ejemplo, en nuestro caso hablaríamos propiamente de "inmigrantes económicos", y esta referencia parecería priorizar el primer modelo economicista. Los inmigrantes así lo creen de sí mismos. Sin embargo no es del todo así: en la investigación se nos revela que la realidad es mucho más compleja, y que junto con la razón económica migran también los patrones y las creencias culturales, y por supuesto hay un lugar protagonista para las redes sociales. Efectivamente son las redes de personas concretas (amigos, familiares, convecinos, conocidos...) las que ejercen fundamentalmente de impulsores, avisadores, acogedores tempranos, y de conectores en los procesos de migración.

- El modelo de las "redes sociales migrantes" no invalida los otros dos, ya que puede seguir admitiéndose desde una visión más abstracta que muchas veces son las motivaciones económicas, o que son las segregaciones y los conflictos culturales, el verdadero impulso de los individuos a migrar.
- Pero cuando se quiere descender hasta los detalles concretos en la explicación de determinados fenómenos multidimensionales (como el que aquí nos ocupa de la contracepción, el aborto y la salud reproductiva) es preciso tomar muy en cuenta las redes sociales que "contagian" a los migrantes (acá y allá), las personas e instituciones que les incitan y les frenan, les aconsejan, les acogen, les informan y les rechazan. A través de estas redes y contactos no solamente circulan razones económicas o pautas culturales, sino una multiplicidad de materias, informaciones, recursos, contactos y aspectos variados, que todos los proyectos migrantes llevan consigo en su equipaje. No es sólo la economía, ni la cultura. Nuestro estudio viene a corroborar esta realidad: la razón económica sería solamente una parte más del proyecto migrante; y la dimensión cultural (entendida en cuanto equipamiento informacional y actitudinal previo) es una perspectiva útil pero igualmente limitada como explicación; hay más.

La migración es un proceso multidimensional y complejo, que se resiste muchas veces a encontrar explicaciones simplistas. Está lleno de elementos relevantes que no pueden encorsetarse del todo en modelos a priori. Esta evidencia ha llevado a los estudiosos del tema a evitar una utilización rígida de los modelos teóricos en la explicación de las migraciones (particularmente a los historiadores, que siempre abordan realidades complejas y cambiantes), y a tomar más en cuenta ciertas circunstancias concretas que tienen relevancia en cada caso y en cada escenario sociohistórico. Todo eso debe comprenderse bien cuando intentemos explicar los comportamientos relacionados con la anticoncepción y con el aborto.

4.2. Modelos teóricos sobre la anticoncepción y la contracepción

En cuanto a la anticoncepción, nos encontramos de nuevo con una relación compleja entre teoría e investigación práctica, aunque en este caso sea más oscura. La investigación sobre los anticonceptivos, sobre su difusión, su uso, su impacto e influencia en el cambio de roles de género es igualmente otro de los temas clásicos de los estudios sociales contemporáneos. Se ha hablado de revolución sexual, y de un supuesto "salto cualitativo" en la situación social de la mujer desde que se dispone de anticonceptivos orales en la segunda mitad del siglo XX. Es cierto que las investigaciones feministas (o "women studies") han dedicado una buena parte de su esfuerzo al análisis de los fenómenos de poder de género, que están relacionados específicamente con la anticoncepción, y por supuesto con la pareja, con la familia, con la reproducción en el seno de ésta y con la sexualidad (además de muchos otros campos concomitantes). Los anticonceptivos contemporáneos juegan un papel determinante en muchos de estos procesos, y han sido extensamente explorados.

Sin embargo son relativamente difíciles de encontrar profundizaciones en la investigación sobre la cuestión específica del aborto. Lo más general es que el aborto regulado o institucionalizado se trate como un capítulo añadido en el conjunto de las reflexiones sobre prácticas anticonceptivas: bien como un elemento importante en la conquista de los derechos sociales de ciudadanía, o bien como una faceta histórica relevante dentro las luchas del feminismo (y en este caso se hablaría más del fin del aborto clandestino). Cuando estas investigaciones existen, es infrecuente encontrarlas vinculadas con otro tipo de variables sociológicas de alcance más general o de dimensión específicamente cultural, como serían el asunto de la migración y el de los orígenes nacionales de las mujeres que abortan. Las investigaciones feministas sólo recientemente enuncian que la cuestión de género es transversal a todo el campo social, que está implicada en todo tipo de fenómenos de desigualdad, y que no son sólo "asuntos de mujeres". La diferencia de género, en cuanto vector desigualitario, tiene muy diversas y profundas implicaciones en la implementación de todo tipo de políticas de conciliación e igualdad, y en todas las

políticas públicas en general. Unas condiciones no pueden elucidarse independientemente de las otras. Poco a poco empieza a entenderse más que esclarecer la relación entre el género y las otras variables socioeconómicas es una tarea ineludible, y que debe ser abordada sin dilaciones.

Pero la llegada a esta conclusión ha sido relativamente reciente, lo que explica la moderada ausencia de herramientas teóricas procedentes de este importante campo. De este modo nos vamos a permitir plantear nuestra propia aportación teórica, que se nutrirá de dos fuentes:

- La primera es la reflexión de los historiadores de la población sobre la historia de los anticonceptivos, fundamentalmente basada en la obra de Angus McLaren⁷. La visión del historiador rompe a menudo con algunos prejuicios corrientes, e ilustra sobre el variado conjunto de influencias que inciden en cada momento sobre las cuestiones reproductivas y las anticonceptivas. En el caso de McLaren, obtenemos una primera sistematización teórico-práctica de algunos de los tipos de influencias más importantes sobre estos comportamientos.
- La segunda fuente estará constituida por el establecimiento de un paralelismo entre el esquema teórico de corte socioeconómico que hemos delineado para el caso de la inmigración y las diferentes opciones en reproducción y anticoncepción, incluyendo al aborto entre ellas.

Refiramos primero la fuente histórica. En la visión del historiador de los anticonceptivos se destacan dos datos relevantes en primer lugar:

- Las prácticas para limitar el número de hijos son tan antiguas como la humanidad misma, al menos en su época histórica conocida. No hay nada en el registro poblacional (obtenido contemporáneamente a partir de nuevos datos sobre enterramientos) que pueda postularse como un "máximo reproductivo biológico" de la especie, ni tampoco un comportamiento reproductivo documentado que se aproxime a él. La reproducción estaría entonces socialmente determinada en sus elecciones, y la limitación del número de hijos por diferentes medios habría sido una constante en las sociedades conocidas.
- Las técnicas anticonceptivas así entendidas siempre habrían estado presentes en el repertorio cultural humano, en numerosos formatos. Y habrían sido socialmente eficaces, aunque individualmente pudieran tener sus deficiencias. Son muy variadas, y deben entenderse más bien en su incidencia estadística para retrasar el primer hijo y para limitar el número posterior de embarazos (y no en su sentido

⁷ McLaren, A. (1993)- *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*. Madrid, Minerva.

contemporáneo de "una solución técnica al 100% para un problema concreto"). Dentro de esta amplia variedad, que abarca desde el infanticidio a los pesarios mágicos, la diferenciación nítida entre aborto, contracepción y anticoncepción sería poco pertinente, pues constituye realmente un concepto muy moderno. El aborto provocado habría formado parte de este repertorio de técnicas como una más, y a menudo aparecería como poco diferenciable de las otras.

En el esquema de Angus McLaren sobre la anticoncepción se destacan cuatro factores que inciden en la adopción o no de las prácticas anticonceptivas de cualquier tipo, incluyendo entre ellas el aborto. En estos cuatro grupos de determinantes se encierran fuerzas contradictorias. Algunos impulsan hacia la reproducción, otros también a la limitación del número de hijos, y en general operan de las dos formas simultáneamente:

- *Las estrategias familiares son importantes:* las familias pueden estar interesadas en entrar en relaciones con otras familias estableciendo alianzas, para incrementar su poder o su patrimonio. Muchas veces los matrimonios y las exigencias reproductivas de las alianzas matrimoniales son las razones predominantes para tener hijos (o para no tener ya más), por encima de las preferencias o las percepciones de los individuos.
- Desde otro punto de vista, está *la dinámica de género*. Los varones y las mujeres pueden estar interesados en estrategias reproductivas diferentes en un momento dado. Por ejemplo en función de la división sexual del trabajo, si van a necesitar una generación posterior abundante o no para ayudarles a trabajar en las diferentes tareas de la unidad familiar (más manos para las tierras, para talleres, en el trabajo doméstico, etc.). O también para sostenerles cuando sean viejos y quizá falte uno de los dos cónyuges, dependiendo de la existencia o no de un sistema institucionalizado de asistencia social pública, y de una previsión de la posibilidad de supervivencia de dichos cónyuges. La negociación de la dinámica de género puede estar en un momento dado alternativamente interesada en prolongar la progenie o en no hacerlo, y también en que la progenie sea de un sexo determinado.
- La *dinámica ideológica* también influye: los estados y las organizaciones político-religiosas pueden estar interesados en determinados momentos en fomentar o no la natalidad en su interior, dependiendo de la cambiante lógica de estas instituciones, más o menos expansionista, más o menos espiritualista y puritana. Pueden estar más o menos empeñados en conservar recursos en su interior (menos hijos en la organización para que no se escape la riqueza hacia afuera) o quizá en conquistar nuevas áreas de poder (más hijos en la organización para la guerra de conquista).

- Por fin, *está también la dinámica de las clases y, asociada a ella, la dinámica económica, que induce a prácticas diferentes según la clase social*. Generalmente las clases patrimonialistas están interesadas en tener pocos hijos (o más exactamente, pocos herederos) para que en el momento de la herencia no se fragmente el patrimonio en la siguiente generación, y no se dificulte la transición si ha de mantenerse la identidad familiar. Distintas estrategias de retraso de la edad de matrimonio y del primer hijo se revelan muy eficaces en este sentido. En cambio, las clases medias y las clases bajas no tendrán la misma preocupación, aunque puedan estar interesadas en limitar la natalidad por otros motivos y en otros momentos del ciclo vital y económico (por ejemplo, limitar los costes de las dotes de las hijas, afrontar con garantías los costes de la educación de los aprendices, etc.).

No todos los factores determinantes que McLaren aísla en este esquema para diferentes épocas históricas son de aplicación en nuestro caso. Pero nos revelan inmediatamente que la variedad de los influjos sobre las prácticas reproductivas es realmente amplia, y que esto siempre debe tenerse en cuenta cuando se trata con realidades sociales tan complejas como son las sexuales, reproductivas y contraceptivas.

Si acudimos más a la inspiración de la socioeconomía contemporánea, podremos implementar un marco teórico interesante, que centre un poco más la variedad del campo observable. Desde un determinado planteamiento teórico, podríamos establecer un paralelismo entre las diferentes motivaciones en reproducción y en anticoncepción, incluyendo al aborto entre ellas, y el esquema que hemos delineado más arriba para el caso de las migraciones.

- tendríamos en primer lugar el mismo modelo economicista-racional, o de "utilidad personal" aplicado a las opciones reproductivas
- en segundo lugar se podría hablar de un modelo culturalista diferencialista en los planteamientos de reproducción social, anticoncepción y aborto.
- por último, podríamos aplicar también el modelo de las redes sociales y del contagio social a las preferencias reproductivas, a los casos de la elección de un sistema anticonceptivo y a la decisión de la IVE.

La primera aproximación enmarca aquellas teorías que consideran que *la reproducción es una función de coste-beneficio* (como enuncia el conocido título del libro "Pricing the priceless child" de Viviana Zelizer ⁸). El modelo estándar del "rational choice", al estilo

⁸ Zelizer, Viviana A. (1994) - *Pricing the priceless child: the changing social value of children*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

clásico de Gary Becker, afirmaría que "tener hijos es un coste" en primer lugar. Dependiendo del coste del mantenimiento, la alimentación y de la educación de los hijos en un momento dado, y del coste de oportunidad del beneficio esperado por tenerlos, las familias decidirán o no tener más hijos, y optarán por tener un número determinado de ellos (o quizá ninguno). En particular atenderán a los costes económicos previsibles, y al valor de lo que puedan esperar obtener de los hijos en el futuro (cuidado cuando ellos mismos vuelvan a ser dependientes, protección, alimento, etc...). Si consideran que el coste excede al beneficio en un momento dado, aplicarán técnicas de limitación de la fecundidad: retraso en la edad del matrimonio, soltería, abstinencia, abandono de hijos, y anticonceptivos para tener relaciones sexuales sin arriesgarse a incrementar el número de hijos. En esta evaluación se considerarán los costes de la propia anticoncepción, y también el de eludir las barreras de acceso a la misma, si existen. En caso de que se produzca un embarazo no deseado, reevaluarán el coste de la interrupción del embarazo, y tomarán una decisión racional al respecto. El coste de la IVE y las posibles barreras a su acceso entrarían también dentro de este mismo tipo de consideraciones.

- Este esquema puede ser parcialmente útil en determinados análisis de la reproducción social entendidos a nivel macro, pero la observación en detalle de la realidad concreta nos demostrará que el comportamiento de las familias (o de las "unidades reproductivas", si se quiere un concepto más general), no se ajusta a una definición tan simplista y tan mecánica. Aunque a veces la razón económica se revele determinante, la reproducción y la racionalidad económica no guardan una relación tan estrecha como este esquema pretendería.

Un segundo enfoque de corte más *culturalista* o de las "*culturas reproductivas*" afirmaría que las demandas reproductivas tienen más que ver con el repertorio cultural al que pertenecen las personas (símbolos, recursos, informaciones, actitudes compartidas). Los inmigrantes pertenecen a un determinado entorno cultural, al igual que los autóctonos. Para ellos hay demandas para reproducirse, que tienen un determinado sentido dentro de su cultura (por ejemplo, llegar a ser adultos, cumplir las expectativas de la generación anterior, obtener respeto social, etc.), e igualmente hay presiones culturales para la sexualidad y sus formas predominantes, para la limitación de la fecundidad, para la anticoncepción y para el aborto. En nuestro contexto de estudio, habría entonces "culturas migrantes", que relacionarían determinados grupos de migrantes de algún modo homogéneos en su interior, y que se corresponderían con unas particulares "culturas reproductivas y sexuales". Se esperaría encontrar diferencias y desajustes entre las diferentes culturas migrantes presentes en un contexto dado, cuando haya varias (por ejemplo, según varios orígenes nacionales o regionales), y sobre todo grados de mejor o peor ajuste del repertorio cultural previo, cuando es transplantado a un nuevo contexto donde predomina otra cultura distinta. Particularmente hablaríamos del ajuste a la cultura

vigente en el lugar de destino (la cultura sexual y reproductiva de Madrid, en nuestro estudio).

- Este enfoque se revela de cierta utilidad para nuestra tarea, porque se puede observar cómo los repertorios culturales sí que existen previamente en las nuevas poblaciones migrantes, y cómo desempeñan un determinado papel en esta circunstancia. Los comportamientos anticonceptivos y las expectativas reproductivas forman indudablemente parte de estas culturas, y también la relación con la IVE. Presentan una cierta inercia a través del tiempo y adquieren sentido en un contexto cultural dado.
- Sin embargo es también verdad que los repertorios culturales cambian, y que se modifican con la propia experiencia migratoria. La norma es que la cultura del lugar de destino acabe imponiéndose como norma a las diversas culturas migrantes, cuando las personas se van estableciendo. Así lo analiza correctamente Emmanuel Todd (1996), en su obra sobre la cultura antropológico-familiar de las principales corrientes migratorias de la historia moderna⁹. Siguiendo su análisis, la corriente cultural principal de los inmigrantes es adaptativa, y se expresa precisamente a través de los matrimonios mixtos entre las distintas culturas migrantes y la cultura autóctona. Pero esta "adaptación" de los inmigrantes no sería automática, ni garantizada, ni instantánea; no estaría exenta de dificultades y tensiones; no sería igual para todos los grupos de inmigrantes; y a veces dejaría fuera a determinadas fracciones de ellos, los "excluidos socialmente" (por ejemplo, los negros y los indios en EEUU, o los gitanos en España). Y sobre todo no supondría la suave aceptación de este proceso por parte de la sociedad de destino, como algo natural y deseable: los autóctonos no se adaptarían así como así a la nueva situación.

La popularidad de esta idea de la "cultura diferencial" del inmigrante, que al leerla nos parece casi "natural", recubre a veces la tendencia a no percibir y no aceptar que los repertorios culturales son realmente muy próximos entre inmigrantes y autóctonos, sobre todo en un mundo "culturalmente globalizado" como el contemporáneo, y que tienden a superponerse más y más en un proceso de aproximación progresivo. La "cultura" correría así el riesgo de convertirse entonces en un elemento identitario superimpuesto con una dimensión imaginaria (incluso artificiosa), que se relaciona especularmente consigo misma, exagerando su verdadera relevancia. A veces se "refuerza" tanto para los autóctonos como para los recién llegados, queda subrayada. Por ejemplo, en un primer

⁹ Todd, E. (1996)- *El destino de los inmigrantes: asimilación y segregación en las democracias occidentales*. Barcelona : Tusquets

momento esta idea de la "identidad cultural" resulta útil a los autóctonos para defender las ventajas que les proporciona su mejor situación de partida, su "cultura superior" (es decir, el simple hecho de llevar más tiempo allí); y correlativamente, en un segundo movimiento de "rebote", se acentúa también para los inmigrantes, sobre todo si son estigmatizados desde fuera, pues les ayuda a defenderse mejor y a sobrevivir. La idea de "cultura" nos es útil indudablemente desde el punto de vista teórico, pero hay que tener también en cuenta que tiende a oscurecer la evidencia práctica de que verdaderamente la cultura no es un repertorio estático o sólo normativo, sino precisamente cambiante, aproximativo y adaptativo. Y en ocasiones puede ser también reactivo, es decir, que se utiliza para exagerar las diferencias cuando conviene. Por eso es una noción teórica importante pero insuficiente: está viva, aunque desde la teorización culturalista tendería a contemplarse como si fuese estática.

Si aplicamos la tercera visión, la que describiría los comportamientos reproductivos y contraceptivos como *un fenómeno de red y de contagio que tiene lugar en contextos sociales consolidados*, podremos alcanzar una comprensión más completa de lo que está ocurriendo, aunque también es verdad que algo más laboriosa. El comportamiento reproductivo, como comprobaremos más adelante, tiene un componente fuertemente imitativo en la sociedad de masas, a la cual los inmigrantes pertenecen. Por su parte, la anticoncepción es también claramente un fenómeno de red: depende de las informaciones que circulan, las oportunidades encontradas, la relación con los recursos médicos, el contacto con las distintas personas y con las sucesivas parejas, y de la negociación de género como relación concreta. Son todos ellos procesos de relación en red y de contacto interpersonal. Debido a esta secuencia que arranca desde los primeros efectos de contagio (el primer contacto con la anticoncepción se daría en la época preadolescente) y que continúa a través de la reutilización de la red social, los diferentes métodos anticonceptivos parecerían presentar distintas propensiones al uso. Y por ejemplo, estarían sujetos a diferentes efectos de opinión y "rumorológicos" (leyendas cambiantes, creencias, rechazos...). Estos nuevos o reiterados contactos en la red social van transformando la relación con la anticoncepción y con la IVE, conformando lo que desde otro punto de vista podríamos llamar una "cultura", pero que en realidad se hace de experiencias concretas que se repiten y que se expanden mediante el contagio.

La IVE no es una excepción a los fenómenos de red social. El aborto muchas veces no se presenta como una situación de evaluación de los costes de oportunidad en los discursos (un cálculo puramente economicista), sino más bien como un avatar azaroso, en el que la red de relaciones personales, los lazos sentimentales, los apoyos, los vínculos institucionales, las informaciones y los recursos disponibles (que muchas veces son muy escasos para los y las inmigrantes) juegan un determinado papel, a veces fundamental. Es difícil predecir qué hará que una mujer embarazada en particular aborte: dependerá muchas veces de su red. Aunque haya ocasiones en que el marco general (el factor

económico y el factor cultural) aparezcan como dados, sean inamovibles, y funcionen de un modo muy determinante, a través de los casos concretos se observa que muchas veces lo decisivo es más bien este conjunto de vinculaciones en red, que apoyan, aconsejan o que impiden (o más bien, la ausencia relativa de redes, "la soledad" de la que nos han hablado, es lo que puede resultar decisivo).

- El modelo de red y de contagio nos permite entender la gran variabilidad y complejidad de la situación contraceptiva y del aborto. En ella todos los actores implicados (institucionales o no) tienen algún papel que jugar. Hay que mirar entonces en muchos lugares para entender bien la dinámica de la reproducción, de la contracepción y el aborto.
- Al existir un importante número de actores e instancias, se pueden jugar diversas cartas en una partida que se juega a muchas manos. La oportunidad de la intervención es múltiple y a la vez concreta. Y sin embargo ninguna de ellas puede definirse como la clave unidimensional o absoluta de la situación.

La ventaja del modelo de modelo de red y contagio es que establece una homogeneidad de modelos teóricos: entre los procesos migrantes, los de relación sexual y los anticonceptivos y contraceptivos. Nos sirve bien para describir cómo se llega a la migración en la situación migrante contemporánea, que se entendería más bien como una continuidad de red, antes que como una cesura cultural. Es útil también para conocer cómo y por qué los anticonceptivos se usan (o no), empezando desde la situación en el país de origen, y cómo se readaptan en la nueva escena del inmigrante. Nos permite abordar la situación contraceptiva, el supuesto "fallo y emergencia", que es mejor describir entonces como una readaptación progresiva de las redes interpersonales dentro de un contexto reproductivo nuevo y relativamente desconocido.

Si paramos a reflexionar un momento, nos percataremos de que ambos fenómenos, migración y anticoncepción, son complejísimas condensaciones de comportamientos sumamente ricos y variados, múltiples y antiguos como la humanidad misma, y sin embargo cambiantes como hay pocos. Bajo unas denominaciones aparentemente sencillas (el aborto, el inmigrante) y tras una descripción intuitiva elemental de ambos fenómenos, se esconde una larga serie de determinaciones que nos lleva hasta las mismas raíces de la identidad social y humana. ¿Qué hace a una persona cambiar de lugar de residencia, trasladándolo a una distancia muy considerable? Y ¿qué impulsa a los seres humanos a restringir el número de hijos que tienen, a limitar el tamaño de su población, y a dejar que su sexualidad se exprese desvinculada parcialmente de las consecuencias reproductivas? ¿Qué hay realmente detrás de una IVE?

Las motivaciones son muy variadas en los dos acontecimientos vitales. En el caso de la migración, los analistas contemporáneos empiezan a coincidir en entenderla no como un

eventual proceso de mejora de las oportunidades económicas, desde una perspectiva reduccionista del "rational choice", en la cual un migrante encuentra voluntariamente una mejora en el lugar de destino. Y tampoco es el resultado irresistible de una "presión cultural". Más bien se trataría de un complejo proceso de contagio en poblaciones que encuentran en el eventual traslado geográfico una vía de escape a sus contradicciones simbólicas, a sus expectativas fantaseadas, o a su realidad insoportable. A través de esta idea se revela cómo simultáneamente hallan una vía de continuidad las relaciones y las redes sociales existentes (familia, pareja, vecindario, grupo de pares...), las cuales una vez formadas encuentran en el traslado un escenario para reafirmar (al menos transitoriamente) su propia lógica. La migración supone cambio pero, desde otra perspectiva, también supone continuidad.

La anticoncepción y el aborto deberían contemplarse como un proceso de complejas y variadas determinaciones, y no como "un problema en busca de una solución". No es un mecanismo simple en el que el hallazgo de una causa y la aplicación de una técnica adecuada a esa causa puedan producir un resultado más o menos previsible. No está sometido de modo determinista a una lógica economicista o de la tecnología de la salud, sino que media el complicado comportamiento humano. El modelo de red y de contagio, completando el modelo economicista y el culturalista, nos proporcionarían una aproximación mucho más realista a la comprensión del fenómeno, y simultáneamente a la posible intervención en él desde una perspectiva integral de salud pública, pero sin esperar nunca "soluciones mágicas".

4.3. El aborto entre los inmigrantes y sus causas como realidad multidimensional y compleja

Desde la teoría se apunta que los procesos reproductivos y las prácticas anticonceptivas son realidades multidimensionales. Las explicaciones necesitan una interrelación de causas y consecuencias medianamente extensa. Nosotros adoptaremos aquí este enfoque y no una alternativa simplista. Abordar el problema de salud pública que representa el aborto no es para nosotros una cuestión técnica que pueda resolverse reformulando un método o implementando alguna política brillante. Es más bien un esfuerzo por comprender el problema integralmente, y una serie de propuestas que puedan actuar simultáneamente en varios de los lugares sensibles.

- Mejora de la salud sexual y reproductiva.
- Mejora de la utilización de los anticonceptivos, como elemento importante de la salud pública.

- Mejora de la planificación familiar (es decir, que los embarazos sean los previstos)
- Mejora del nivel de integración de los inmigrantes, no sólo en el sistema sanitario sino en la sociedad madrileña en general.
- Mejora de las políticas de igualdad de género (en el interior de la pareja, y de reconocimiento de la mujer en su entorno laboral y social).
- Mejora de las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, y en particular del cuidado de los bebés y de los niños y niñas pequeños.

Esta visión holística no pierde de vista que a veces las actuaciones posibles y recomendables pueden ser muy elementales y sencillas. Pero no queremos hacer creer que existan soluciones mágicas a esta compleja problemática. Incluso si parece que las haya debieran entenderse como procesos con múltiples implicaciones, y con consecuencias difíciles de prever puesto que trabajan en varias direcciones a la vez.

En particular quisiéramos aclarar que en determinadas circunstancias una mejora en los procesos de salud reproductiva y sexual pudiera traer aparejada una situación transitoria de incremento de las IVE, debido a la complicada interacción de todas estas variables.

- Por ejemplo, cabe pensar que una mejora de la situación de la mujer en el interior de la pareja, un "empoderamiento femenino", puede ocasionar que los anticonceptivos se utilicen mejor en la relación de pareja. Con ello pueden disminuir los embarazos no deseados y las IVE de un modo permanente. Pero durante un período transitorio, mientras se restablece un equilibrio, este mayor poder podría dar lugar a que algunas mujeres se sometieran a una IVE ante un embarazo no deseado, cuando en otra situación se hubiesen sometido al dominio masculino y hubiesen continuado con su embarazo hasta el final.

Sin embargo eso no debería detener la aplicación de este tipo de políticas. A medio plazo son la única manera de asegurar que haya unos resultados consistentes y permanentes en salud sexual y reproductiva de las personas inmigrantes.

4.4. Una posible tipología de la interrupción voluntaria del embarazo

Para abordar la explicación de los procesos de anticoncepción y las IVE entre los inmigrantes, es necesario comprender que no todas las IVE tienen la misma clase de motivación. Es preciso establecer una tipología elemental de las motivaciones de la IVE desde la visión de quienes las practican, porque el aborto así contemplado no es un objeto social único. La omisión de esta consideración es una de las razones por las que las explicaciones simplistas, que consideran que todos los abortos son "más o menos lo

mismo”, suelen ofrecer visiones poco penetrantes y escasas alternativas de solución. Hay algunas tipologías de aborto en la literatura disponible, pero hemos preferido reformularlas aquí para adaptarlas al caso especial de la mujer latinoamericana en España.

Nuestra reflexión inicial detecta cuatro tipos de aborto en este contexto migratorio:

- A- **El aborto *adolescente***: es la interrupción de un embarazo que se produce en fases muy tempranas de la vida fértil de la mujer, cuando generalmente depende económicamente de la familia de origen y convive aún con ella. Muchas veces se trata de menores de edad, de embarazos a los catorce o dieciséis años, aunque pueda haberlos más tardíos. No suele haber una pareja masculina estable involucrada.
- B- **El aborto practicado como *congelación de un proyecto familiar iniciado anteriormente***: es el caso más típico en nuestro estudio. Afecta a mujeres entre los 18 y los 25 o los 30 años, que generalmente tienen pareja (más o menos estable, más o menos inestable), y que ya tienen un hijo, muchas veces habido en una etapa anterior de su vida (pero también a veces no tienen hijos). Estas mujeres están reformulando su proyecto familiar, muchas veces por medio de la migración, y un nuevo embarazo pone a prueba su proyecto vital: bien por la situación de pareja (que puede ser nueva/ precaria), o bien por la situación en la migración (que puede ser muy delicada o ya más sólida).
- C- **El aborto practicado como *retraso del inicio del proyecto familiar***: es el caso más infrecuente en nuestro estudio sobre mujeres inmigrantes latinoamericanas, pero sería el más frecuente en las españolas. Se trata de la interrupción de un embarazo de una mujer económicamente independiente, al menos en cierto grado, que dispone libremente de su sexualidad, que puede tener pareja estable o no, y que pospone la formación de una familia hasta un momento indeterminado en el futuro. Puede incluso existir un hijo adolescente, habido de una relación muy temprana.
- D- **El aborto de la mujer con uno, dos o más hijos, como *limitación del tamaño familiar***: se trata de mujeres que generalmente tienen una pareja estable y una familia propia en España. El aborto interrumpe un embarazo no previsto que se da a una edad más avanzada: puede empezar a partir de los 25 años y extenderse hacia adelante hasta alcanzar los límites de la fertilidad femenina. Este embarazo desborda completamente sus previsiones de tamaño familiar. Los embarazos suelen corresponder con fallos de prácticas anticonceptivas en contextos de pareja estables. Muchas veces pudiera ser que no hubiesen accedido a métodos de anticoncepción permanente por algún motivo indeterminado (desconocimiento, fallos de comunicación en la pareja, etc.).

Llamaremos a estos cuatro tipos "**A-adolescente**", "**B-congelación**", "**C-retraso**", y "**D-limitación**". De estos cuatro tipos de aborto el más numeroso en nuestro estudio es el de tipo "B-Congelación", que se da en diferentes grados de consolidación del proyecto migrante y de la relación de pareja en que generalmente se enmarca. No se detectan en el estudio mujeres ni varones para quienes el proyecto de tener una familia con hijos no sea relevante, es decir, que no quieran tener pareja, o que no quieran tener hijos, lo cual revela hasta qué punto la función reproductiva es importante entre estas personas. No hay pues abortos "para no tener familia nunca".

El aborto de tipo "A- Adolescente" parecería quedar a priori fuera de nuestro estudio, puesto que las mujeres que hemos atendido tenían 18 o más años. Sin embargo en los discursos afloran los elementos observados del pasado, e incluso la propia experiencia de las mujeres que han abortado en el pasado. El aborto adolescente y la sombra de los embarazos adolescentes no deseados que proliferan en los países de origen acompañan a las mujeres en el presente, y también a los varones. De modo que juega inevitablemente un papel en el discurso y en la estructura de las motivaciones. Finalmente hemos preferido incorporarlo al análisis y al diseño teórico, realizando una entrevista a una mujer muy joven, que abortó en la adolescencia.

Podríamos establecer una clasificación estructural de estos tipos de abortos atendiendo a la vieja teoría estructuralista sobre la familia y la sexualidad femenina. Según el modelo clásico, la sexualidad femenina (y la mujer como ser social) se somete a la autoridad patriarcal y se constituye en objeto de intercambio (entre familias, entre clanes, entre poblaciones...) para formar alianzas. La mujer se objetualiza, y el varón deviene el auténtico ser social. Llamaremos "patriarcalismo" a este sistema (que aquí describimos de modo muy burdo).

En el sistema patriarcalista, que ejerce su influencia en la cultura de América latina y en el discurso de los inmigrantes, la sexualidad femenina es un valor, un objeto de cambio, y hay que disputar por ella en el mercado sexual. La virginidad femenina se entiende como un tesoro. Originalmente la sexualidad de la mujer adolescente pertenece al padre, al ámbito doméstico donde se custodia fuertemente (no salir sola, regulaciones del cortejo, etc.). En un contexto de control completo los anticonceptivos no entran, y no se permite hablar de ellos, porque "no hacen falta". Éste es el origen del tabú sexual y de la anticoncepción.

El aborto tipo "A" representa el fracaso del sistema de control patriarcal. Cuando se produce (o se decide que no se produce), necesita el apoyo y la connivencia de toda la familia para ser practicado, pues es dentro de este contexto que encuentra su sentido. Sabemos por las estadísticas que éste es menos frecuente entre las mujeres extranjeras que entre las españolas. Hay un elemento diferencial que necesita todavía ser explicado,

pues no necesariamente apunta a una mayor eficacia del control patriarcal tradicional sobre las jóvenes de origen extranjero.

El aborto tipo "B- Congelación" representa un tipo de fracaso bien diferente: es el de la negociación de la sexualidad de la mujer en el mercado patriarcal. Pero introduce una lógica distinta, pues es la mujer la que pone su propio valor en juego en primera persona, como agente activo al menos en parte. Ahí entran los anticonceptivos (o su ausencia): son un elemento más en la negociación. La "congelación" representa el haber dado un paso en falso en la consolidación de un proyecto familiar más o menos fantasioso. Este paso puede producirse en una época muy temprana de la vida de la mujer, de mucha inexperiencia, o puede ser más adelante en una historia de pareja, incluso cuando ya haya un hijo previo. La mujer ha escapado en parte de la lógica patriarcal, pues ella misma actúa en la gestión de su propia sexualidad. Pero no lo ha hecho del todo, ya que en parte aspira a retornar a la lógica patriarcal a través de la vinculación con algún tipo de pareja estable. Es la historia de "dar un hijo" a una pareja que se fantasea como permanente, "ganando un padre".

El aborto tipo "D- Limitación" representa casi siempre una decisión tomada en el seno de la pareja más bien estable, con un trasfondo de fallo en la anticoncepción. Es el más fácil de explicar, pues responde mejor que otros a los factores económicos y culturales. El modelo de familiar nuclear con pocos hijos es absolutamente predominante entre los inmigrantes latinoamericanos, y no es fácil de eludir. Más de dos hijos no se pueden tener: lo tienen claro y por eso abortan. La mujer que llega hasta aquí ha encontrado en este contexto una gestión más autónoma de su propia sexualidad, con distintas técnicas anticonceptivas, pero en el seno de una relación negociada con el varón (casi siempre). Muchas veces ha aprendido a negociar bien con el varón y ha llegado a una gestión de su sexualidad relativamente autónoma, o al menos no totalmente enajenada.

El aborto tipo "C- Retraso" es el menos frecuente en nuestro estudio (casi no hay ejemplos detectables). Sin embargo es aceptado (Delgado y Barrios, 2007) que entre las mujeres españolas autóctonas es una de las causas más frecuentes para abortar por encima de los 20 años. Este tipo de aborto asumiría un tipo de mujer que controla más plenamente su sexualidad a título individual, por medio de anticonceptivos, y que retrasa actualmente la edad del primer hijo por encima de los treinta años o incluso más. Con pareja estable o no, se encuentra más alejada que otras del modelo patriarcal: su sexualidad es suya. Las mujeres latinoamericanas por el momento no están en esta tendencia, aunque miran a las españolas que se comportan así con cierta admiración o envidia. Pero aún no acceden apenas a tales comportamientos; son más una referencia que una tendencia.

En contra de ciertos estereotipos, no se detectan casos de mujeres latinoamericanas que voluntariamente planeen tener un hijo (o varios hijos) por sí mismas y cuidarlos sin la ayuda de un varón, o en formas innovadoras de convivencia. Si esta circunstancia se produce, la de tener un hijo sin el apoyo de un varón, no es una opción planificada sino una situación sobrevenida.

De manera que el modelo patriarcal se puede decir que aún sigue parcialmente vigente entre estas mujeres y estas parejas, pero actualmente el devenir de los acontecimientos parece que está disolviéndolo progresivamente, sin que se pueda asegurar bien hacia dónde va su evolución futura. Los cuatro modelos de aborto corresponderían: a un grado máximo de patriarcalismo (A- Adolescente); a uno medio (B- Congelación); a otro pequeño (D- Limitación) y a otro grado mínimo (C- Retraso).

El uso de la palabra "patriarcalismo" nos permite referirnos a un ideogema concreto y operante, que puede graduarse en intensidad (más/menos), y que funciona según este esquema relacionado con nuestra cuestión principal, la anticoncepción y el aborto. Evitamos así utilizar el término alternativo "machismo", que aparece genéricamente como expresión de la dominación del varón sobre la mujer. A fuerza de ser usada tópicamente (y los inmigrantes la usan mucho, tanto mujeres como varones), la palabra machismo acaba careciendo de un contenido preciso y manejable en las explicaciones.

4.5. Hipótesis previas para explicar los abortos

Toda investigación parte de algunas hipótesis de trabajo. A veces esas hipótesis no están explícitas, pero siempre operan en algún plano. En nuestro caso las hipótesis de explicación del aborto entre las inmigrantes latinoamericanas fueron explicitadas, por dos razones elementales. No parecían teórica ni ideológicamente neutrales, y además pudiera ocurrir que muchas se ajustasen poco a la realidad. Era necesario pues enumerarlas a priori, en la medida en que muchas de ellas circulan con mucha facilidad en el lenguaje cotidiano. Pueden ser "prejuicios" o preconceptos que limitan en buena medida una correcta comprensión de la cuestión. Y lo que es peor, pueden impedir una actuación eficaz desde el punto de vista de la salud pública, ya que se constituyen en banales tópicos desde los cuales se justifican con facilidad la inacción o la falta de resultados.

La hipótesis machista (o el "no al condón")

Siguiendo la "hipótesis machista", la clave de todo el asunto está en que los varones latinoamericanos no quieren ponerse el condón porque "no les gusta", o que incluso quieren tener hijos irresponsablemente, mientras que las mujeres son débiles y no se atreven a oponerse a su voluntad. Los varones latinoamericanos impondrían sus criterios de poder en el interior de la pareja. Dejarían a la responsabilidad de la mujer el impedir el

acceso sexual a ella misma, y por tanto el control de la reproducción (y de los anticonceptivos). Ellos "no se preocuparían". Paradójicamente, luego se juzga que la mujer "que se deja" "es impura" (puta), y debe ser abandonada, mientras que la otra no, es auténtica. Son por tanto ellos, los varones, los que deciden finalmente sobre la pureza y sobre la impureza de la mujer, imponiéndose de una forma machista sobre toda la situación: es su poder el que decide.

Esta explicación es bastante falsa (aunque apunte algunos elementos valiosos en ciertos contextos especiales). Impide la correcta comprensión del fenómeno, a pesar de que se pueda encontrar en el lenguaje corriente una aceptación a este hecho generalizado del "no me/les gusta el condón", una aquiescencia con la frase. En realidad ese "no gusto" por el condón no es tal, sino que es más la expresión condensada de una actitud profunda de complicada negociación en el seno de la pareja, que se resuelve por la vía no verbal: no poniéndose el condón, "olvidándose" en un olvido significativo. La mujer y el varón desempeñan papeles activos y ambivalentes en el seno de esta negociación sin palabras. Por eso no basta ir en contra de esta "cuestión de gustos" desde el discurso de la salud pública, sino que debe atenderse más bien a la raíz no explicitada del fenómeno. Intentaremos exponer la naturaleza de esta raíz más adelante.

La hipótesis natalista-culturalista ("hijos más pronto y más"):

Según esta hipótesis natalista-culturalista, las mujeres latinoamericanas suelen tener hijos pronto, están acostumbradas a una maternidad temprana. Mantienen esta pauta cultural, y por eso se embarazan mucho más de lo que después pueden afrontar cuando llegan a España. Allí disponen de redes de apoyo locales (abuelas, vecinas, hermanas), que les ayudan a tener hijos. No se dan cuenta de que al llegar aquí no es posible tener hijos de la misma manera, en este contexto español: se embarazan como si estuviesen allí, y luego bajan a la realidad y tienen que abortar.

Esta hipótesis está mucho más cercana a lo que ocurre, y veremos que opera así en la práctica si la modificamos un poco. Pero peca del mismo vicio que toda la perspectiva culturalista, que considera que los patrones culturales son estáticos. En realidad son cambiantes: ya son diferentes en el punto de partida (realmente no quieren tener hijos tan pronto), y se modifican más durante la estancia en España.

La visión cultural reduccionista saca de la escena el papel de los anticonceptivos, y de otros diferentes recursos que los inmigrantes emplean eficazmente. Tampoco son del todo aplicables los patrones culturales de la sociedad de destino. La prohibición terminante de tener hijos a edades tempranas es el criterio que predomina actualmente en la sociedad española no se traduce a las mujeres inmigrantes. La posibilidad de tener hijos (o de no tenerlos) no se considera de una manera automática.

La hipótesis de la ignorancia ("no saber de anticoncepción"):

La hipótesis de la ignorancia afirmarí­a que los varones y las mujeres latinoamericanos no est­an bien informados sobre los m­etodos de planificaci3n familiar y los anticonceptivos, y que por eso ellas se quedan embarazadas mucho m­as de lo prudente. Por eso tendr­an que recurrir a la IVE en mayor medida que otras mujeres.

Esta hip3tesis se revela completamente falsa, y encierra un prejuicio cultural desde la visi3n aut3ctona. Nuestra investigaci3n revela que hay una cultura de anticonceptivos extensa y variada entre las/los inmigrantes, de la que se habla con facilidad en el contexto adecuado. Y que presenta un buen n­umero de fallos, pero no muy distintos que los que se reportan en otros estudios y otras poblaciones. Este detalle es muy importante desde la perspectiva de las pol­iticas p­ublicas. Sin embargo s­i es verdad que esta cultura anticonceptiva se ve sometida a numerosas tensiones espec­ificas, de las que ofreceremos informaci3n en el cap­itulo pertinente, y nos sugiere algunas recomendaciones al respecto. Aqu­i la hip3tesis culturalista funciona bien: la diferencia cultural de acceso a la sanidad reproductiva "ac­a y all­a" explica buena parte de estas tensiones, y revela algunas disfuncionalidades cuya soluci3n parece abordable.

La hip3tesis del choque patriarcalista ("empoderamiento de la mujer que trabaja"):

El patriarcalismo del mundo de la migraci3n latinoamericana no solamente puede relacionarse con aquella afirmaci3n superficial del var3n que dice que "no le gusta el cond3n". En una reflexi3n m­as afinada, puede pensarse que la mujer inmigrante llega a Espa­na y se descubre a s­i misma en un horizonte completamente distinto al de la cultura de origen. Ahora ya no se encuentra sometida al dominio patriarcal del var3n, porque trabaja fuera de casa y su actividad econ3mica es aut3noma e imprescindible. Esto introducir­a unas pr­acticas sexuales diferentes, m­as igualitarias, que al no ser aceptadas por las parejas existentes conducir­an muy frecuentemente a la ruptura de las mismas, y a otras pr­acticas sexuales. Muy a menudo un embarazo no deseado expresar­a en el extremo esta contradicci3n, y frecuentemente se convierte en un aborto.

Esta explicaci3n ha encontrado algunos apoyos en la investigaci3n posterior, aunque adolece de una visi3n muy estrecha, focalizada sobre la mujer. En realidad los varones tambi3n se hallan en una disyuntiva parecida, al incorporarse a los mercados de trabajo locales, y el desencuentro de las parejas adquiere tintes mucho m­as diversos de lo que pens­abamos en un principio. El embarazo no deseado y el aborto son solamente algunos de los aspectos en que se manifiesta este desajuste de g3nero.

La hipótesis migratoria (precariedad económica):

La hipótesis migratoria, la que explora las raíces de los abortos en los cambios acaecidos en el momento de la migración, tiene dos vertientes. En la primera (la "económica") la circunstancia migrante se asocia con un incremento de la precariedad económica: las parejas migrantes se encontrarían con una fundamental penuria de recursos cuando llegan a España. Ante la situación de un embarazo inesperado, no podrían hacer otra cosa que abortar, pues si no pondrían en peligro el propio proceso migratorio. Tendrían que renunciar al trabajo (que no podrían desarrollar / serían despedidas), a un sueldo en la pareja, y/o regresar a su país a una situación mucho peor, intolerable. Eventualmente esta situación insostenible puede producirse cuando ya hay un hijo en la pareja, y lo que viene a trastocar no es simplemente una situación de penuria extrema, sino de expectativas que no pueden cumplirse (respecto del hijo/hijos habidos previamente).

También esta hipótesis ha resultado confirmada posteriormente en una serie de extremos, pero resulta demasiado unidimensional en esta formulación. Una vez más no describe toda la complejidad del campo de la decisión de abortar, o de adoptar una práctica anticonceptiva. Como veremos, es necesario matizar qué ocurre con el mundo del trabajo y el/la inmigrante, en cada momento de la experiencia, cómo se valora la precariedad económica, y qué ocurre con el hecho de que haya hijos o no en el país de origen, en relación con el momento en que se encuentra la red social de los sujetos.

La hipótesis migratoria (precariedad sentimental):

La segunda vertiente de precarización con motivo de la experiencia migratoria la calificamos de "precariedad sentimental". La migración introduciría una serie de cambios en la vida de las personas que les llevan a una situación de transformación de expectativas muy fuerte, y a un estado "carencial" en el terreno sentimental. La soledad, la inadaptación, la ruptura de la pareja durante la migración. En este proceso son fáciles las relaciones sexuales esporádicas o llenas de fantasías de permanencia y de éxito, con consecuencias de embarazos no deseados.

Una vez más este argumento ha mostrado su validez, pero solamente cuando se enriquece con una perspectiva mayor, que tiene en cuenta más factores. No es posible dilucidar la precariedad sentimental de la económica, cuando muchas veces la experiencia migrante encuentra su éxito económico precisamente en la consolidación de la pareja. El proceso del embarazo no deseado pocas veces se contempla desde una visión tan clara: a menudo las causas son variadas y se entremezclan inextricablemente.

La relación desfavorable coste / beneficio en el tener hijos ("tener hijos es muy caro, no tiene apoyos locales, e impide acceder a oportunidades")

Hay varias formulaciones alternativas de las hipótesis acerca de la aplicación de la racionalidad económica en relación con la posibilidad de tener hijos, y con la opción alternativa de no tenerlos en el caso de un embarazo no deseado. Una de ellas afirmaría que cuando los inmigrantes vienen aquí no se dan cuenta de que los costes de tener hijos son altísimos, y que los beneficios son muy escasos. Las ayudas económicas y sociales a la natalidad son pocas. Y en el proceso migratorio se les exige un grado extremo de flexibilidad laboral y económica, dentro del cual los hijos serían entendidos como un lastre, o incluso un factor inhabilitador. Por el contrario el comportamiento sexual es mucho más fácil y más accesible, más "barato", en la "liberal" sociedad española. Y por eso se producen los abortos, como consecuencias imprevistas de esta gran diferencia entre los costes, las oportunidades sexuales y los beneficios.

Aunque parezca un tanto exagerada, hay algunos ejemplos en que esta hipótesis explicativa funciona muy bien, incluso de modo dramático en el caso de las mujeres cuidadoras de niños que han tenido que abortar. Pero en el caso general los procesos no responden del todo a la racionalidad económica, son mucho más ambiguos y las evaluaciones de costes no están tan claras. Junto con las quejas (de ausencia de guarderías, de falta de apoyo) hay también muchas consideraciones positivas sobre la manera en que la sociedad española facilita el parto y la educación de los hijos pequeños de los inmigrantes. Aquí la variable "tiempo de residencia" marca muy grandes diferencias de actitud: no es lo mismo la manera de pensar de las mujeres que llevan sólo unos meses en España y que apenas han desarrollado redes locales de integración, que el razonamiento de las mujeres y parejas inmigrantes que residen aquí ya por largos años.

Una formulación más radical de la misma cuestión hablaría de una "globalización del cuidado de los hijos" en relación con los procesos reproductivos, y de la "prohibición de parir" a los inmigrantes. Las inmigrantes en la sociedad española están cuidando a los hijos de las clases medias autóctonas, una tarea en la cual las mujeres de aquí ya no se implican tanto como antes, para poder seguir una carrera profesional propia. Pero ellos mismos se ven sujetos a una prohibición de tener hijos, en su posición subalterna. Así, el trabajo reproductivo se "externaliza" en la nueva economía global: las sociedades desarrolladas lo hacen descargar sobre las sociedades migrantes porque les sale más barato. Como no hay suficiente nivel de reproducción, falta gente; y por ese motivo, el sistema económico importa población y "clases reproductoras", que hacen esta misma tarea pero a bajo precio. Los inmigrantes que llegan tardan un tiempo en asimilarse, y en darse cuenta de todo esto, y mientras tanto recurren al aborto como un recurso de emergencia cuando toman conciencia de esta prohibición que al principio no les resulta evidente.

Esta formulación es compleja, y salta de la razón económica a nivel micro al razonamiento macroeconómico. Nunca accede a la conciencia de los varones ni a la de las mujeres latinoamericanas: no piensan así. Y aplica los modelos del pensamiento local ("prohibido tener hijos si eres joven") a los inmigrantes, lo cual no es demasiado inteligente. La prohibición de tener hijos sí que funciona ocasionalmente para los inmigrantes, sobre todo en determinados entornos laborales muy duros, pero no lo hace siempre. Aunque a veces ocurra de esta manera en una minoría de casos, de nuevo nos encontramos con una serie de causas más compleja, si queremos explicar cómo se acercan los y las inmigrantes latinoamericanos a la anticoncepción y el aborto.

5. MODELOS DE FAMILIA ENTRE LOS EMIGRANTES LATINOAMERICANOS.

5.1. Pareja, soltería, matrimonio e hijos: un modelo patriarcal en descomposición

Los inmigrantes latinoamericanos provienen de sociedades en las que se inició hace décadas una transición demográfica que aún no ha concluido: en los años cincuenta los tres países estudiados tenían una tasa de fecundidad en torno al 6,8. En la actualidad, hay que distinguir entre una tasa de 2,8 en Colombia, 3,1 en Ecuador y 4,3 en Bolivia¹⁰. Al mismo tiempo, partes de estas sociedades se trasladan a una sociedad, la española, donde esta transición adquiere rasgos extremos: se trata de uno de los países del mundo con fecundidad más baja. Para entender sus decisiones reproductivas, así como su posición como emigrantes frente a estos cambios, hay que observar los modelos de familia que describen en sus relatos y entre los cuales después ubican los suyos propios.

En los países de origen podemos hablar de la pervivencia de un modelo patriarcal en crisis, en declive. Se trata de sociedades donde la esperanza de vida es más corta y donde la mortalidad infantil¹¹ es mayor que en España; y donde el noviazgo temprano, la poca presencia de solteros y la maternidad y paternidad en la juventud son rasgos esenciales. Pero no hay que perder de vista que al mismo tiempo tanto la caída de la natalidad como los propios discursos de los y las inmigrantes nos hablarían de una población que -al menos en sus capas urbanas- conoce y utiliza diferentes métodos anticonceptivos¹². La diferencia básica con el caso de España es que *el control de la natalidad se produce en general después de tener uno o más hijos.*

La norma social, presente en los discursos y en las estadísticas, es la de ser padre alrededor de los veinte años. “*La edad mejor para casarse es la que yo me he casado, a los veintitrés igual*” (varones ecuatorianos). Aunque se escandalicen con la juventud de las madres adolescentes, es notorio que la mayor parte de las mujeres entrevistadas tuvo un hijo siendo muy joven:

¹⁰CEPAL, *Boletín Demográfico* nº 73, “América Latina y Caribe. Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050”. Enero 2004.

¹¹Se pueden observar grandes diferencias entre los tres países: la tasa de mortalidad infantil (por mil) es el doble en Bolivia (66 por mil) que en Colombia (30 por mil) o Ecuador (33 por mil). La esperanza de vida se sitúa en los 62 años para ambos sexos en Bolivia, en 70 años en Colombia y 72 en Ecuador.

¹²CEPAL, *Boletín Demográfico* nº 70, “Indicadores seleccionados con una perspectiva de género”, Julio 2002.

“Allá, la mayoría, el cincuenta por ciento o el sesenta somos madres muy jóvenes. Sí, de los trece o catorce... la mayoría, hasta de doce años ya son madres”. (mujeres ecuatorianas)

“Y la cultura lleva a casarse muy pronto, y embarazarse muy pronto... Tener hijos muy pronto y asumir responsabilidad muy pronto. Es verdad, es una tendencia, ahora está cambiando...” (Mujeres colombianas)

La práctica social consiste en experimentar uno o varios noviazgos en la pubertad (en el caso de los varones), y esperar un tiempo para fundar una familia propia. El vocabulario con el que definen las relaciones diferencia estas etapas “reproductivas”: son enamorados cuando salen juntos sin tener relaciones sexuales, novios cuando las tienen y esposos cuando hay hijos y conviven, estén o no casados. La virginidad de las mujeres jóvenes actúa como un ideal patriarcal y como un freno al embarazo adolescente, que se protege mediante el control social que ejerce la familia amplia, y mediante la "fama pública", que deja marcada a la mujer que “ha fracasado”:

“Allá, mi madre nunca me dejó ir a una fiesta con él, una vez me dejó ir, pero con mi hermano. Sí, tiene que ir el hermano, el primo y todo el mundo atrás... A cuidarla”. (mujeres ecuatorianas)

“Y más a nosotros, que tenemos unas costumbres muy diferentes. Que nosotros, nuestras costumbres es que... nos casemos cuando tengamos 18 años, 18 años pues ya perdemos la virginidad... cuando estemos casados y tal... y mi familia, entonces, tiene esa costumbre, entonces... eso lo miran muy mal, lo de quedarse embarazada”. (EP5)

“.. Lo que dice aquí el compañero me ha llamado mucho la atención, ¿no?.. Mira, cuando dices tú, por ejemplo allá, y es igual en Cuenca, y es más fuerte, por eso si está saliendo conmigo una chica y le digo: ven a vivir conmigo. Y está un mes y veo que no van bien las cosas le digo: Ah, vete de nuevo a tu casa. Y esa chica se queda marcada en el espacio de la ciudad...Por no decir que es una cualesquiera ¿no?”. (varones ecuatorianos)

“- Allá lo único que nos dicen es: que tienen que llegar virgen al matrimonio.

(- Y ya está.) Y ya está”. (mujeres ecuatorianas)

En consonancia con esta moral colectiva, a la vez severa y llena de elasticidad, cuyos matices regionales y de clase aparecen en los discursos, no se habla de sexo con los padres y no se enseña a utilizar métodos anticonceptivos a los jóvenes.

“.. Ahí hay métodos de anticoncepción, pero las chicas no los utilizan, y los chicos no los utilizamos. O sea, todavía la sexualidad ahí es como un misticismo, como un tabú, algo que no hay que hablar, no hay que decir esto delante, todo a escondidas”. (varones ecuatorianos)

Aunque la pureza sea un ideal moral que justifica el control de las mujeres, la presión hacia la maternidad es fuerte, pues tener un hijo consolida la posición social de ambos sexos. La maternidad y la paternidad marcan en estas sociedades el verdadero acceso a la edad adulta¹³. A pesar de la disolución acelerada de esta tópica visión patriarcal, siguen

¹³Un reciente estudio sobre la interrupción del embarazo en la juventud inmigrante de latinoamérica insiste en la misma idea: madurar es hacerse hombre o mujer, está unido al género y a la paternidad. De ahí que el riesgo de embarazo esté socialmente integrado. La pareja se concibe dentro de un marco

vigentes las ideas de “hacerse mujer” y “hacerse hombre” teniendo un hijo, y entre las mujeres la de “darle al varón un hijo”, a la hora de enfocar las relaciones sentimentales y las estrategias matrimoniales. De ahí que la práctica se mueva en una negociación no explícita y una ambigüedad que da pie a muchos “accidentes”:

“Yo soy de la zona de Cuenca, el área de La Sierra... es un área dónde hay mucho... mucha presión familiar, sobre todo las chicas... Eso es cierto... allí siempre se está planificando. Dices: mira, me voy a casar, voy a pedir la mano a tus padres... que vamos a hacer la casita aquí, cuantos hijos vamos a tener... Claro, por regla general no sucede, porque también hay un nivel alto de madres solteras allá”. (varones ecuatorianos)

“Allí la mayoría es madre soltera”. (EP4)

La presión hacia la maternidad que se ejerce sobre las mujeres jóvenes aparece muy a menudo en los relatos, y la protagonizan tanto la propia familia para orientar la estrategia “matrimonial” como los varones para asegurar su dominio:

“Mi hermana... que ya tiene cuarenta y cinco años y tiene una mentalidad diferente a la mía, dice... que hay que hacer lo que el marido dice... de todos modos ya estás viviendo con él, dale un niño”. (mujeres ecuatorianas)

“Sí, lo planeamos. Él se cuidaba pues... y decidió él que quería un hijo hombre, porque él de su primer matrimonio tenía dos hijas mujeres...”. (EP4)

Esta presión responde a una voluntad de control avalada socialmente y que se expresa con naturalidad. La posibilidad de quedarse embarazada de una mujer limita sus decisiones y la pone “en manos” de su pareja masculina, que mantiene la libertad de actuar.

“Yo pienso que mi novio quería dejarme embarazada, el que tenía allá en Bolivia, para que yo no me venga a España.” (EP4)

Cualquier cambio en la concepción de la sexualidad (vivida de forma distinta a la maternidad) y cualquier decisión en relación con la reproducción parecerían intensificar los conflictos en las relaciones de pareja, y también las disputas con quienes se consideran con derecho y obligación de velar por el control de la reproducción (marido, pareja, padre, hermano, madre, hermana, suegra, y la propia mujer). Este control tendría como objetivos implícitos el mantener el prestigio social de los varones y el salvaguardar la reputación. Las mujeres atribuyen actitudes más rígidas y estereotipos tradicionales a las figuras femeninas familiares de edad más avanzada, a las que representan dando consejos para cuidar la sexualidad y para mantener los roles sociales de género sin cambios:

“Allá, si yo intento gritarle a él, pues es que allí mismo no sé lo que me hace... Y con su familia y todo.”

normativo fuerte, pues representa un vínculo con la colectividad y no sólo entre dos individuos. Ese mismo marco colectivo explica que la desigualdad sea “corregida por las responsabilidades sociales”. OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER (2007): *La interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana en el sector inmigrante*. Informe de CIMOP.

"Mi madre le decía a su nuera: diga lo que les diga, él es su marido y él es el hombre de la casa. O sea, a lo antiguo... Aquí cambia totalmente"

"Mi mamá me decía por teléfono cuando yo vivía con el padre de mi hijo: Sí, tú tienes que escuchar lo que él diga. Y yo le decía: No, yo no me voy a dejar, yo no..." (mujeres ecuatorianas)

La maternidad asegura, en teoría, la posición social de las mujeres, y consolida el dominio de los varones. Convertido en padre, el joven varón madura y tiene derecho a su propio poder doméstico. Al mismo tiempo, y también en el modelo ideal, el varón contrae obligaciones. Cuando una joven se queda embarazada el hombre debe responsabilizarse, pero si no sucede así, si es demasiado joven o si no puede asumir una responsabilidad, interviene de nuevo el padre y la familia de la chica se hace cargo de la madre y del niño. La lógica del esquema teórico del estructuralismo se cumple aquí: la representación social cumple la regla según la cual el padre protector se arroga el derecho sobre la sexualidad de la mujer. Quien consigue dejar embarazada a la mujer adquiere la opción de "ser padre" ("/ser madre"), es decir, de convertirse en adulto. Pero si este "nuevo padre" no es capaz o si abandona, el "viejo padre" (o la sociedad de las mujeres) puede eventualmente recuperar a la hija bajo su protección, y ejercer en muchos casos la tutela familiar.

De acuerdo con este esquema, el relato de la vida de las personas entrevistadas se llena de "accidentes" que en realidad no lo son: tener un hijo es la entrada en la vida adulta y el inicio de la vida familiar, es el acontecimiento fundador de la relación de pareja. Al revés de lo que sucede en España, donde se espera a asegurar la relación sentimental antes de tener un hijo, aquí el hijo es lo que sostiene la relación. No tiene el mismo sentido hablar de errores aquí y allí. Lo que para la sociedad española constituye una desviación que pone en riesgo el proyecto personal es allí coherente con el sistema social, y encuentra apoyos y salidas. Aunque moralmente obligado, el varón puede escapar a la responsabilidad sin sanciones. La mujer, vulnerable siempre por el hecho de tener que criar a un hijo, encuentra frecuentemente la protección de la familia de origen y la comprensión del entorno social. Para ambos, la separación siempre es posible, es "barata" en términos administrativos y sociales, y no traumática, aunque deje a menudo a la madre y a sus hijos en una posición económica precaria.

Todo ello hace que la sexualidad se inicie en estos países con prácticas "de riesgo", en las cuales se toman algunas precauciones, pero no de manera tajante. El varón entiende que es la mujer la que debe encargarse de la anticoncepción. Mientras, ella "regula" la anticoncepción de un modo que no sólo no impide, sino que la expone consciente o inconscientemente al embarazo, en caso de que entienda que se encuentra ante el hombre que desea y que la quiere. De hecho, las mujeres se ven obligadas a exponerse como parte de su papel social. Prevenir con rigor el embarazo significa anunciar que se renuncia al ideal de pureza, a la posibilidad de ser madre y a la familia, es decir a un puesto en el orden social. No sólo es contrario a la socialización de las jóvenes, sino que

a menudo está materialmente prohibido. Aunque cuidarse “es cosa de mujeres”, la reproducción está controlada por las parejas y por los padres, como muestra el siguiente relato:

“Y la verdad es que sí, ahora yo veo que hay hartísimas cosas como una se pueda cuidar, ¿no? Solamente que nosotros en nuestro país, el cuidarse y todo eso pues no es... (...) No, no porque los hombres allá no te dejan (...) Bueno, me embaracé luego de mi segundo hijo y ya mis padres... (...) Entonces mis padres ya fueron quienes me pusieron la te”. (EP1)

También es diferente la posición del matrimonio como institución. En España es visto como un medio seguro para establecer una familia con garantías. Entre los informantes latinoamericanos aparece como un recurso institucional caro y poco utilizado. Encontramos que la mayor parte de los participantes no se ha casado, y los hijos en común son el elemento básico de la relación. Cuando ésta se rompe, se sobreentiende que los hijos se quedan con la madre (quien a menudo regresa al hogar familiar de origen), mientras el varón debe participar en el sostenimiento de la familia, aunque sin obligaciones legales reconocidas. Entre las capas de población más populares, ni el Estado ni la Iglesia son necesarios para sostener la compleja trama social que forman las familias: de ahí la posición relativamente secundaria del matrimonio. Probablemente en las clases medias y medias altas, cuando existen propiedades, el matrimonio formal sí se utilice con más frecuencia.

Pero, como se dijo al principio, el orden patriarcal es un orden en crisis herido por la sociedad urbana y capitalista. La dinámica del cambio social nos introduce en la necesidad de nuevos modelos teóricos. Detrás de muchas historias de emigración encontramos el relato de su crisis del mundo patriarcal, la muerte o la deserción del padre que ha dejado a las jóvenes de la familia desprotegidas:

“- Pues yo, mi padre se murió cuando yo era muy pequeña, vamos, que yo no le conocí a mi padre. Crecí con mis abuelos. Cuando mi abuelo falleció yo me vine a España, llevo ya, voy a hacer los siete años aquí”. (mujeres ecuatorianas)

Encontramos también la ilegitimidad o los segundos matrimonios que de nuevo desprotegen a la familia o a parte de la misma en caso de disputa por la herencia.

“Y luego él falleció cuando yo tenía doce años, y ya quedó sólo mi madre, porque éramos tres mujeres, tres niñas, porque la mayor quedó de quince años, yo de once y la otra de trece. Y ya luego mi madre... Porque mi padre era viudo, tenía otro hijo. Y luego, como allá en Ecuador todo es el dinero, el dinero, el dinero, usted va a un abogado y todo tiraron para ellos. O sea, legalmente nos quedamos sin nada, que prefirieron a mis hermanos mayores por parte de padre”. (mujeres ecuatorianas)

Otras historias hablan de mujeres que reconocen en la experiencia migratoria la historia de lucha económica de sus madres, abandonadas o viudas. Incluso en algunas narraciones, se produce una especie de sustitución simbólica: la hija ofrece a la madre la estabilidad económica que el padre le negó al abandonarla. En cierto modo, la hija se convierte en padre proveedor, recomponiendo un orden roto.

“Bueno y una de las cosas que más valoro, en esta oportunidad de haber venido aquí, es que pude hacer realidad sueños de personas que quería muchísimo. Por ejemplo: mi madre. Mi madre había trabajado mucho: en restaurantes, de cocinera, en casa de familia limpiando, para sacar adelante a mi hermano y a mí, porque mi padre nos abandonó cuando éramos pequeños. Entonces cuando tuve la oportunidad de venir a trabajar a España ella ya se quedó en casa con el niño, y ahorrando le compré una casita, ella se quedó en casa con el niño. Ya no tenía que matarse trabajando. Ya vivía para ella y para el niño. Y eso me ha dado una satisfacción muy grande”. (mujeres colombianas)

Aparecen también historias de mujeres que se encontraron solas, con uno o más hijos, madres solteras o separadas, y que decidieron viajar para mantener a su familia o escapar de una historia sentimental fracasada. El embarazo imprevisto adolescente o juvenil es muy frecuente, y puede ser una de las causas más o menos ocultas de la migración, explicada en términos de microhistoria, de referencia al pasado personal. Este fenómeno podría explicar bien por qué una gran parte de las mujeres extranjeras que abortan en España, siendo jóvenes pero no adolescentes, han tenido su primer hijo con varios años de antelación al momento de su IVE: se embarazaron siendo adolescentes o muy jóvenes.

“Cuando yo tuve a mi niña a los veintiún años, me casé a los veintiún años... Y mi matrimonio ha ido un poquito mal y lo tuve que dejar, y me quedé a vivir con mi madre y mis hermanos, que moralmente yo siempre-siempre me han ayudado, a pesar de que mi madre siempre me decía: te he dicho que estudies. Y yo le he dicho: No, si ya tengo mi hija y es un motivo más para salir adelante y vivir por ella, ya tengo por quién vivir, le decía a mi madre. Y ahora la tengo, ya tiene siete años. Me siento muy feliz a pesar que estoy aquí fuera de ella, pero yo sé que todo sacrificio tiene recompensa. O sea, ¿yo estoy aquí por quién? Por ella. Por darle algo mejor. Y pues estoy aquí”. (mujeres bolivianas)

“Mis padres me mandaron acá (...) Y entonces pues eso, pero... yo creo que los padres... yo ya estaba separada, ¿no?, del padre de mis hijos. Y lo que mis padres querían era que ya no vuelva por allí yo creo que con esta persona, y como mucho me molestaba y todo eso pues dijo mi padre. Vendieron su casa. Vendieron su casa y me dijeron que yo me venga primero. Luego me vine yo, luego mi hermana... Y así. Estamos aquí; ya todos casi”. (EP1)

Por lo tanto los inmigrantes viajan desde un modelo en crisis, puesto que el poder (y la protección) del padre se encuentra en entredicho por los cambios económicos y sociales acaecidos, y se dirigen hacia un modelo ideal, el español, que parecería ser más capaz de sostener sus expectativas. Los rasgos básicos del modelo de natalidad español, recogido por todos los informantes, son el retraso de la edad del primer hijo y la reducción del número de hijos. Es decir, la planificación familiar:

“Con dieciocho años allá ya puedes casarte, tener hijos, y puedes hacer lo que quieras de tu vida, porque ya eres mayor de edad. Mientras aquí ya, los españoles, aquí sus hijos los tienen ya bien preparados, o sea, ellos estudian primero y los tienen a sus treinta y dos años... Pero ya tienen su profesión, ya tienen cómo traer a un niño al mundo, ya no los trae como nosotros, sin tener pensado en eso, ¿no?”. (mujeres colombianas)

La cita anterior, cuyo contenido se reitera en todos los grupos y entrevistas, muestra no solo una descripción de un hecho social, sino una valoración positiva y una crítica simultánea hacia la sociedad de origen. Todos los emigrantes asumen en el discurso la bondad de la planificación. Esto aparece reflejado en la respuesta a las técnicas

proyectivas con total claridad. Existe un modelo de familia hegemónico que actúa como un ideal “asimilador” de las poblaciones emigrantes en España¹⁴. En el caso de los emigrantes de América Latina, este ideal de familia es especialmente fuerte, pues la base antropológica es muy común con la autóctona, y ninguna “tradición” o “diferencia cultural” ralentiza decisivamente esta asimilación.

5.2. La familia en España: el hijo como objeto de deseo

Todos los participantes, preguntados por su hogar ideal, dibujan un lugar común¹⁵. Una casa en propiedad donde una pareja reparte su vida entre el trabajo, las aspiraciones personales y la vida familiar encarnada en un hijo o dos. Este modelo, que se repite en todos los grupos, responde a una familia nuclear con muy pocos hijos, deseados y planificados.

El tipo de familia es inseparable del estilo de vida de una sociedad de empleados: hombre y mujer trabajan, poseen una vivienda y un nivel alto de consumo, y se plantean el ascenso social de los hijos como una posibilidad y una obligación hacia ellos. Es también inseparable de la igualdad de los cónyuges. En primer lugar, porque su sostén exige dos sueldos.

*“Eso sería más de una pareja en la que la mujer esté preparada como el hombre, los dos trabajen, tengan una carrera, porque, hombre, una casa así no es... no te sirve cualquier trabajo, tienes que estar preparado y poder ir escalando si no”.
(varones colombianos)*

La felicidad doméstica que se asoció tradicionalmente a la presencia de un ama de casa y a la división sexual del trabajo, se asocia hoy a un nivel de consumo que precisa que la mujer trabaje fuera del hogar. Pero simultáneamente ambos deben colaborar y realizarse como individuos. De ahí que en la construcción del modelo, los valores democráticos pesen tanto como los objetos: “*amor, respeto, compañerismo, unión, superación*” (mujeres bolivianas) dirán las mujeres. Y un varón concluye: “*los dos tienen ese mismo pensamiento*”.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los informantes provienen de familias complejas, con estructuras inestables, varios matrimonios, hijos en diferentes continentes, etc., el modelo adquiere un carácter hipnótico. La familia se presenta con su naturaleza

¹⁴ Hay que considerar además que “los estudios más recientes dan cuenta de cómo en la cultura reproductiva de los inmigrantes repercuten más las condiciones materiales del nuevo hogar donde se vive que los valores del lugar donde se ha nacido.” (León Salas, 2005). Las conclusiones de E. Todd (1996) redundan en este mismo corolario.

¹⁵ En nuestro estudio la palabra “dibujar” adquiere un significado literal, puesto que la técnica proyectiva que se empleó implicaba la realización de dibujos. Algunos ejemplos de este material pueden verse en el Anexo III de este informe.

básica de unidad económica. Amor y consumo son inseparables y los hijos se sitúan dentro de ese círculo: como sucede en la sociedad española, son el objeto de consumo más deseado, el que da sentido al resto de los objetos. Proyectados sobre el fondo del nivel de vida y de la felicidad doméstica, los hijos aparecen en su carácter privatizado e intensivo. Son un objeto de deseo, lo que súbitamente da pleno sentido a la expresión “hijo deseado”. Los hijos deben tenerse dentro del círculo que forman el amor y el consumo. La parejita, como reflejo narcisista de la pareja fundante, muestra también el ideal de simetría entre hombres y mujeres. Incluso la naturaleza debe comportarse con equilibrio y dar a cada sexo lo suyo.

“Puede, si estamos bien, a lo mejor...”

- Económicamente y si tienes pareja...

- Económicamente con la pareja, se puede llegar a tener la parejita.

- Lo que decimos nosotros: una parejita.

- La parejita”. (mujeres bolivianas)

Antes del perfilado de este modelo, en sus países de origen la expresión “deseado” no tenía el mismo sentido, o casi no tenía un significado propiamente dicho. Allí, los hijos no son deseados o no deseados, puesto que antes de nada han de ser. Son la base de todo lo demás, y no la consecuencia. En sociedades que no pueden llamarse de consumo con propiedad, como son aquellas en las que viven las capas medias y populares de América Latina, son los hijos los que dan sentido a los roles de los padres, puesto que no hay sociedad patriarcal sin hijos: ser padre o hijo, madre o hija son las posiciones sociales básicas. Los niños no están tan “privatizados”, no pertenecen sólo a la pareja, sino que son parte de la familia extensa (y de la comunidad vecinal), cuya continuidad aseguran. Por otra parte, su misma abundancia los desprestigia: cómo dice un informante, “*hasta el más pobre puede tener un hijo*”.

En España, en lugar de ser la condición de existencia de la familia, son su colofón. La condición para alcanzar este modelo de felicidad doméstica es precisamente no tener hijos.

“Una mujer, para tener una casa así, muchos hijos no creo”. (varones colombianos)

“¿ASÍ VEN A LA FAMILIA? ¿CON UN HIJO?”

- Aquí, sí.

- Aquí, sí.

- Es que aquí no puedes, no da para tener más hijos”. (mujeres bolivianas)

De manera que estamos ante un esquema profundamente coherente, casi autoritario. La sociedad española ofrece el ideal, garantiza su posibilidad misma mediante un sistema de

planificación familiar y un número suficiente de empleos, y penaliza los errores. Este tercer elemento de la "penalización" es enormemente potente, como se verá más adelante. Pero antes de profundizar baste decir que tener hijos fuera del círculo, sin dinero o sin pareja, está mal visto socialmente, pone en riesgo el empleo y todo el proyecto vital. En el caso de los emigrantes, cuya situación en la sociedad de consumo es precaria, estos riesgos se acentúan.

5.3. Familias transnacionales

Divididos entre el modelo patriarcal en descomposición y el modelo nuclear hegemónico, las personas que emigran tienen familias reales y situaciones de una gran complejidad. Hay un número importante de solteros y solteras, también matrimonios sin hijos, pero son más numerosos los que tienen hijos en el país de origen, dejados al cuidado de un familiar, normalmente una de las abuelas, o una tía cuando ambos padres han viajado. Otras veces los hijos permanecen con el padre o la madre, y es el otro cónyuge el que "viaja solo". Las historias son variadas y complejas, con tiempos biográficos y relaciones nada lineales, hijos que empiezan allá y luego crecen y se los traen, idas y venidas entre el país de origen y el de destino. Los viajes implican también a los niños: traerlos aquí es el sueño de las familias, muchas veces realizado. Pero también se produce el viaje contrario: hay hijos nacidos en España que son enviados al país de origen para ser cuidados por un familiar.

La emigración, vista desde los relatos de los emigrantes, supone un enorme desajuste de la reproducción como proceso social. Lo que ellos llaman "destrucción de las familias" es el efecto más llamativo de aquello que los sociólogos empiezan a llamar "familias transnacionales" (Pedone, 2007). Pues en efecto se trata de crear y mantener lazos familiares, con la familia extensa, con los hijos, entre las parejas, tomando al mismo tiempo decisiones que trastocan el tiempo y el espacio de las relaciones.

Las consecuencias de esta transnacionalización son varias: sin duda personales y psicológicas, tanto para los padres como para los hijos, que se crían alejados de su madre o su padre. Son ellos quienes sin haberlo decidido emprenden aventuras migratorias y se ven sometidos a difíciles tránsitos de adaptaciones y reagrupamientos familiares varios. El dolor de la separación está presente en todos los relatos:

"Pues hablar por teléfono con los seres queridos no es igual como estar allá con ellos y verlos. Es que no es igual. Por ejemplo, yo a la semana, yo hablo todos, todos los fines de semana hablo con mi hija por internet. Y hay días, hay veces, hay semanas que hay veces que no quiero entrar al ordenador, porque al solo apagar el ordenador y decirle adiós, me voy llorando. Ya estoy un año y ocho meses... o sea, en Madrid estoy un año y ocho meses he estado en Cádiz; un año y ocho meses lejos de mi hija y... y me sigue, sintiendo ese dolor que... que no se me acaba". (mujeres bolivianas)

Pero sobre todo supone una metamorfosis que sin duda crea muchos dramas personales. La decisión de emigrar se toma a menudo entre varios, es una estrategia familiar, aunque también personal. Una vez iniciada la aventura el emigrante se encuentra solo e impulsado por un proceso de individualización muy poderoso, exterior a ella o a él. Los lazos se distienden, las parejas se distancian, los cambios personales se acumulan y hacen imposible la vuelta atrás. Son innumerables las citas que hablan de crisis de pareja, de separaciones, de distanciamientos sentimentales. Y también de reconstrucción de las redes y de reanudación de una vida en común tras un tiempo de separación. Lo importante para nuestro fin es que el emigrante no tiene siempre un proyecto individual en origen (a veces el viaje se decide de una semana para la otra, muy rápidamente), pero lo acaba teniendo en destino y en este cambio se producen muchas ambigüedades, acontecen tormentos y dudas. Cualquier decisión que tome, una vez en España, le afectará a él o a ella, pero también a sus padres, sus hijos, sus hermanos, la pareja con la que ha viajado o que dejó allá. En cierto modo viene a cumplir una promesa cuya carga vive a veces con amargura.

“Yo soy independiente, yo no dependo aquí de padres ni de nada, porque a veces la familia es el peor enemigo tuyo. Aquí te pueden tener dos o tres meses sin trabajo, y ya a los tres o cuatro meses pues te están diciendo: Hey, a buscar trabajo”. (varones ecuatorianos)

Aunque las redes sean un elemento básico de la inmigración, no son fácilmente analizables, pues se transforman obviamente durante el proceso. La familia y la vecindad pierden relevancia en el tránsito, y cobran una enorme importancia, como se verá, las redes de iguales, “los compatriotas”, “las amigas”, “las hermanas o primas”. Al perder los vínculos su contexto social y territorial, estos se reinterpretan. Los individuos concretos pueden ser los mismos: pero una hermana no es lo mismo en la sociedad de origen, donde la presencia de la familia al completo establece los roles y mantiene unas reglas de poder relativo, que en España, donde se convierte en una igual, o en una protectora, o en una vigilante. El peso y el valor de una pareja no es el mismo tampoco, cuando el modelo familiar ha sido “nuclearizado” ante la experiencia del viaje. Todo ello tiene una enorme importancia en la configuración de la nueva personalidad y en las decisiones que afectan a la planificación familiar.

La dificultad del proceso se expresa en un tópico de la emigración: todos dicen que viajan para ahorrar un dinero y volverse. Dos, tres años, es el límite que se plantean en la teoría, pero luego la mayor parte se instala y hace su vida en España. Así lo expresan en repetidas ocasiones:

“No era mi plan venir, seguir saliendo con él sí, pero yo trabajar por mi cuenta, volverme pronto a mi país. O sea, quedarme aquí no, no era mi plan”. (mujeres ecuatorianas)

“Venimos aquí, nos quedamos cinco años trabajamos y nos vamos. Mentira. Seguimos aquí y no somos ni más ricos de lo que vinimos ni nada. Mi meta es

ésa, irme a los cinco años, pero yo lo veo claro que no va a ser posible". (varones ecuatorianos)

A menudo se hacen esfuerzos por recuperar un entorno familiar, y sobre todo volver a contar con la ayuda de la familia para la crianza de los hijos. Las "abuelas transnacionales" son un fenómeno nuevo, curiosamente paralelo al papel que desempeñan las abuelas en la sociedad española, como sostén del empleo de sus hijas. Tan sólo tenemos que multiplicar el número de kilómetros y de dilemas:

"Mi suegra es una excelente persona, me ha venido a ayudar". (mujeres ecuatorianas)

Pero en su mayor parte el discurso se refiere a las parejas, aunque veremos el gran papel que juegan las redes débiles (amigas, compatriotas, vecinos del lugar del origen) en la asimilación de los inmigrantes, y el de la familia extensa en su arraigo. Viajen o no juntos, la emigración supone un gran estrés para la pareja y el rumor de una crisis generalizada aflora en los discursos.

5.4. Emigración y parejas: una gran crisis sentimental

Los relatos de las personas que han emigrado se llenan, como dijimos, de rupturas, separaciones y traiciones. A veces se trata de decisiones iniciales que acompañan la ocasión de la migración, sobre todo en los más jóvenes, que rompen con el pasado para lanzarse a la aventura:

"Cuando uno se viene de acá uno viene dispuesto a desprenderse de todo, hasta de la pareja". (varones colombianos)

"Acordamos terminar la relación". (EP4)

Más frecuentemente, se deja atrás una forma de vida con la intención de mantener el vínculo sentimental, pero éste se rompe por la distancia, por la necesidad de convivir con alguien, por la infidelidad o incluso por los rumores:

"Yo vine solo, le dejé a mi esposa allá y... y como dijo aquí él... Se enfrió la relación que teníamos con mi mujer, porque yo vine cuando estábamos en la mejor época del matrimonio, y pues la distancia hace que se termine todo..." (varones ecuatorianos)

"Mucha gente viene... se destruye aquí. Él se buscó otra persona aquí... ha tenido una hija aquí... Cuando yo me vine pues ya me enteré de todo... Fue muy mal, se destruyó todo". (mujeres ecuatorianas)

"Para mí, yo creo que, parecido; porque uno viene con una ilusión a otro país para buscar nuevos rumbos, para mejorar su sistema económico, que él tiene; entonces hay la promesa de la fidelidad, supuestamente, entre la pareja, estoy hablando de una pareja que se encuentra en Bolivia y, o el hombre aquí, o al revés, pero un 80% yo creo que existe separación, digamos, ese cambio yo le encuentro, y es notorio en todo..." (varones bolivianos)

Por último, algunas parejas viajan juntas o también se reagrupan aquí tras un tiempo de separación. Algunas veces la relación se fortalece con la experiencia. Pero en otras ocasiones, abundantes según lo observable en los discursos, la pareja no resiste los cambios. No es fácil valorar de manera sintética las metamorfosis que se producen, y que tienen una estrecha relación con las decisiones en torno a la contracepción. Hay que considerar un hecho básico: en los países de origen hay numerosos conflictos sentimentales y separaciones, y muchos están detrás de la decisión de emigrar. Pero allá las relaciones tienen más elasticidad, porque existen escapes socialmente admitidos y apoyos familiares y vecinales que son inexistentes en España. Librada a sí misma, la pareja sufre una enorme presión que no conocía antes.

Los relatos de pareja se diversifican y se complican, pero al menos hay que tener presentes ciertas constantes de la propia situación de emigración. Están las dificultades materiales y el estrés que supone el estar viviendo ilegalmente en una sociedad extraña, conviviendo en una habitación, con poco dinero y con deudas, con numerosos problemas y tensiones:

“En los ocho años que le conozco nunca me había alzado la mano; y a la semana que estuve aquí me alzó la mano. O sea, fue un caos tremendo...” (mujeres ecuatorianas)

El caos de la llegada se expresa casi siempre sentimental y sexualmente, aunque también hay historias de fraudes y engaños económicos. Pero sobre todo abundan las historias de infidelidades que terminan con la relación de forma dramática. Como veremos más adelante, en esa confusión se producen a veces embarazos que tensan al máximo la relación entre la pareja. Algunas investigaciones ponen de manifiesto que la desintegración familiar es un fenómeno muy extendido entre los grupos familiares de migrantes ecuatorianos, que se traduce en una nueva significación del proyecto migratorio inicial y en la conformación de nuevos grupos familiares¹⁶. En el grupo de mujeres ecuatorianas se observa con insistencia esta descomposición:

“Tuve una pareja, pero me fue muy mal; fracasé... me maltrataba... lo pasé de lo peor”. (mujeres ecuatorianas)

“En ese tiempo él ganaba bien, yo ganaba bien, y hicimos una casa en Ecuador, pero lastimosamente él me robó, me maltrató. Me trató de lo peor... Y yo no tenía papeles en ese entonces... y tenía miedo a denunciarle... ahora me doy cuenta que podía denunciarle, que la protección la tenía... pero, en ese entonces, no me daba cuenta...” (mujeres ecuatorianas)

Como vemos, al hilo de los conflictos de pareja narrados por las mujeres surgen espontáneamente historias de maltrato y chantajes emocionales, pero también, una vez

¹⁶ Relaciones de género en las cadenas familiares ecuatorianas en un contexto internacional. Claudia Pedone. Departement de Geografia. Universitat Autòma de Barcelona.
http://www.iudesp.ua.es/actividades/2007/IIIseminario_migraciones_docus/talleres/Pedone/genovafinal.pdf

superados los primeros momentos de confusión e incertidumbres, sobresalen los relatos en los que las mujeres tratan de liberarse del peso del dominio del varón, reafirmando en sus posturas y dando muestras de entereza ante situaciones tremendamente delicadas, en el trance de reconstruir su vida cotidiana y sacar hijos adelante sin contar con otros recursos o apoyos sociales.

“Pero uno cambia también, por esas situaciones cambia uno, a una la ponen más dura... Porque digo: yo no me dejo... porque eso es así, como estamos nosotros ahora, así de... como decir, resabiadas, allá en nuestro país no podemos hacer eso... Aquí en cambio, sabemos cómo es aquí el ambiente, pues nada, nos vamos”.

“Y decidí cortar con ello. Aunque aguanté mucho, pero a la larga lo conseguí. Y me separé de esa persona y ahora estoy mucho mejor”. (mujeres ecuatorianas)

Los dramas y realidades descritos en las historias de maltrato contrastan con el trasfondo defensivo mediante el que los hombres se refieren a las mismas situaciones. Se atribuyen a sí mismos incluso el papel de agresores, pero no porque se identifiquen necesariamente con la actitud agresora, sino porque presuponen que sus ideas y su prácticas serán consideradas “machistas” en el nuevo contexto local, y provocarán una reacción.

“Díganme ustedes en Ecuador que, los problemas familiares son muy grandes, que algunos llegan a pegarle a su mujer, normalmente allí, yo lo digo porque yo he visto... mi familia ha pasado por eso. ¿Y en algún momento ha habido denuncia? Allí una denuncia no es por nada, aquí hay una denuncia, ¿no?, y aquí te jodes si te denuncian, aquí vas preso o bien haces una multa. Pues aquí, por eso, yo digo, por eso, aprovechan también...”

- Es que aquí la mujer denuncia, lo que sea, y allá no. Allá es por temor y aquí es porque sabe que están amparadas.

- La sociedad ecuatoriana es machista... Nos toman como machistas”. (varones ecuatorianos)

5.5. La epidemia de las libertades nuevas y el cambio cultural

Además hay que considerar la otra cara del caos, la libertad adquirida. Los emigrantes, tanto ellos como ellas, descubren que son jóvenes desde el punto de vista de la sociedad española, y se encuentran de pronto “liberados” del control social de sus pueblos y ciudades, alejados del consejo o la presión de las familias, con dinero y con acceso a la sociedad de consumo. A la vez, están solos y necesitan diversión y compañía. Las voces de hombres y mujeres dibujan un cuadro donde se refleja el otro sexo en este escenario de posibilidades:

“- Yo creo que viene aquí la mujer y dice: Mira, si allá en Ecuador estaba bajo la tutela de mi marido, que no me dejaba hacer, me cuadra ahora salir con mis amigas a la discoteca, cuando vienen las mujeres solas acá, en una discoteca conoce a una persona, ve que la amiga se acuesta... las dos noches se acuesta con un chico y dice: Si aquí no dicen nada, no hay problemas morales... No me conocen... Eso, que no me va a decir nada el vecino...” (varones ecuatorianos)

“Los hombres hacen lo que les da la gana, quieren estar de juerga y todo eso. Y como los colombianos son todos iguales... Son casi todos por el mismo estilo. Les gustan mucho las mujeres, ir de discoteca...” (mujeres colombianas)

“No, y como dice, la mayoría está sola, y hace lo que quiere, y no piensa, y tampoco tiene consejo de nadie... Lleva la vida a la manera de uno, como uno quiere. Buena o mala, pero sin control”. (mujeres ecuatorianas)

La calificación de “descontrol” parece, más que la descripción de unos comportamientos muy extendidos, la expresión de la vivencia íntima de una crisis, casi una confesión. La asimilación a las prácticas de una nueva sociedad actúa como un acelerador de ciertos procesos que sin duda ya estaban en curso. De pronto, ambos sexos han emigrado y están viviendo una aventura que los iguala. Además de ser hombres o mujeres, son emigrantes y trabajadores: la experiencia de la emigración borra las diferencias iniciales y desdibuja el orden patriarcal:

“Es complicado, es un choque. Porque nosotros allá tenemos otro tipo de costumbres... allá el hombre es el encargado de trabajar y la mujer muy pocas trabajan allá... acá es lo contrario. Acá todas las mujeres, o casi todas las mujeres trabajan. Y el hombre también y hay un... viene el enfrentamiento, ¿no?”. (varones ecuatorianos)

“Es que yo a veces le decía que no salga tanto, que se encargara más de los niños. Y ella pues que no, que ella no estaba en Ecuador, que estaba en Europa, que ya no dependía tanto de mí, que ella ya ganaba su dinero... Pues empezaron así problemas, problemas, y para estar discutiendo y que siempre te estén diciendo cosas, pues lo mejor que hice fue separarme”. (varones ecuatorianos)

Si acudimos al modelo culturalista en la teoría, podríamos afirmar que las pautas culturales de la sociedad de origen se trasladan a España, y aquí resultan problemáticas. Esto es parcialmente cierto, e incluso los propios inmigrantes elaboran explicaciones que implícitamente incluyen esta misma forma de pensar. Por ejemplo, la interpretación de las mujeres colombianas, las más maduras y las que llevan más tiempo en España, es clara: "los hombres quieren que todo cambie menos ellas". Y en esa tensión se produce la ruptura. Se enfrentan a una vida nueva a la que tienen que aprender a adaptarse. El trabajo externo al hogar les hace plantearse enseguida la idea de compartir los trabajos domésticos con el hombre. Van adquiriendo fuerza en la pareja mientras el varón siente cómo se va rebajando su dominio.

Desde el modelo teórico de la red social y del contagio, diríamos más bien que lo que ocurre es que varones y mujeres migrantes se contagian de nuevos comportamientos y actitudes, que provienen del contacto con un mundo nuevo: libertad, autonomía, equiparación de género. Sin embargo las mujeres se contagian más rápidamente que los varones con estas nuevas formas de pensar y de comportarse, muy probablemente por su mayor apertura al exterior, al mundo de los servicios locales. Esta diferencia de velocidades es responsable de buena parte de los desajustes que se traducen en ruptura, incomunicación, y el resto de los problemas que estamos estudiando.

- Otro elemento de esta libertad recién descubierta es la apertura al mundo social del ocio de varones y mujeres. Al varón parecen fascinarle las posibilidades de diversión y relación descomprometida que observa en la vida madrileña. Con frecuencia, especialmente si se da el caso de que ha llegado con anterioridad y ha vivido una larga temporada como soltero aquí, adquiere fácilmente el hábito de la salida con amigos a las discotecas y bares. Las mujeres nos relatan cómo ellos pretenden continuar con ese tipo de vida una vez que se han reunido con sus parejas. En realidad aún no han cambiado en profundidad. En cambio la mujer aquí sí se atreve a protestar y a exigir otros comportamientos; exige compartir el ocio, mientras se da cuenta de que “*allá no me habría atrevido a abrir la boca*” con lo que se dan muchos problemas y dificultades.

Ellos no entienden la nueva posición de ellas, abiertas a que todo cambie, mientras ellas no aceptan la pretensión de ellos de que todo cambie menos el fondo de predominio que les otorga su sexo:

“Los hombres de aquí, las mujeres de aquí, tienen una forma diferente de ver las cosas. Y nuestros maridos pretenden que nosotras sigamos siendo las mismas que éramos allí, viviendo otra vida aquí. Y eso es lo que choca. Por eso es que muchas veces tenemos problemas con nuestros maridos, porque ellos quieren que sigamos siendo así, sumisas... (risas)”.(mujeres colombianas)

Muchas mujeres se sienten atraídas también por esta promesa de diversión frente a la dureza de la vida de inmigrantes y el desapego de sus parejas, y su actividad laboral les hace sentirse fuertes para reivindicar su derecho a hacer lo mismo que los hombres; se sienten capaces de vivir sin el varón merced a su independencia económica. Es interesante el descubrimiento de la dilatación del tiempo de la juventud, por parte de las mujeres. Habiendo sido madres con menos de veinte años, descubren con treinta o cuarenta que no están acabadas, que pueden salir, ligar, estudiar, tomar decisiones... La ampliación del campo vital entusiasma, aunque su contrapartida sea a menudo la soledad y una soltería que en sus países no era posible:

“Nosotros las mujeres, después de los treinta años, somos viejas, hasta para conseguir un marido, un esposo, un novio. Ya nos ven mayores. Hasta para conseguir un trabajo también lo mismo; en los anuncios de los periódicos hay mucha limitación por la edad...(...) Y aquí yo sí quiero pues ando con la blusa corta, si quiero con la falda corta, nadie dice nada... Que me refiero que no hay limitaciones por la edad, digamos, ¿no?” (EP4)

“Yo decidí quedarme, nos separamos... Y en lo personal ha sido superpositivo porque me ha dado más fortaleza. El hecho de vivir aquí sola, y adelante. Y conseguir todo lo que he conseguido hasta ahora...” (mujeres colombianas)

5.6. Ambigüedad y dilemas de responsabilidad en las relaciones de género.

Así se configura el contexto donde se producen las relaciones sexuales y aparecen los embarazos. En el caos sentimental de la llegada acontecen errores y distorsiones de las

relaciones, problemas de comunicación en un mundo donde las prácticas sexuales continúan, pero su contexto ha cambiado ineludiblemente.

El varón pierde en gran medida el poder simbólico que tenía dentro de la red de relaciones familiares, debido a que esa red deja de operar, no está presente, y a que la mujer adquiere una posición mucho más simétrica dentro de la pareja, ya que su aportación económica es ahora decisiva en la economía familiar.

Pero este cambio que se produce en la práctica cuesta asumirlo en las relaciones interpersonales, y se producen numerosos desajustes a causa de ello. Muchos varones inmigrantes aún priorizan las relaciones con los pares, donde el mito del "macho" pervive, mientras que las mujeres aún fantasean con que la lealtad del varón pueda llegar si aciertan a darle el hijo que desea.

Desde el punto de vista del género, la emigración induce una transformación de enorme ambivalencia. Sin duda las mujeres adquieren libertad, pero también se enfrentan a una nueva inseguridad. Son frecuentes los relatos sobre relaciones inestables que se utilizan como asideros, como "clavos ardiendo" a los que agarrarse. Las mujeres que emigran son jóvenes, se sienten solas y sueñan con la estabilidad, por lo que inician relaciones con la esperanza de que duren y les brinden un apoyo. El varón tiene un rol doble: el que ha tenido siempre en su educación sentimental como protector y padre de sus hijos, y el que adquiere en la nueva sociedad, donde el ideal de familia nuclear exige un compañero nuevo para compartir la experiencia vital, el alquiler o la hipoteca, y el deseo de los hijos.

Entre las mujeres que interrumpieron un embarazo son frecuentes este tipo de historias de cálculo errado:

"El primer mes, nosotras estamos solas, por eso nos aferramos a cualquier persona que aparece." (EP4)

"Y bueno, cuando yo vine aquí pues recién no tenía trabajo, no tenía nada. Y bueno, conocí a una persona y, bueno, yo con esa persona no estaba tan estable y... y bueno, pues este, llegué a embarazarme, pero en realidad ese (.) no me daba a mí oportunidad para tenerlo, ¿sabe? Y con esta persona no, no era algo estable y tampoco queríamos niños. Y al principio... al principio... quería y no quería, ¿sabe? Y entonces... hasta que recurrí ya, vi que sí, si que no más tenía que hacérmelo sacar porque aquí... Quizás hay muchas posibilidades aquí, pero en ese entonces yo no sabía de nada de eso, que me ayudarían o algo así, nada". (EP3)

Por supuesto que también para los varones la posición de las mujeres se ha vuelto problemática. Se encuentran desorientados ante un campo aparentemente mucho más abierto en el orden sexual, pero en el que en realidad chocan con una mujer mucho menos sumisa, y sin embargo más valiosa en su estatus de trabajadora remunerada. Para muchos, la primera reacción es la irresponsabilidad. Las mujeres del estudio mencionan insistentemente el cambio que la emigración produce en los varones:

“...Una mira a su pareja como al que conoció allá, como el que formó su hogar. Aquí no, aquí el hombre se libera un poquito más. Se abre, y está buscando, no sé lo que busca. Está como en el mundo buscando no sé qué”. (mujeres colombianas)

Si las mujeres son más libres en España, según repiten todos los informantes, también lo son los hombres. Hemos mencionado que en una sociedad patriarcal típica existen responsabilidades y controles sociales. Dejar embarazada a una mujer tiene consecuencias en el país de origen, aunque las obligaciones se moderen luego mediante diferentes formas de convivencia relajada o separación. Pero, ¿qué sucede en otro país? ¿Quién va a reclamar la responsabilidad cuando no existe apenas un contexto de red interpersonal cercana, ni vecinos, ni una familia amplia? ¿Quién va a asumir obligaciones cuando los varones acaban de descubrir que son jóvenes y que pueden disfrutar del consumo y del sexo?

“Si yo no viniera con mis principios desde mi país, yo ahorita mismo estuviera visitando prostíbulos, porque aquí la sexualidad está abierta a... como digo yo a mis compañeros allá en Ecuador. Claro, puede ser también el retraso cultural, pero ese retraso cultural yo creo que es beneficioso pa nosotros allá, porque nos controla, nos pena, hay disciplina, hay reglas...” (varones ecuatorianos)

“- Bueno, o sea, personalmente yo digo que lo tengo bien presente, porque yo, o sea, para mí, que yo soy muy joven, yo tengo veinte años tan solo, eh... yo digo que, o sea, yo estoy en plena etapa pues de rendimiento de vida, que por lo menos aquí me estoy dando gustos, bueno, en Colombia también me los daba, eh... mientras que si yo tuviera una responsabilidad de un hijo, o sea, sería totalmente fatal para mí. O sea, personalmente yo me doy lujos tanto allá como aquí que... bueno, o sea, lujos entre comillas, ¿no?, que si tuviera un hijo no me los podría dar”. (varones colombianos)

Si hablamos en términos psicoanalíticos, se ha pasado del orden del padre al orden del hijo, una situación que desata los lazos jerárquicos y que resulta liberadora para las mujeres -las hijas-, pero sin duda también es más peligrosa. La desconfianza hacia los varones como parejas firmes está ahora más presente en los grupos de mujeres: ellos pueden huir y pueden cambiar. Todas hablan con la mayor cautela, como si la libertad masculina pudiera dejarlas solas en cualquier momento. Se sienten como en “un columpio”:

“...Yo también tengo mi pareja, pero yo sé que a la vuelta de la esquina no sabes lo que te va a pasar. Estás cómo decir, en un columpio, que si te miras para acá te caes para allá, que no estás estable (- Sí). Porque aquí los hombres cambian, son variables, totalmente, como puedes decir, es la gran persona que conocí, pero la mejor persona que tengo, pero no sabes el mañana”. (mujeres ecuatorianas)

Ya no basta con encontrar un hombre que asuma la relación sentimental continuada y la paternidad: tiene que ser un compañero realmente fiable, no hay una red de relaciones que pueda aportar seguridad sustitutoria. Por lo cual las mujeres viven los romances desde una cierta escisión emocional: abrirse a la posibilidad de un matrimonio estable, pero acostumbrarse, igualmente, a poder salir adelante solas.

“Ya no es como enamorados, ya es diferente (- Claro.), ya lo conoces de verdad a tu pareja, porque al hombre nunca terminas de conocerlo, siempre te asombra

a ti. ¿Este tipo es así?, ¿cómo es así ahora? (risa). Es que es así. La vida es fría, pero... luchando". (mujeres bolivianas)

Algunos varones son muy conscientes de la vulnerabilidad de las mujeres. Éste es un ejemplo: mientras todo el grupo explica que el machismo es peor en América Latina que en España, un joven colombiano disiente, porque aquí no hay alternativas para la mujer.

"Pero yo lo veo, hay más machismo aquí porque allá por lo menos uno deja a la mujer y ella de momento no está sola y uno aquí... Y uno acá se la juega, pero tiene allá a su familia y es su familia, pero aquí... ¿Pa donde va a correr la mujer?" (varones colombianos)

5.7. La nueva pareja tras el asentamiento de la emigración: el adiós al viejo machismo.

En general la emigración iguala a mujeres y hombres, aunque los desprotege; alejados del control social, el destino de ambos sexos se aproxima: *"los dos tienen ese mismo pensamiento"*. Pasan por una experiencia de desarraigo paralela, con similares expectativas e independencia económica. Varones y mujeres viven en un contexto que ve mal el machismo primitivo, y que premia la igualdad (salarial, de derechos nominales) y el control de la natalidad,

El machismo se ve como algo arcaico e inadaptado, que pertenece al pasado. El discurso de la igualdad, que está muy extendido en la sociedad española, llena los relatos de los emigrantes, que reaccionan con admiración, con sorpresa, o con disimulado rechazo, según su éxito social relativo y el tiempo que lleven en España.

Con el paso del tiempo la adaptación fundamental al nuevo contexto se acaba produciendo, pues la sociedad de destino impone su criterio. La mujer latinoamericana aprende progresivamente a usar su relativa independencia y a negociar con el varón, sin "ofrecerle inconscientemente" su capacidad reproductiva; y el varón aprende a vivir mejor con una mujer que aporta unos recursos al hogar que le son imprescindibles, y a negociar con ella, renunciando poco a poco a su viejo machismo sin objeto. La mayor parte de las parejas migrantes (o mixtas) responden a este modelo en nuestro estudio cuando llevan un tiempo en España (de tres a seis años).

"Bueno, yo convivo con una chica colombiana, y pues en el tema de lo económico, pues compartimos los gastos y... y las cosas de casa igual. Y yo, pues, yo estoy encantado. Cuando yo llego temprano a casa yo hago la comida y... y allá en Ecuador muchas veces allá es el machismo de que es la chica la que tiene que cocinar (- Ya.), la mujer es la que tiene que hacerse cargo de toda la casa. Y aquí yo no, aquí si he de poner lavadoras, si he de (platear), o sea, todo. En ese aspecto yo estoy encantado de hacerlo, y no es que con eso me esté volviendo maricón sino que... Es algo que no extraña". (varones colombianos)

La mayor parte de los varones, en los grupos y probablemente en general, aceptan la responsabilidad y valoran la estabilidad familiar, pero no sin ensayos y errores previos. La

nueva familia nuclear acaba imprimiendo orden moral y responsabilidad, alejándoles de situaciones de promiscuidad, escapes fuera del matrimonio y de los excesos del alcohol, que son relativamente frecuentes en la época de recién llegados. Es también para ellos símbolo externo de estabilidad económica y emocional.

“Yo he tenido veintitrés años, amigos, como todos hemos tenido. Que juergas, que bailes, que venga a beber, así como es la costumbre allá. Y yo me puse, como dices tú, la meta es sacar a mi familia adelante”. (varones ecuatorianos)

“.. En todo el tiempo que estoy aquí... no tengo ni siquiera ahorrado ni un...sucre, lo que teníamos antes en Ecuador. Y mira, todo el tiempo ha sido aquí solamente para pagar deudas de que yo me he hecho antes de meterme con mi tercera mujer, que estoy ahora. Y esta mujer me ha hecho (revalorización)... como digo, ahora yo tengo otro mundo, la vida me ha sido ahora más grata sinceramente lo estoy diciendo, y de corazón lo estoy diciendo, porque yo tenía una vida muy mala”. (varones ecuatorianos)

El proceso aquí descrito es en realidad un camino doble, o un cambio dentro de otro cambio. Por un lado, las sucesivas crisis personales reflejan el paso (muy complejo) de un modelo de familia “patriarcal” en descomposición a un nuevo modelo nuclear con planificación familiar estricta. El tipo de negociación, de prácticas y de sentimientos que llevan de uno a otro modelo deben adquirirse en un contexto de intenso cambio personal y de estrés laboral y vital. Ni el tipo de varón ni el tipo de mujer apropiados para el modelo final son los que se formaron en sus países, pues allá el modelo familiar solamente estaba en formación. Las mujeres deben transitar de la “mujer-madre” (en palabras de un informante de Bolivia) a la mujer- trabajadora, y el varón tienen que pasar de ser un “macho” a representar un compañero. No lo hacen al mismo ritmo ni con armonía, como es obvio.

A la vez que se nucleariza la familia, se individualizan sus miembros, y ambos procesos van desacompanados. Las mujeres descubren que pueden actuar con independencia, como las españolas (en una visión que tiene algo de mítica), y los varones hallan que pueden actuar como jóvenes adolescentes sin remordimientos o alternativamente como “iguales responsables”. A nivel global o "macro" es un gran movimiento de asimilación, con dos vías (individualización y responsabilización). Pero a nivel de las personas y las parejas se traduce en conflictos, crisis y desajustes, dentro de los cuales la sexualidad, la contracepción y el embarazo son piezas básicas. Tales cambios constituyen el contexto sociológico actual de la planificación familiar posible y de los embarazos, bien sean continuados o bien interrumpidos.

6. EXPERIENCIA MIGRANTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR. EL CONTEXTO DE LA DECISIÓN EN TORNO AL ABORTO.

6.1. Las dos caras de la planificación: el acá y el allá, el futuro y el presente de los planes

¿Qué papel juega la planificación familiar en la experiencia de la emigración? ¿Qué implica un embarazo y en qué contexto se decide proseguir o interrumpir la gestación? En primer lugar, hay que recordar que no existe, salvo en algún discurso aislado y marginal, una defensa de la natalidad sin control. No está vigente ni se detecta un discurso sobre la familia tradicionalista o ultracatólico, sino más bien una defensa a nivel consciente de la planificación racional de la unidad familiar.

La planificación aparece en los discursos como un valor. El orden de la vida, la secuencia del ciclo vital, debería ser por este orden: estudiar, tener trabajo, encontrar pareja, comprar una casa, tener hijos. A diferencia de los países de origen, España sí ofrece la posibilidad tangible de llevar a cabo ese ideal planificado de vida. En América Latina la planificación (familiar) es un hábito cultural deseable y goza de buen predicamento, pero en cambio las vicisitudes de la economía y la forma cultural de la vida social obstaculizan su realización.

Planificar forma parte de los valores ideales y de la cultura de las clases medias, pero muy a menudo desaparece del orden social práctico en latinoamérica. Las sorpresas en la planificación familiar no son el único ejemplo de actuaciones importantes que no estaban en la agenda previamente. Los sobresaltos financieros hacen que muchas veces nadie se moleste en ahorrar demasiado, en "planificar económicamente el futuro". Y por ejemplo: nadie planeó tener que emigrar, y aquí están. Son la prueba viviente de la poca utilidad de hacer unos planes precisos en países donde la economía y la política son tan inciertas. Hace falta que se den muchas condiciones demográficas, económicas y culturales para poder planificar hasta las últimas consecuencias: un Estado del bienestar, el cumplimiento de las leyes, la seguridad en el espacio público, el descenso de la mortalidad infantil y una esperanza de vida más larga, etc. Sin ser albergadas en este tipo de contexto, las previsiones no tienen el mismo valor que aquí.

En cambio, España es vista como lugar de futuro: representa el orden frente al desorden, el cumplimiento de la ley, la moderación en las sorpresas. La madrileña es una sociedad ordenada donde la previsión es posible y en la cual los avatares desgraciados de la vida

pueden evitarse o corregirse. La relación con el futuro cambia completamente. Como nos dirá un varón hablando de los hijos en Bolivia: allí “*primero los tenemos y luego hacemos el futuro*”. Es un detalle muy expresivo. Esta frase no es sólo una inversión humorística del modelo europeo, sino la descripción precisa de una inversión moral que se produce en la práctica. Lo lógico allá es pensar en el futuro sólo cuando uno tiene un hijo y tiene que sacarlo adelante. Mientras tanto el futuro tiene que esperarse un poco. ¿Por qué pensarlo antes, es decir, para qué preparar sistemáticamente la vida como una proyección continua y prolongada hacia adelante, donde el hijo sería un eslabón más situado al final, como hacemos en la Europa occidental? En realidad éste resulta ser un invento histórico reciente, bastante extraordinario y novedoso, aunque de una gran potencia simbólica. La infancia es ahora un valor clave en el modo de vida occidental de inspiración norteamericana. El niño es la representación canónica e intocable del futuro, algo que nunca se discute y que goza de absoluta prioridad moral. Pero el valor de la infancia es distinto y ni mucho menos absoluto en las sociedades latinoamericanas como las que estamos observando.

La emigración es en sí misma una experiencia de planificación; el hecho de pensarse de entrada desde un plazo y con un objetivo logra que la vida se vuelva mucho más “racional”, tanto económica como vitalmente. Nadie piensa en cruzar el Atlántico para vivir al día, igual que lo hacía en su país de origen. Viajan los que tienen más visión de futuro, y no pueden permitirse echar su esfuerzo a perder. “*Aquí tenemos que estar bien preparadas para todo...*” Planifican la posible vuelta, aunque luego vayan cambiando de opinión.

Las mujeres colombianas lo describen con humor y melancolía: han cambiado una vida llena de problemas, pero también de afectos y vínculos, por otra nueva vida de “oportunidades”, es decir por la potencia, la pura posibilidad: se han “futurizado”, como ellas llegan a decirnos.

“Lo bonito es que uno está aquí lejos de su familia, pero con oportunidades. Allí estás sufriendo, pasando muchas cosas, pero sin oportunidades. Porque allí el pobre es más pobre, el rico es más rico.

*Allí (...) un sueldo, no cubre. Aquí con un mínimo que ganes, ya tienes un futuro, más forjado, más estable. Estás, como quien dice sufriendo, pero (...) Dice un amigo: **no es igual sufrir con oportunidades que sufrir sin oportunidades.** Eso es lo que pasa y eso le da fuerza a uno para luchar el día a día. Las cosas... que se plantea unos ciertos años de estar... **para futurizarte.** Y para luego tener una mejor vida. Para dar más educación a tu familia, a tus hijos. Tienen más oportunidades”. (mujeres colombianas)*

Así, la planificación familiar pasa a formar parte del discurso de los y las emigrantes.

Por si este deseo de asimilación mediante el control no bastara, la sociedad española es implacable con los “errores” de planificación. Como se dijo más arriba, no sólo premia a quien se ajusta al modelo “nuclear con uno o dos hijos”, sino que se percibe que castiga

una maternidad y paternidad fuera de la norma. Las frases que describen esta situación son lapidarias y definitivas:

“Aquí casi se prohíbe uno de querer tener un hijo”. (varones bolivianos)

“Y yo creo que por eso...no sé... la mayoría de las chicas que viajamos fuera no queremos tener hijos”. (mujeres ecuatorianas)

Se resume en una expresión repetida de *“aquí no se puede”*. Pues, ¿qué supone muchas veces ser inmigrante y embarazarse en España? En primer lugar, es contrario al fin inmediato previsto de la emigración, ya sea éste ahorrar y prosperar, o quizá vivir una vida más libre con menos responsabilidades familiares.

Además, muchos hombres y mujeres migrantes latinoamericanos ya tienen hijos en el país de origen. El sacrificio de la separación de los seres queridos se justifica muchas veces con el ascetismo de un comportamiento económico ahorrativo en extremo, sobre todo durante los primeros años de la experiencia. Esto permite mandar remesas de dinero y preparar la reunificación en el futuro. Un nuevo hijo sobrevenido en España en esta circunstancia sería, en cierto modo, una traición a los hijos que les esperan en el país de origen y que ven así puesto en peligro su bienestar o postergada la esperada reunión.

Pero existe una penalización todavía más concreta y determinante: una mujer que se queda embarazada incurre en el riesgo de perder su empleo. La contradicción entre los tipos sociales “mujer-madre” y “mujer-trabajadora” aparece en toda su crudeza. Ya sea como el relato de una experiencia propia o percibida como amenaza latente, todos, hombres y mujeres están de acuerdo: *“te botan del trabajo”* en caso de embarazo. Aquí funciona de una manera clara el modelo de utilidad racional: la economía impide terminantemente la maternidad imponiéndole la barrera de un fuerte riesgo y un coste de oportunidad máximo.

“Trabajaba en una frutería, de cajera, y cuando se enteraron, ya a los cuatro meses y medio, que estaba embarazada pues me echaron. Y desde ahí ya no he podido trabajar por el tema del embarazo. Ahora pues estoy buscando una guardería, y cuando la niña tenga la guardería... pues empezaré de nuevo”. (mujeres ecuatorianas)

“Eso sí. Aquí no te aceptan con barriguita. O sea, tú vas a una entrevista (-Claro) y te miran. Y dicen: ¿Estás embarazada? (...) Ella. Y ya está”. (mujeres bolivianas)

Aún conservando el empleo, la vida laboral se complica enormemente. Sin familia de apoyo ni recursos suficientes, ¿cómo criar a un hijo? La mayor parte de las mujeres extranjeras trabajan en el sector de los servicios, con horarios amplios y turnos variables, y muchas de ellas lo hacen en el servicio doméstico, como internas al principio, por horas más adelante. En ambas situaciones, su “conciliación de la vida laboral y familiar” es muy difícil puesto que son las encargadas de ayudar a “conciliar” a las mujeres españolas.

- El modelo teórico de la red explica lo que está pasando: en España las redes de la ayuda sobre el terreno dejan de estar disponibles, al menos durante un tiempo, y elevan el coste de la maternidad: no hay con quién dejar al niño al cuidado, de manera flexible, fiable y barata.
- A veces las redes con el tiempo se reconstruyen aquí (solidaridad en redes de mujeres que recogen a los hijos y cuidan los unos los de las otras), pero éste no parece ser un caso extendido en la población que nos ocupa, al menos por el momento.
- Mientras tanto las mujeres latinoamericanas entran a formar parte de las redes locales de alimentación y de cuidados que atienden a los niños autóctonos y también a los ancianos de aquí, tareas que constituyen una parte importante de su actividad laboral.

La “globalización de los cuidados” muestra así su capacidad de trastornar la reproducción a un nivel planetario: para que las mujeres de clase media europeas tengan derecho a una carrera profesional y a un sueldo, sin poner en cuestión su calidad de vida ni los “derechos” de los varones, las mujeres de otros países tienen que posponer su propia maternidad, o más frecuentemente, separarse de sus hijos y de sus mayores, dejándolos en el país de origen. Han de ser sólo “trabajadoras” y no madres-trabajadoras. En su función simétrica de hijas, aparece el mismo fenómeno: cuidan ancianos en España, pero dejan solos a sus padres en la vejez, algo inédito en muchas culturas hasta ahora., y de consecuencias todavía por estudiar.

6.2. Sexualidad y pareja: la pérdida del contexto de la reproducción

Mientras tanto algo sucede, entre la conciencia de la necesidad de planificar y la realidad de las relaciones sexuales. Hay un lapsus entre estas dos caras donde se producen los embarazos. “Se cae” nos dirán, uno tras otro, los grupos y los entrevistados. Todos reconocen que no es un problema de ignorancia o de falta de información, aunque éstas puntualmente existan. Y que tampoco los fallos en el acceso al sistema sanitario y a los métodos anticonceptivos explican suficientemente la cantidad de embarazos no buscados, que reconocen inmediatamente que existen. “Somos nosotros” dirá un hombre para explicarlo, culpabilizándose fácilmente quizá sin comprender bien.

En realidad y si atendemos a los relatos, la mayor parte de los embarazos citados son “sorprendentes”, o no previstos. Al hablar de sus hijos, tanto hombres como mujeres relatan el acontecer de lo que en España llamaríamos “hijos no deseados”.

“... porque la verdad es que yo a mis dieciocho años ya estaba embarazada (...) Y era un embarazo no deseado. La verdad es que no estaba en mis planes”. (EP1)

“Mira, yo en mi caso, mi niña nació cuando yo tenía veintidós años, yo con la madre de mis hijos éramos enamorados, hablábamos, y salíamos, teníamos relaciones y... pues hasta que ella quedó embarazada. Quedó embarazada porque, claro, yo desde los trece años ya trabajaba. Y pues nada, yo dije: lo que he hecho, hecho está, y ya pues a tirar palante, tengo una hija y... Claro, después... o sea, cuando (hice) la niña yo me arrepentí, dije: oye, ¿qué hice?, pues estoy joven todavía”. (varones ecuatorianos)

“No pensábamos venir aquí, o sea, no teníamos planeado. Y tampoco tener una niña. O niños (ríe). Pero bueno, tengo una niña aquí, y estamos muy contentos”. (mujeres bolivianas)

“Por ejemplo, en mi caso, casi fue medio pensando, dije 'no', pero yo la quiero, por qué, porque con mi pareja, estamos bien, nos llevamos bien, aunque no faltan problemas, pero nos llevamos bien, pero no por el hecho de que una pareja no lo haya hecho, digamos, como dice, tener un hijo pensando, puede hacer dichoso al niño...” (varones bolivianos)

“En lo que respecta a mi, no venían los planes de tener el hijo, no venían. O sea, fue una cosa que sucedió y pasó”. (mujeres ecuatorianas)

Ellos y ellas se refieren a un tipo de ambivalencia de la voluntad sentimental que no puede nombrarse fácilmente, pues además de ser necesariamente ambigua es rechazada simbólicamente por la sociedad española. Cuando relatan a algún español su caso de que se quedan embarazadas, obtienen muchas veces una oleada de incompreensión y de reproches. Una mujer lo expresa lúcidamente al decir que tuvo a su hija *“sin querer queriendo”*. Aunque se reporten fallos de los anticonceptivos, en muchos casos estos "fallos" parecerían encubrir procesos de negociación íntima de una naturaleza muy compleja. La reproducción se situaría en una extensa zona de ambigüedad comunicacional que se fundamenta en la naturaleza no totalmente transparente de las relaciones sexuales y de las estrategias matrimoniales.

La relación sexual en el país de origen se basa en la relativa tolerancia hacia esta ambigüedad calculada en cuanto a las prácticas sexuales y anticonceptivas. Y también en el ofrecimiento corriente de la sumisión al varón a cambio de su protección, condición que se considera imprescindible y que engloba el logro del emparejamiento a una edad temprana. Pero ahora el contexto en que estas prácticas culturales tenían algún sentido se ha perdido. La pretensión de "dar un hijo al varón que me protege" se mantiene todavía en el ámbito íntimo de la educación sentimental, junto con unas prácticas sexuales todavía arriesgadas y ambivalentes, durante los primeros pasos de la inmigración a España. En este aspecto, la explicación de los embarazos habría que enmarcarla en el modelo teórico de las "inercias culturales".

Los embarazos no previstos se producen de todos modos, puesto que la abstinencia sexual es extremadamente difícil e improbable como estrategia en un entorno emocionalmente tan desfavorable como es el de la migración. La fiesta, el contacto humano, son imprescindibles, tal como reconocen los propios inmigrantes, sobre todo los

varones. Y estos embarazos, que se producen y se seguirán produciendo, se encuentran con la realidad de unos varones que no se adaptan fácilmente al nuevo modelo de mujer con poder de negociación, en unas circunstancias que les resultan extrañas.

Como se ha explicado más arriba, la regulación de la reproducción debe ser a la fuerza ambigua y opaca. En la mayor parte de los casos, no puede negociarse abiertamente el objeto de la relación y el método para alcanzarlo, es decir, no es sencillo hablar de una responsabilidad compartida entre varón y mujer en la anticoncepción. Desde el estereotipo cultural latinoamericano, esta vinculación sólo llega a ser firme cuando hay riesgo compartido o cuando ya hay un hijo por medio. Las mujeres tienen entonces que exponerse porque el juego de encontrar pareja pasa por ese riesgo calculado. En el equilibrio de poder, la mujer debe mostrar que coloca su capacidad reproductiva al servicio del varón, pero a veces no le pregunta ni le muestra su deseo. Un juego delicado, puesto que el otro no está obligado a enseñar sus cartas hasta el final. Como en ningún caso puede obligarse a un hombre a “hacerse cargo” de un embarazo sorpresivo, hay que contar con haber acertado con el hombre adecuado y su deseo de madurez y responsabilidad. Veamos una historia íntima que ilustra esta situación:

“- Yo por ejemplo, es mi caso. Yo tenía una amiga en Cádiz que estaba enamorando con su novio en Bolivia hacía tres años. Se vinieron aquí. El chico ha visto mucho... o sea, chicas más guapas y todo, ¿no?, y la ha querido dejar. Y la chica estaba loca por él. Y se ha embarazado. Se ha embarazado. Yo le decía: ¿Qué has hecho?, él está caminando mal, está con otra mujer y tu te estás embarazando, ¿cómo le vas a traer a un hijo al mundo así? Y la otra se embarazaba (-Como para retenerlo.) como para retenerlo (- Pero eso no es...); igualito la ha dejado. Y ahora la chica... es que la chica está (en una pena); si no tuviera una hermana, que le está ahí colaborando y todo eso, yo no sé dónde estaría.

- Ella (...) el peor error que ha cometido”. (mujeres bolivianas)

Esta historia moral narra el castigo para la mujer que se atreve a forzar la mano al varón, que en todo caso tiene la última palabra. Por otra parte, cerrar definitivamente cualquier puerta a un posible embarazo significa por el contrario no ofrecerle nada al “enamorado”, salvo sexo, y eso es algo que castiga la sociedad de origen. Pues significa negarle al varón su poder de decisión y aceptar la individualidad completa en las actuaciones reproductivas. Y esto no sería aceptable: no hay riesgo, pero tampoco premio.

Es obvio que esta estrategia no actúa a nivel consciente, ni es la única posible, pero su arraigo en las prácticas y en las actitudes explica muchos de los “fallos anticonceptivos” narrados, y concuerda con muchas de las historias sentimentales de conflicto recogidas en el trabajo de campo. El juego de poder en torno a los anticonceptivos no es una abstracción sino una lucha y una negociación muy concreta y material, que incluye perfectamente el chantaje y la prohibición de usar un método determinado:

“Ya digo, al año de estar aquí vino mi novio. Bueno, él según vino a Italia y “que me voy, que me voy a Madrid”. Y yo estaba estudiando, a distancia, trabajaba interna y me dejaban estudiar a distancia; llevaba seis meses ya. Y él, como ya

digo, es un machista y empezó a decir “que te vas a ver con los profesores, que estás con uno de ellos, que por eso te vas, que por eso te vas”. Y ya. Y como yo digo, mi decisión de tener hijos no era. Y él a mi hermano, yo tengo un hermano aquí mayor, y le decía: que sí, que tu hermana no me quiere, porque me pilló con las pastillas, porque yo me cuidaba pero yo le mentía que no, y bueno, ese día me alzó la mano, me pegó, me... Y cuando dijo mi hermana también, que tiene otra mentalidad, otra cosa, ya tiene cuarenta y cinco años y tiene una mentalidad diferente a la mía, ella dice que no, que hay que hacer lo que el marido dice. Como mi madre, ha juzgado como ella es: Y que no y que no y que no, de todos modos ya estás viviendo con él, dale un niño, que ya... Hasta lloraba, se arrodillaba en el suelo que quería un hijo, que quería un hijo, porque le gustaban mucho los niños. Y bueno, y él decía. Y me tiró las pastillas. Y bueno, me dejé de cuidar, quedé embarazada y estábamos bien hasta los cuatro o cinco meses. Y cuando de pronto un fin de semana me buscó una discusión dijo: Me voy, me voy y me voy. Y el día lunes me llama mi hermana y me dice: oye, si a Fulano de Tal le han visto con otra chica. Y desde ahí ya cambió. (EP6)

La violencia o el chantaje narrados en la cita anterior no parecen ser el caso más frecuente, sino que constituye un ejemplo extremo que involucra incluso violencia y escándalo. En general las relaciones son más moderadas, pero el malentendido ambivalente se concentra en el deseo implícito de las mujeres de dejar abiertas las posibilidades del emparejamiento y en la voluntad de los varones de jugar en dos campos a la vez: la sociedad de origen que les otorga poder a través de la reproducción y la sociedad de acogida que les permite la irresponsabilidad.

En esta negociación entra ahora un nuevo ingrediente inesperado, que es propio del nuevo contexto migrante. Tener una pareja estable significa disponer de un importante valor económico. Por si fuera poco, no basta con obtener un padre fiable para el hijo que se espera; en España hace falta una pareja para sostener el resto de la vida. De ahí que incluso mujeres que tienen pareja hablen de que “están solas”, como se vio más arriba, y que temen arriesgarse a perderla, por lo que al mismo tiempo quieren y no quieren tener hijos. Éste es un discurso tipo de esta posición bipolar:

“Bueno, ahora, yo sí los quiero tener, en mi pensamiento me gustaría tener otro bebé, pero al mismo tiempo no, porque... con el momento que yo he pasado, pues lo pienso y digo: No, ¿quién me va a cuidar?, ¿quién me va a atender?, ¿quién me va a ver? Yo estoy sola, y si mi pareja me deja, ¿qué hago yo con dos niños aquí en este país sola?” (mujeres ecuatorianas)

De ahí también que las mujeres vayan comprendiendo que el riesgo de un embarazo fuera de su contexto cultural es excesivo, y quizás no compense la promesa de amor y de apoyo en un contexto demasiado fluido y ambiguo, por necesario que sea. Aquí hace falta más claridad en las relaciones, y eso no es fácil de conseguir. Porque si el apoyo no es verdaderamente firme, en realidad no sirve de mucho. En este contexto aparece con facilidad la posibilidad de recurrir al aborto.

“...Enfermedad, embarazo no deseado, muchos problemas, porque uno no trabaja o está trabajando. O está en un momento bien y no quiere tener bebés, las consecuencias las paga (...) entonces te vas a un aborto.

- La mujer es siempre la que pierde”. (mujeres colombianas)

Como se verá más adelante, la elección del método anticonceptivo y su uso concreto tienen mucho que ver con esta ambigüedad. También las fases por las que atraviesan las personas y las parejas en su camino hacia una relación estable con la mediación de la anticoncepción. Mientras tanto, en muchos casos y en varios tipos de relaciones, los métodos utilizados son inexistentes o inseguros. Se producen, por lo tanto, embarazos (como sucedía, por otra parte, en los países de origen).

Sólo que la situación ha cambiado. El coste de los “malentendidos” o “ambivalencias” no era muy alto en América Latina, contemplado individual y socialmente. Resultaba “barato” seguir adelante con el embarazo sorpresivo, incluso no obteniendo la protección de un varón. En palabras de todos los informantes, lo habitual era seguir adelante con el embarazo y tener el bebé. La mujer, con o sin pareja, podía ocuparse de su hijo y encontrar en las redes familiares y vecinales un apoyo decisivo. Se pueden tener “los hijos que se quiera”.

“Claro, en cambio allá en Bolivia es diferente. Puedes tener los hijos que quieras, en cambio allá está toda tu familia, y la familia es muy apegada, muy éste, y entonces puedes ir a dejarlo al niño a la madre (- A la mamá, a tus hermanas). Mira, está enfermo, cuídamelo, que tengo que ir a trabajar. Entonces es más fácil, ya tengas los hijos que tengas.

- En cambio aquí, ¿a quién le vamos a dejar si no tenemos familia, no tenemos a la madre?” (mujeres bolivianas)

Por lo tanto el contexto de la ambivalencia en que se movía la sexualidad y la reproducción cambia totalmente en España, cambian las circunstancias vitales, económicas y laborales. La primera providencia es la ilegalidad de la situación administrativa. No tener “derechos” en España crea una inseguridad que se contagia al resto de la vida y de las decisiones. Todo cambia, dirán, cuando se tienen los papeles. Sin ser la causa única de las interrupciones de embarazos, el sistema de extranjería es enormemente desestabilizador, y aumenta el temor y la soledad de las personas que llevan poco tiempo en España. En todo caso obtener los papeles abre muchas posibilidades, y entre ellas la de plantearse tener un hijo:

“Aquí tener hijos... Pues no es mala idea. Pienso yo, si, digamos, me saco un piso cuando tenga más, o sea, cuando tenga más ahorrado, más dinero o cuando tenga papeles, pues puedo tener mi hijo” (mujeres bolivianas)

En segundo lugar, el nuevo contexto migrante hace que se pierda la relación con las redes sociales locales en el país de origen (lazos de parentesco, de familia extensa, de vecindario, de comunidad local, de ayuda mutua), aquellas que anteriormente apoyaban a la mujer en su tarea de la crianza de los hijos “no deseados”, y que ocasionalmente podían también forzar al varón a asumir una paternidad más responsablemente.

Muchas veces es el inmigrante el que apoya económicamente a estas redes locales en la distancia, pero generalmente no puede obtener apoyo de ellas. Ahora el coste neto de

tener un hijo se dispara, si se tiene en España. Y el coste de oportunidad puede ser brutal, si la familia en el lugar de origen depende de las remesas del inmigrante.

La precariedad económica de los primeros tiempos de la migración es muy acusada: problemas con el trabajo, con los papeles, con los turnos laborales, con la vivienda... Para muchas mujeres tener un hijo en estas circunstancias es directamente imposible. En muchos casos un embarazo (y/o un bebé) significa directamente la pérdida del empleo (trabajadoras sin papeles y sin protección, empleadas del hogar internas, trabajadoras temporales, jornaleras de la economía sumergida o no...), y con la pérdida se viene abajo todo el proyecto inmigrante.

En otros casos significa una reducción de ingresos muy significativa en una economía ya de por sí débil (pérdida de ingresos por horas extras, grandes gastos en servicios de guardería para poder trabajar, costes del absentismo necesario para cuidar al hijo). Si la pérdida de recursos significa no poder enviar dinero al hijo que ya tienen en su país (si lo hubieran dejado al cuidado de la abuela, por ejemplo), o tal vez tener que regresar, quizá sin haber podido pagar deudas previas contraídas, el aborto puede ser la solución de primera elección.

Por último, cuenta la mala opinión de la sociedad española sobre las mujeres que se quedan embarazadas "sin desearlo". Aunque los factores materiales sean mucho más potentes, este último argumento no es banal, pues afecta profundamente a la autoestima de las inmigrantes. Tiene una doble lectura desde el punto de vista de la teoría de las redes sociales:

- por una parte, la opinión generalizada que descubren en este nuevo "sentido común" en el entorno en que se mueven impulsa un cambio rápido en los comportamientos de los inmigrantes.
- por otra, los deja solos con sus problemas y descubren el "aislamiento en la red", pues sienten que nadie del contexto español los va a comprender, como muestra la siguiente anécdota:

"Yo le conté a mi jefa sobre lo que pasó a mi amiga, sobre... se quedó embarazada. Le conté. Y... Porque me vio llorando. Me vio llorando y me dice: ¿Qué te pasa, no sé qué? Y le digo: esto, esto. Porque tengo mucha confianza con ella. Y me dice: Pero ¿y dónde está la cabeza de tu amiga?, ¿cómo es que se embaraza si está en esta situación?, ¿por qué no piensa con la cabeza? Y yo me quedé callada, digo: No pienso ni decirle nada". (mujeres bolivianas)

6.3. El entorno de la decisión sobre la interrupción del embarazo

El incremento del número de abortos puede explicarse, por lo tanto, como una serie de desajustes entre las prácticas sexuales y reproductivas que encuentran su raíz en el país

de origen y el contexto modificado en el país de destino. La emigración cambia las reglas del juego, pero persisten las estrategias matrimoniales donde los anticonceptivos pueden ser vistos como piezas en la negociación entre hombres y mujeres. Sólo que una de las piezas del juego, el embarazo no deseado, aparece aquí sin contexto social ni sentido. En América Latina, los fallos eran asumidos por el sistema familiar y social, la “trampa” era colectiva; en España la trampa es individual y la mujer debe decidir entre dos males (tener un hijo sin ayuda o abortar). Se ha producido un desfase entre los comportamientos sexuales de allá (que favorecen los embarazos tempranos y los asumen) y la conciencia del peligro que se fomenta aquí, donde la planificación funciona como una barrera contra la incertidumbre.

Para todos los informantes, es evidente que el aborto es una posibilidad abierta, concebible, y que la decisión de seguir con el embarazo o interrumpirlo se sitúa en un terreno móvil, sin fronteras absolutas. En el contexto de la inmigración se producen muchos abortos, pero lo que se desprende de los relatos y discursos es que se llevan a término muchos embarazos en situaciones de gran precariedad económica y sentimental. ¿Qué sucede en torno a la decisión? Como se dijo en la introducción, no existe una línea firme que separe tajantemente en dos el campo de la decisión. Se mezclan situaciones concretas, vivencias subjetivas de las posibilidades personales, negociaciones con la pareja en el filo de la navaja y, desde luego, aunque no únicamente, valores y creencias sobre el aborto.

Veremos en primer lugar una síntesis de la experiencia, en primera persona o en tercera, para ver después cómo opera la ideología en este tema. Algunas personas no dudan. Muchas mujeres (y muchos varones) lo tienen absolutamente claro si llega el caso, "lo saben antes de saber", íntima e inequívocamente. No pueden tener un hijo en las circunstancias personales en las que se encuentran. Es el caso de una mujer boliviana de 27 años, con dos hijos en su país de origen. Antes de viajar, se quitó el DIU, porque no sabía qué se iba a encontrar a la llegada y tardó en organizarse y acudir al médico para buscar otro método. En este tiempo, se embarazó de su novio:

“Claro, porque la verdad es que... es que no, es que no podía tenerlo, porque imagínate, tengo dos niños en Bolivia. (...) Y con mi novio recién comenzando. Y yo dije: pues ya no quiero tener otro hijo de otro hombre, ¿me entiendes?” (EP1)

La existencia de hijos en el país de origen y la inestabilidad sentimental de la llegada son las razones fundamentales para abortar. El caso de otra mujer boliviana es extremo pues viajó embarazada sin saberlo. De nuevo, estamos ante una mujer que se desprende del método anticonceptivo que usaba antes de viajar (otra vez el DIU) y se queda embarazada en los confusos tiempos del viaje:

“La entrada fue fácil. Lo difícil fue acá cuando... cuando llegué, porque yo no sabía que estaba embarazada (...) Ya estaba embarazada, pero no llevaba mucho tiempo y... Yo tenía un novio allá, bueno, fue un descuido, porque yo para venirme me saqué la T de cobre que tenía...” (EP4)

Son las personas que a pesar de estar solas, recién llegadas, de no tener papeles, de cualquier otra circunstancia adversa, se ponen en movimiento, buscan ayuda en la red de amigas y en el sistema sanitario, consiguen el dinero y realizan el aborto. En general, aunque se trate de una experiencia dura, aceptan su propia decisión y reconocen su alivio. La primera entrevistada comenta que al salir de la clínica, tras realizar la intervención: *“Ya no pesaba absolutamente nada, era como una pluma ligera”*. (EP1)

Otras interrumpen su embarazo por los mismos motivos, pero su discurso es mucho más angustioso y recuerdan la experiencia como traumática. Otra mujer boliviana con dos hijos en Bolivia, separada, llega a España y empieza a salir con un hombre de origen alemán, con el que “no está muy estable”, en sus propias palabras. Al embarazarse duda, “quería y no quería”, pero en realidad ha tomado la decisión, aunque su rechazo al aborto hace que interprete el paso como traumático. Siente que tiene que justificarse y en su relato están todos los elementos que hemos ido viendo:

“Y entonces yo dije: No, aunque me duela, o que dios me perdone, porque yo fui mucho a la iglesia, ¿sabe?, que fue lo que me pasó, pedí perdón por lo que había hecho y... lo primero que me centré fue en mis hijos y dije que... que yo vine a darles a ellos lo mejor y a juntar dinero para después irme, porque yo calculé máximo dos años estar aquí y volverme, y no es así. Es que me la... me dijeron muchas cosas, que yo podía estar..., que aquí se ganaba mucho, que aquí si estás un año o dos años y te vas... Eso es mentira, porque yo me vine con deuda, y en un año interna tuve que pagar mi deuda. Ahora imagínese embarazada, nunca me iba a poder pagar esa deuda. Y ahora... al tiempo no sé si me arrepiento o no, pero creo que hice bien porque hasta le mandaba para todo lo que necesitaban mis hijos lo tienen”. (EP3)

Después de interrumpir el embarazo, esta mujer dejó a su novio, al que reprocha no haber querido tener el hijo. En la actualidad, se encuentra de nuevo embarazada, con una nueva pareja, y esta vez va a tenerlo, porque su situación ha mejorado, pero sobre todo porque la actitud de su pareja es otra:

“Bueno, pues entonces le digo a él, y entonces como él estaba ese día yo le dije que estaba embarazada, que qué vamos a hacer, y bueno, pues sí se puso contento, me dice ya tengámoslo, y ya está contento, ya le ha comprado ropita, ya le hemos comprado cositas, así, ¿sabe?” (EP3)

En el caso de una cuarta mujer, colombiana, toda la historia oscila alrededor de la “locura” de su novio, pero en realidad parece que tomó la decisión por sí misma, aunque descarga la “culpa” en la irresponsabilidad del varón:

“- Sí. Le dije: No, no, por favor, yo le decía, hago lo que sea pero no, porque voy a caer embarazada, le dije: Estoy justo en los días. Le dije: Hace quince días que me pasó el período, estoy justo ovulando, estoy ahora para caer embarazada. Pero él: No, que no pasa nada, que no sé qué. Cuando quedé embarazada él quería que lo tuviéramos. Pero como él es español, y es una persona como muy loca, un día dice una cosa y otro día dice otra. Y claro, está, cambia, cambia de decisiones, como (...) como se dice, cada (vez que orina) cambia de decisión, cada (vez que orina) es una cosa diferente. Entonces ya planeado todo, que sí, que sí, que íbamos a tenerlo, ¿eh?, que nos íbamos a vivir juntos a una casa más grande, más cómoda. Y un día me levanté por la mañana en su casa, que yo estaba viviendo en la casa de él, y él empezó a gritar que estaba estresao, que no quería niños, que no sé qué que no sé cuánta. Y fuera de eso, me di cuenta por la misma boca de él, porque él estaba hablando por teléfono, lo

escuché, y resulta que tenía otras dos chicas embarazadas de él, y todas teníamos casi el mismo tiempo”. (EP2)

La gran diferencia entre los casos es quién toma la decisión: cuando deciden las propias mujeres (tener un hijo o interrumpir el embarazo), asumen el hecho y viven la posibilidad de realizarlo como un acto con sentido. Por dramática que sea una situación, saben en su fuero interno que han hecho bien y sobre todo han podido actuar, no se han sentido alienadas o impotentes. Cuando, por el contrario, han puesto la decisión y la esperanza en manos de otro, normalmente la pareja, y ésta no ha respondido como esperan, asumiendo el inicio de una relación estable donde el hijo pueda tener un sentido, se han sentido abandonadas y viven el aborto como una crisis personal profunda. No puede decirse que se arrepientan: saben, por razones aún más claras que las primeras, que en ningún caso podían afrontar la maternidad en solitario, pero sienten que han sido en cierto modo forzadas y se han sentido impotentes y “traicionadas”. De ahí que la reacción y la interpretación de la experiencia sean completamente diferentes.

Un caso singular es el del embarazo adolescente, que se sitúa fuera del campo de nuestro estudio, pero que hemos tenido en consideración a través de una entrevista. La joven entrevistada abortó en el pasado con 14 años, y expresa con claridad su sentimiento:

“Entonces, yo decidí abortar. Y mira, cómo me dolió eso, pero no fue dolor de que haya tenido que abortar, sino dolor interior... que me duele mucho... que fue algo muy difícil, porque, joder, yo no lo quería hacer, no lo quería hacer...” (EP5)

A pesar de su dolor, es una joven que ha superado la situación gracias, en parte, a la ayuda que recibió por parte de una serie de adultos, su profesora, su madre, el personal de la clínica, haciendo menos traumática la experiencia. Por el contrario recuerda a la trabajadora social de un centro médico porque la trató mal y aún le duele ese rechazo. Todo su testimonio demuestra la importancia de las redes sanitarias formales en la vivencia subjetiva y las consecuencias de una experiencia difícil.

Cuando nos encontramos del otro lado de la invisible línea, pasa exactamente lo mismo. Muchas mujeres deciden seguir con el embarazo. Bien, por motivos morales o personales, porque no quieren abortar, o porque confían en encontrar una solución o un apoyo. Y su interpretación de la experiencia de tener un hijo varía también en función de la autoría de la decisión:

“- Yo en cambio, yo cuando me supe embarazada, yo también pensaba lo mismo. Decía: ¿pero qué hago?, yo estoy sola. Pero uno a veces se pone a pensar en la persona, o sea, en el bebé más que todo, en lo que tú llevas dentro. Digo: es que no es... es un bebé que no tiene culpa a veces, digo... O sea, se te cruza en esos momentos, los primeros meses, pues muchas cosas.

- Sí, se te cruzan muchas cosas. Que si lo aborto, que si no, que si... (risita)

- Que si lo tengo, que si lo tengo qué hago cuando lo tengo, lo meto en el cole o no lo meto, ¿y si no puedo, qué hago? Pero digo, pues nada, si tú quieres tu puedes. O sea, te pones tú misma a pensar si es, si tú quieres, pues nada, tenlo.

Y ya, yo sé que dios aprieta pero no ahorca. Entonces, cuando ya tuve al niño, muy bien; como estaba ya trabajando donde la señora que estoy hasta ahora, muy buena, me dijo: no hay problema, ¿pero vas a venir a seguir trabajando? Digo: si usted me acepta con el niño no hay problema. Yo iba con el niño a trabajar, todo muy bien de nuevo, y ahora a mi hijo pagué a una chica para que me lo cuiden, que es que yo trabajo desde la mañana. Todo muy bien, todo muy bien y dije: No, he hecho muy bien yo en elegir y tenerle a mi hijo y... Muy bien". (mujeres ecuatorianas)

Esta decisión de tener un hijo es a veces tan clara que la mujer opta por "informar" tardíamente a su pareja para que no haya ninguna posibilidad de plantearse un aborto:

"- Lo que pasa es que, bueno, en... en lo respecto a mí, eh, no venían los planes de tener el hijo, no venían. O sea, fue una cosa que sucedió y pasó. Entonces yo... los dos primeros meses no avisé, no le dije nada porque sabía su forma de pensar. Por ejemplo, una vez me dijo: yo no quiero tener hijos. Entonces digo: pero vamos a ver. Vale, yo tampoco quiero tener hijos aquí; si ya viene pues no... tenemos que tenerlo. Entonces yo le avisé ya a los dos meses más o menos y entonces dijo: ¿por qué no me avisaste antes? Digo: va a dar igual que avise ahora que te avise después, igual lo vamos a tener. Entonces fue eso lo que a él no le gustó". (mujeres ecuatorianas)

A diferencia de los casos anteriores, donde la decisión es personal y vivida con relativa fortaleza de ánimo, hay muchas personas que se encuentran en la cuerda floja, cuya decisión depende de la actitud de la pareja. Como en el caso que se describe más abajo, tenerlo o no tenerlo es una consecuencia del tiempo que se toma el varón para decidir su posición:

"Y como le digo, Él se fue cuando yo tenía cinco meses, porque soy sincera en decirlo, y se lo dije a mi madre, que a lo mejor si él se hubiera ido a lo que yo estaba de un mes, dos meses en la casa, yo me lo hubiera sacado. Hubiera abortado, sí. Soy sincera, porque, por ese motivo, porque al fin y al cabo estaba sola, porque mi hermana trabajaba para ella y yo para mí, y mi madre, y siempre era mi sueño, como dijo ella, estar aquí poco tiempo y regresarme a estudiar. Y a ayudar a mi madre, porque mi madre, ya digo, sufrió mucho cuando nos quedamos solas. Y eso yo lo tengo metido en la cabeza. Y por nada, mire, ya vine y a los cinco meses no se podía hacer nada, mi hermana dijo: bueno, cuenta conmigo y ya veremos, bueno, trabaja lo que puedas, y trabajé hasta los ocho meses". (mujeres ecuatorianas)

Podemos suponer que la sinceridad de la informante no es habitual. Cuando se ha tenido finalmente un hijo se suele "blanquear" a posteriori la decisión, revistiendo de certeza las posibles dudas y nebulosas del pasado. Reconocer que no se abortó porque era demasiado tarde es muy duro y seguramente más frecuente de lo que se piensa. En este caso, el niño fue enviado al país de origen tras los primeros meses, para ser cuidado por la abuela. La mujer entrevistada está de nuevo embarazada, de un hombre que desea un hijo. La voluntad de dar un hijo al hombre que está a su lado ha vuelto a operar, igual que la primera vez, sólo que esta vez el deseo del varón era sincero y sigue a su lado, por lo que vive este segundo embarazo con más optimismo.

6.4. Opiniones y valores en torno al aborto

En general, en los grupos de discusión el tema del aborto surge espontáneamente, y lo hace como una práctica atribuida a la sociedad española en contraste con la sociedad de origen.

"- No es como aquí, que aquí la mayoría aborta y eso. Allí en cambio no, te quedas embarazada y..."

- Y lo tienes.

- Sí, hay quien aborta también.

- Sí hay quien con tres hijos y en la casa de la madre; el uno embarazada, el otro en brazos, el otro por acá, el otro andando y... y así" (mujeres ecuatorianas)

Es decir, ante similares situaciones, en América Latina no se aborta y en España, sí. En los países de origen, al menos en los medios de los entrevistados, no es habitual recurrir al aborto, se plantea como algo ilegal y caro, cuando no prohibido social y moralmente. En España es "legal", lo que por desplazamiento convierten en "normal" y de ahí en "habitual".

"-Según nuestra costumbre, la mujer ya lo tiene que tener al niño; o sea, no se busca un..., no es la posibilidad directa, ni en el pensamiento directamente, hacerle hacer un aborto, más que bueno, ya tener el niño y que sea bienvenido, porque ese, digamos, mediante nuestras costumbres."

-Pero aquí, como estamos en un país más desarrollado, todos son, sabemos, o todos tenemos el pensamiento de que aquí, los médicos son especializados..."

En una solución.

-Y tienen una, como dicen, una buena solución a eso, y se dan abortos, cuando son embarazos no deseados hay abortos; yo conozco, de mi esposa, sus primas, que no podían ni pensar que iban a abortar, pero sí, se ha encontrado que sí, y han perdido un hijo y se han embarazado así y que lo han abortado, o sus primos, que dicen así en broma, así bromeando, yo le llevo a... "si le embarazo le llevo al matadero no más", o sea es..., lo toman como un juego, no sé, como algo normal.

-¿EN AQUÍ?

-En aquí; pero en allá, hablar de eso, casi no se habla mucho, no se llega ni a conseguir; o sea, en allá hay mucho riesgo de hacer un aborto". (varones bolivianos)

Como sucede con la sexualidad y con la anticoncepción, la apertura observada en la sociedad española se exagera. El aborto llega a aparecer en el discurso de los varones bolivianos como una "solución técnica" a un problema, algo propio de un país avanzado, donde los dilemas morales se han dejado atrás. Es casi un juego donde el "deseo" del hijo aparece por oposición a la "costumbre" de allá. Es decir, los entrevistados son muy conscientes de que el marco de la reproducción es diferente, se ha individualizado, y con ello ha aparecido la voluntad individual de seguir o no con un embarazo, que antes ni se les planteaba. La brutalidad de la broma "si la embarazo lo llevo al matadero no más"

oculta el disimulado escándalo ante el cambio moral, que a la vez se asume como caso práctico.

*"- Pero en Ecuador es muy complicado, porque hay una carga emocional en la mujer, una gran, una carga psicológica, que no lo toman, lo piensa bien y no lo hace... Aquí hay más facilidad. Aquí se rompen totalmente los tabúes, se van rompiendo los patrones culturales... Aquí puede ser que hay más formación en el personal, aquí hace un aborto y queda tan tranquila, en sí no pasa nada".
(varones ecuatorianos)*

La idea es que el aborto se "aligera" en España, deja de ser un tabú y se entra en otro "patrón cultural" que no carga moralmente la cuestión. Los varones lo asocian claramente con la libertad sexual que las mujeres descubren en España. De ahí ese tono de ligereza levemente escandalizada con la que hablan del tema.

Estamos muy lejos del aborto concebido como un derecho reproductivo de los individuos o de las mujeres. En la cultura feminista de occidente, el aborto nunca se ha planteado frívolamente. La legalización ha sido acompañada de la mayor "gravedad" simbólica en los términos (como "despenalización"). El tema del aborto, que en cada cultura encuentra su problemático lugar, se sitúa en la nuestra revestido del mismo dramatismo político que la idea del derecho del hijo, y no se habla precisamente de deseos. La autonomía de la mujer como reproductora es lo que está en juego. En culturas donde la práctica es "tenerlos" sin darle tanta importancia a la maternidad y paternidad, el aborto no está tan presente en el campo social (al menos entre la clase media latinoamericana¹⁷).

Pero al interpretar la cultura española viniendo desde fuera, la primera reacción de los varones inmigrantes es el considerar la interrupción del embarazo como una solución y una frivolidad. En un segundo momento, lo asociarán con el tipo de vida, considerando que hay aborto porque "aquí los españoles más paran en el trabajo que en la casa, por ejemplo y no tienen tiempo para atender al niño o la niña..." (varones bolivianos)

Cuando los grupos profundizan en el tema y lo plantean en términos ideológicos, la tendencia más general es la del rechazo del aborto. Los varones defienden una postura moral: ellos tendrían el hijo o aconsejarían a la mujer que lo tuviese. Uno llega a decir que él lo criaría solo, pero no parece haber un solo caso documentado de esa solución, que pertenece al campo de la fantasía discursiva. El siguiente relato muestra la ambivalencia moral de esta postura normativa, pues no se traduce en la práctica. Uno de los varones entrevistados nos cuenta que, tras una aventura sentimental, convence a la chica con la que no quiere seguir de que tenga el niño, a pesar de que ella no quiere tenerlo. Más adelante relata que ella se tuvo que volver a su país para criarlo, mientras él sigue en España.

¹⁷ No puede estimarse con seguridad, pero es evidente la relación entre la práctica del aborto y la clase social. Los grupos asocian espontáneamente la interrupción del embarazo en su país de origen con la clase alta, los ambientes universitarios y las personas con dinero.

- "Si la cosa está en que si la conoces de una noche, que tú dices... Yo no la conocía de nada. No sabía cómo era ella. Y mira. Ella quería abortar y yo le dije que no. Mira, no siendo ni sintiendo cariño ni amor ni nada por ella, y mira, y lo tuve. Pero de esa forma, de esa forma que yo lo tuve... no me pareció lo correcto. Porque eso no fue nada planificado, fue algo... una noche de... una noche de pasión y... de placer (- Una noche loca.). Esa noche loca que yo puedo decir que la he tenido". (varones ecuatorianos)

A pesar de esta postura "responsable" del grupo, las historias están llenas de varones que "hacen abortar" a las mujeres, a veces amenazando con dejarlas si no lo hacen. Entre las mujeres, sobre todo en el grupo de bolivianas, los términos ideológicos son de rechazo moral: el aborto es algo feo, es un crimen, te puede traumatizar. Cuentan historias heroicas de mujeres arriesgando su vida por tener un hijo, o de madres jóvenes que encuentran el apoyo de la familia para salir adelante.

El tono inicial es apodíctico, pero cuando surgen historias concretas, el rechazo al aborto se matiza y se reconsidera. Por fuertes que sean las convicciones, hay una comprensión general hacia la mujer que aborta en determinadas circunstancias, sobre todo si está sola. Hay situaciones en que "no se puede tener". Otras en que se puede elegir, si hay apoyos familiares de cualquier tipo. Esta dicotomía entre el campo de la imposibilidad material y el de la libre decisión, a veces no muy lejanos uno de otro, se observa muy bien en el siguiente relato de la experiencia de una amiga:

"- Y del mismo trabajo te pueden hasta botar. Porque yo justamente acabo... una amiga que se embarazó, sola. Está en un trabajo que ella tiene papeles en regla, sí, pero... No se lleva muy bien con la pareja también, y... y me decía: ¿Qué hago? Tiene su hermano, ella tiene familia aquí. Entonces, o tienes dos opciones: o bien lo tienes o bien no. ¿Qué quieres tú? Y ella ya pues... veía las cosas. Yo, a pesar que le decía que podía tenerlo, porque tiene el apoyo de sus dos hermanos, que están aquí. Entonces, teniendo ya familia lo puedes, pero estando sola, sin familia, sin conocidos, sin nada, es que no puedes. ¿Qué haces los nueve meses?, ¿y luego cuando lo tengas? No se puede. Ella pues... decidió no tenerlo. Y lo hizo, y abortó". (mujeres bolivianas)

6.5. Las motivaciones para el aborto

Si utilizamos la tipología de IVE que se explicó en la introducción, las opiniones disponibles sobre justificación del aborto pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Se entiende el aborto en adolescentes (tipo A) como una novedad, frente a los países de América, pero no se han enfrentado a ello apenas, pues en este caso la costumbre es tener el hijo (y apenas se han relacionado aún con sus hijas en edad adolescente ellos mismos en España, es pronto para esto). Pero empieza a haber historias referidas a casos conocidos en tercera persona, y en general se tiende a pensar que en los embarazos de mujeres muy jóvenes el aborto es una buena opción.

- El aborto como “congelación” (tipo C) es el más utilizado y también es aprobado, pero siempre que el proyecto familiar esté en crisis o no exista. Éste es el caso más comprendido, puesto que la maternidad en solitario no es una opción deseable por frecuente que ésta sea. Y menos todavía en el seno del proyecto migratorio. Materialmente es dura, pero sobre todo no tiene sentido culturalmente hablando: es la red social la que da verdadero sentido a los hijos, y la red social es el elemento faltante en la migración.
- Diríamos que no se aborta para retrasar el momento de la maternidad o paternidad (aborto tipo B), ni para suprimir totalmente la reproducción como opción vital (tipo D). En el discurso prácticamente no aparece reflejado este tipo de motivaciones. Pues defender un proyecto puramente personal no sería una opción legitimada socialmente entre estas personas. Es evidente que este caso existe: hay una parte del registro de interrupciones del embarazo en mujeres sin hijos (25% de los casos en mujeres de Bolivia y Ecuador, 35% en Colombia) que no podría explicarse de otra manera. Pero esta situación no ha llegado a un nivel como para calar en los discursos en forma de posible justificación.

En la interpretación corriente, si una mujer embarazada decide no continuar es porque está en una situación demasiado difícil y está sola. Y se la comprende.

No hay en cambio un discurso “feminista” sobre el propio cuerpo o el derecho a decidir. En ningún caso se defiende el aborto en base al propio interés, pero tampoco se entiende el ser madre soltera como una opción personal. El individualismo no está bien visto en el discurso más general, el de los grupos, (aunque aparece en las entrevistas), pues las mujeres hablan desde su posición en el orden de la reproducción cuya estructura no les pertenece.

- Si interrumpen el embarazo es porque tienen otros hijos en los que pensar, o porque no van a poder darle al niño lo que éste necesita.
- Y sobre todo porque están solas y al fallar el contexto de la maternidad, un contexto social y cultural, ésta no tiene sentido.

Está ausente la temática del “deseo” del hijo y por lo tanto el “hijo no deseado”, tan ajeno a su mentalidad reproductiva. Las personas no tienen hijos “solos”, los tienen en grupos familiares o como fundamento de una nueva familia nuclear, si nos situamos en su visión del modelo “español”. Si esos dos contextos fallan, el de la pareja y el de la familia amplia, se plantea con claridad el aborto. No sólo porque la situación material sea insostenible, sino porque los hijos no “son” de las madres, ni tienen sentido sin contexto:

“- La verdad es que yo no abortaría.”

- Yo tampoco.

- Me dolería mucho, porque... es una (misión) muy difícil, no..., el tener que... a lo mejor deshacerte de parte de ti, de algo que es tuyo y de tu pareja, de la persona a la que quieres. Pero si no estás bien económicamente, para hacerle sufrir, para (- Para hacerle sufrir.) negarle ciertas cosas, no. No aborto. Lo que pasa es que...

- ¿Y SI ESTUVIERAS SOLA, POR EJEMPLO?

- Peor.

- Peor.

- ¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?

- Es que estar sola, tener un niño sola, pues es más duro ya. Ya sería algo... No sé, tal vez si te animas... pues no sé, tienes que sacar fuerza de donde ni la tienes y... nada, pues sacrificarte por... por el segundo hijo que vas a tener. Es muy duro.

- En cambio, si estuviera tu marido o algo entonces puedes decir, entre ambos lo deciden, pues entonces tendría ya que trabajar más el marido que uno y dedicarse plenamente a sus hijos". (mujeres bolivianas)

Nuestra conclusión es que por elevado que sea el número de IVE esto es debido a que muchas mujeres, en los primeros años de la inmigración, se encuentran en las situaciones de crisis citadas. La ideología impulsa más bien a continuar el embarazo, aunque no es fácil medir ni haya una teoría adecuada que explique la relación entre ideología y práctica en este tema. Nuestra sensación es que son muchos más los embarazos llevados a término. Si consideramos que el comportamiento de las mujeres extranjeras latinoamericanas se puede ir aproximando con el tiempo al de las españolas, como todo parece indicar, puede producirse un "trasvase de cifras" entre tipos de abortos: se pasaría de los que tienen que ver con la congelación a los del retraso del primer hijo o el control de número de hijos. Desde esta perspectiva, si el uso de los anticonceptivos no mejora las cifras de IVE podrían mantenerse o incluso aumentar, ocultando que las causas del fenómeno están cambiando completamente. Hay que tener en cuenta este hecho al hablar del registro de IVE y de los estudios futuros sobre la contracepción y el aborto en la Comunidad de Madrid, e incluso del tipo de política pública que sería pertinente aplicar en un contexto cambiante.

7. EXPERIENCIA MIGRATORIA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR: LOS ANTICONCEPTIVOS

7.1. La anticoncepción y el riesgo: ¿asunto de mujeres?

Como se ha observado a lo largo de todo el análisis, un fenómeno como la interrupción del embarazo no puede interpretarse tomado como un indicador aislado. En el contexto que hemos dibujado, el de un sistema de reproducción en crisis, cobra más sentido. Lo mismo puede decirse del uso de los anticonceptivos. No son sólo métodos individuales de mayor o menor eficacia, sino elementos significantes en procesos de comunicación, que se relacionan entre sí por oposiciones y simetrías, como las piezas de un lenguaje cuyo uso está determinado por las intenciones e interpretaciones culturales de hombres y mujeres.

Los anticonceptivos deben enmarcarse en un proceso sociohistórico en el que no son meras técnicas inertes, sino procesos de significación vivos y muy complejos. Éste es un tema sutil, delicado y lleno de detalles. Además está sujeto a tabúes en los países de origen, y a significados contradictorios en el seno de las relaciones de pareja. Siempre son el resultado de una compleja negociación simbólica, explícita o no, donde la mujer y el varón adquieren poder y renuncian a parcelas de poder.

Como se dijo al principio, la mayor parte de los informantes conocen y usan o han usado algún método anticonceptivo “moderno”. Una minoría declara que conoce alguno, pero no utiliza ningún método. Existen sin duda confusiones y errores de interpretación, pero en general debemos descartar la ignorancia como causa de los embarazos no deseados. Los inmigrantes latinos saben desde su llegada que existe en España un sistema público de sanidad y que es la entrada para acceder a la planificación familiar. Múltiples son los obstáculos y posibles mejoras del sistema, pero no justifican por sí solos la mayor parte de los embarazos imprevistos. De hecho hay una gran insistencia en la “abundancia” de información y de anticonceptivos en España:

“Aquí creo que hay más medidas para evitar el embarazo”. (varones bolivianos)

“- No, yo creo que aquí, este, como tienes más información y todo, yo creo que aquí es más difícil caer en todas esas tentaciones como allá.

- Eso es verdad.

- Sí. Yo pienso así.

- Allá tienes menos información, aquí hay un montón.

- Claro”. (mujeres bolivianas)

El segundo rasgo general de los discursos sobre la anticoncepción es que su gestión y administración es “cosa de mujeres”.

*“¿Tuviera que mandar a mi mujer? ¿No? Porque no voy a ir a preguntar yo.”
(varones bolivianos)*

“Mi pareja, pues tiene ella su te de cobre. Más por eso no podemos tener hijos. Y tampoco... no estamos todavía en el momento de tenerlos...” (varones colombianos)

“(...) Cuídate tú.

- Yo se lo he dicho: ¿cómo que cuídate tú?, si los dos vamos a hacerlo, ¿por qué no te puedes cuidar tú también?”

- Es que no es cosa sólo de mujeres, es la cosa de los dos. Pero yo sé que más del tema somos las mujeres, porque somos las más perjudicadas”. (mujeres ecuatorianas)

La mujer debe ir al centro de salud, ocuparse del método, asumir los efectos y decidir (hasta cierto punto) qué le conviene. En esta actitud caben el desdén hacia esos temas y la actitud de supuesto "respeto" que considera que la mujer debe decidir pues ella sufre las consecuencias. Pues en las culturas patriarcales la mujer debe hacerse responsable de todo lo que rodea la sexualidad, incluso de causar la “locura” o los arrebatos del varón. El siguiente desliz verbal del informante está lleno de significado:

*“Porque ellas **son el riesgo**, a ellas más se les carga el riesgo; es decir, que yo he visto también a mucho, que hay mujeres que lo compran”. (varones bolivianos)*

Se trata de un campo de significado ambiguo, pues como hemos visto, el poder y la decisión sobre la sexualidad y la reproducción distan mucho de ser “cosa de mujeres”, sino objeto de una gran controversia íntima y colectiva. Puesto que hay información, hay anticonceptivos e incluso hay responsables de la administración de los mismos, ¿por qué hay tantos embarazos imprevistos? Ante la pregunta, los y las entrevistados no se explican su propia actitud y puesto que la ambigüedad no puede expresarse en el discurso, las mujeres tienden a culparse a sí mismas fácilmente por su falta de rigor o de carácter. La mujer interioriza la pauta cultural según la cual "ella misma es el riesgo, el peligro":

*“- Yo creo que a lo mejor hay algún fallo en nosotras mismas, creo yo, porque a mí pues a lo mejor se me olvidó tomar la pastilla y entonces me quedé embarazada, porque cuando yo supe ya tenía mes y medio de embarazo”.
(mujeres ecuatorianas)*

“- Que... Ah, pues muchas mujeres, yo creo, ¿no?, son débiles o... o se dejan influir por la pareja, que la pareja, de momento están bien y... y se olvidan de las precauciones cuando uno... O si ella está tomando alguna pastilla y no debe tomarla, o está en sus días, eso es peligroso si... Y cae. Muchas veces”. (mujeres bolivianas)

“-De hecho, hay más casos de extranjeras que españolas de (...) en Sudamérica hay más casos, porque no hay protección. Pero existen los métodos. Y en Colombia, pero los dan. Yo tengo 32 años y nunca me quedado embarazada, porque no he querido. Es porque la gente no lo usa, De eso se trata, educación, formación. Pero realmente todo eso (...)

- No es que no están bien informadas. Están superinformadas del tema, lo que pasa que vienen a la casa, y se olvidaron del tema”. (mujeres colombianas)

La actitud de asumir el riesgo de embarazo y de tener hijos “no deseados” está mal vista en España y no tiene excusas ni contexto en que pueda justificarse. De ahí que desaparezca del discurso de los inmigrantes, no como ocultación, sino como una genuina muestra del cambio de contexto interpretativo. Lo propio de un proceso de asimilación rápida es este “no entenderse a uno mismo”, puesto que el sentido común ha cambiado completamente de coordenadas.

Hemos visto repetidamente cómo la asunción del rigor extremo de la planificación familiar no depende sólo de la información, el conocimiento y el “carácter” de las personas. Supone cambiar las reglas del juego entre mujeres y varones, y resituar la reproducción en otro ámbito. Un ámbito que es ahora individual (o nuclear), cuando antes era colectivo; un entorno claro y negociado, cuando antes era ambiguo y opaco. Y que incorpora a terceros públicos (el Estado, el sistema sanitario, la doctora) cuando antes era un tema privado (pero no estrictamente "privatizado"), que se gestionaba y resolvía en el ámbito de la familia y la red interpersonal próxima.

Esta tarea dista mucho de ser sencilla. Necesita tiempo y apoyos. Para trasladar de un espacio a otro un tema de la importancia íntima y política que tiene la reproducción son necesarios muchos desplazamientos personales. Los inmigrantes realizan tarde o temprano esta mudanza, pues como se vio actúa con fuerza el ideal que ofrece (y el castigo que impone) la sociedad de acogida. Pero en medio, mientras las personas intentan recomponer su vida y sus relaciones, en la confusión sentimental y sexual de los primeros años, el uso de los anticonceptivos y sus “fallos” tienen un amplio y complejo papel.

Los discursos se cargan de anécdotas y de juicios de valor sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Entre los rumores, los mitos, los tabúes y las historias contadas, se puede ir dibujando la posición de cada anticonceptivo, aunque la interpretación deba ser global. Los métodos se relacionan unos con otros y se “responden”, en sus similitudes y sus contradicciones, permitiendo interpretar lo que realmente está en juego. Antes de ofrecer una interpretación global, es interesante recoger de forma individual las ideas más repetidas acerca de los más sobresalientes.

7.2. El preservativo

Es el más frecuentemente citado y el que se nombra en primer lugar en los grupos. Se opone estructuralmente a todos los demás, pues su posición es única: se compra sin necesidad de entrar en contacto con el sistema de salud, se considera barato y fácil de encontrar, es seguro (en general), es natural (la mujer no tiene que “meterse nada en el cuerpo”), se lo pone el varón, es muy visible y exige un grado de negociación para la pareja que va a tener relaciones. A todo el mundo le llama la atención la “exhibición” de preservativos en España, parece que están por todas partes, lo que provoca su banalización: “*si es como los chicles*”.

Sin embargo y a pesar de su ubicuidad, no tienen buena prensa. Entre las mujeres, se descartan a menudo porque “a los hombres no les gusta”. Esta frase se repite en todas las entrevistadas como si se tratara de un hecho natural, un a priori que determina cualquier comportamiento y que la propia mujer asume:

“-Los latinos tienden a no ponérselo. Depende de una... (...) pero los hombres, tienden a no ponérselo. Latinos y no latinos. Entonces va en ti si te lo quieres o no te lo quieres jugar, pero los hombres en general tienden a no usarlo.

-(...) que quieres cuidarte de una enfermedad o de un embarazo. Pero los hombres dicen que no les gusta”. (mujeres colombianas)

“- Eh... por ejemplo a mí no me gusta. No sé, es... No es lo mismo.

- No.

- Una relación con un preservativo no es lo mismo”. (mujeres bolivianas)

“Yo creo que es mucho mejor también el preservativo, pero que como acá sí a todos los de nuestro país no le gusta, entonces como nosotros tenemos que hacer lo que el hombre dice...” (EP3)

La actitud de los varones no es favorable, sobre todo al llegar aquí. No hay duda de que hay varones que no quieren responsabilizarse de sus acciones, sobre todo en la primera juventud:

“...mis amigos, que preferían gastárselo en una cerveza que comprar preservativos. Por eso es que luego hay muchos embarazos...” (varones colombianos)

“Yo normalmente... por mi lado.. nunca los he utilizado.. Con todas las chicas.. al menos de... quitando algún caso, unas dos tres ocasiones”. (varones ecuatorianos)

Pero tampoco hay duda de que la actitud cambia con la edad, o por influencia de la sociedad española. En el grupo de hombres jóvenes colombianos, uno defiende que él no ha usado ni usará condones provocando la alarma y la burla de los demás. Encontramos un varón que narra que él insiste en ponérselo aunque la mujer le diga que no es necesario. La actitud general de los varones hacia los preservativos se parece más a la

expresada en la siguiente cita, que recoge muy bien la actitud "arriesgada" de la primera juventud:

"- Es que entonces, al estar allí, yo llevo seis años, ¿no? y estaba más joven, como que te arriesgabas más y te daba igual, (de hecho) es que tuve la niña, ¿no?. Pero bueno, yo hablaba con ella: hago la marcha atrás y punto. Y al llegar aquí te das cuenta de que no, que no te vale solo eso. Pero por sí la mayoría sí, allí y aquí utilizo preservativos, que es lo más... normal. O el anillo. Entonces siempre aquí la gente..." (varones colombianos)

Sin embargo el planteamiento consciente de las mujeres es que a ellos no les gusta y que ellas deben forzar su uso, lo que exige mucha personalidad. Si no lo hacen, son culpables de ceder, de ser débiles y de quedar embarazadas, y si lo hacen pueden resultar sospechosas de excesiva promiscuidad. Un planteamiento tan victimista y sospechosamente asumido oculta sin duda un fenómeno más complejo.

El preservativo, en la práctica, tiene una doble vida. Se utiliza y se asocia a las relaciones esporádicas. Como tal, tiene mala prensa. Sólo algunas pocas personas son sensibles al hecho de que protege de las ETS, y toman en cuenta también esta dimensión. Se asocia más inconscientemente a la promiscuidad, a relaciones de lance, a infidelidad y prostitución. El elemento de la infidelidad que connota el preservativo está muy proscrito simbólicamente en todo este contexto (mucho más que el de la relación sexual esporádica), y por eso se le "tacha negativamente". Mientras que en los varones usarlo implica madurez y "asimilación" a la sociedad de acogida, para las mujeres representa una oferta peligrosa. Pues en los primeros encuentros, define la relación como "sexual", lo que para muchas mujeres aleja simbólicamente toda posibilidad de romance y de estabilidad.

Por lo tanto, su uso no está sólo relacionado con la negativa o la aceptación de los varones, sino también con la imagen que las mujeres quieren transmitir y sobre todo con la interpretación de la clase de relación que quieren ofrecer. Las mujeres no quieren transmitir una imagen de libertad sexual, porque en sus sociedades de origen la mujer que actúa así está mal vista, queda marcada, es una puta, etc. No hay duda de la vigencia de este código en el siguiente diálogo:

"(...) Tú debías llevar el preservativo.

- ¿Y si en la discoteca no hubiera preservativos?

- No sé entonces.

- Qué le dijeras a la tía esa.

- No sé, ¿culear, no? (risas)

- ¿Y si la mujer quiere?

- Se aguanta.

- Entonces, se aguanta.

- Si recién se conocen, pensarías en el riesgo que podés estar cometiendo.

- Es que, primero es la duda también ¿no?, de que, joder, esa noche esa mujer ya quiere...!" (varones bolivianos)

Pero hay un segundo motivo: con el uso del condón, que aleja cualquier riesgo de embarazo, la mujer le está diciendo al varón que "no hay compromiso", que él también es libre, y perdiendo así toda capacidad de controlar la relación. El temor es quedarse sola por no haber querido ofrecer nada. Esta pulsión a "ofrecer" al menos la posibilidad de un hijo es tan fuerte que, según algunos informantes, mujeres que ejercen la prostitución y siempre usan preservativos con sus clientes, no lo usan con sus parejas "de verdad" y se embarazan por el deseo de diferenciar la relación.

7.3. Métodos "combinados" y "naturales": el preservativo, el calendario y la marcha atrás

El preservativo masculino es también el método más utilizado en las relaciones estables. A juzgar por los relatos de los informantes puede decirse que el método más ampliamente utilizado por estos inmigrantes en España sería el preservativo combinado con el "método del ritmo" (o "calendario", o de "los días").

Algunas parejas sí dicen usar el preservativo permanentemente:

"-Yo, ¿con qué me cuido? Pues con... condón. Es lo único que conozco, pero él lo usa, él lo... (ríen)". (mujeres bolivianas)

Pero son numerosas las parejas que dicen utilizar el método del calendario, también conocido como "ritmo", "biorritmo", "los días" o simplemente "el controlar", como principal método anticonceptivo.

"- Yo conozco también otros métodos, pero el que he usado, o usa, es el condón. También el tema de... el calendario, de los días y todo eso.

- Sí, eso también; el controlar". (mujeres bolivianas)

"Nosotros, como se dice, nosotros al ritmo". (mujeres ecuatorianas)

Este método, en combinación o no con el preservativo, es frecuente en las relaciones de novios, estables, pero sin convivencia. Es curioso que algunas mujeres insistan en que ellas son muy regulares, como si su propia estabilidad hormonal actuara como método y como si moralmente dijeran "soy fiable".

"...Pero nunca he utilizado nada, y no me quedo embarazada. Es que no quiero. Tengo la regla... soy muy regular..." (mujeres colombianas)

En esas relaciones no del todo claras se producen a menudo los embarazos definidos después como no deseados y los abortos, como reconoce una mujer:

“- Bueno, con mi pareja actual, a él no le gusta nada de esas cosas, eso ya me tiene dicho, cuídate tú. No, no es que cuídate tú; tenemos que cuidarnos los dos. Pero ya ve, como yo no convivo con esa persona, nos vemos de vez en cuando por el trabajo, por el tiempo, si yo estoy trabajando él no, o yo no estoy trabajando y él sí... Pasa mucho. Ahí es lo malo, ahí es donde uno puede quedar embarazada. Justo... es lo peligroso”. (Mujeres ecuatorianas)

Lo más interesante es que la combinación de calendario y preservativo sigue siendo el método favorito de muchos matrimonios, que llevan tiempo en España, no desean tener hijos y se cuidan así. Es el caso de las parejas que entrevistamos, personas informadas y maduras, que han conocido diversos métodos, han tenido “accidentalmente” un hijo y previenen el embarazo con ese método. Explican su preferencia por respeto a la salud de su mujer, por evitar “que se meta algo en el cuerpo”, y son solidarios en el control del método.

- Esta práctica "mixta" combina la "eficacia" con la ambivalencia, lo que resitúa la relación sexual en un espacio lleno de significación y de riesgo, pero en cambio evita algunos de los "inconvenientes simbólicos" que el uso sistemático del preservativo comporta.

En el caso de una de las parejas, es él el que controla el calendario y apunta los días de riesgo. Lo explica porque “a mí me ha interesado más” (EP7/8). Y ella lo celebra como una muestra de igualdad y negociación. Frente a los “machistas” de su país, ella “ha tenido mucha suerte”. En el caso de otra pareja, dos personas de Ecuador que se conocieron en Madrid, usaron preservativo de novios, pues tenían claro que no querían niños de momento. No deseaban otro método porque el preservativo “no tiene efectos secundarios” y porque temían no poder tener hijos más adelante si utilizaban métodos hormonales. De nuevo, les falló. Parece evidente que, como la pareja anterior, no usaban siempre preservativo, sino el método mixto que tiene fallos. Como explican en un momento dado: “No queríamos un niño, pero tampoco hacíamos nada para evitarlo” (EP9/10). Este "método" que aquí se nos explica con transparencia seguramente está detrás de muchas historias de "fallos del condón", y puede considerarse de algún modo un caso de aplicación muy generalizada.

Tras este fallo, decidieron estar “bajo un doctor” y utilizar un método hormonal. Se cuidan con parches, “lo llevamos mejor que la píldora”, nos dicen. De nuevo encontramos aquí la renuencia inicial a utilizar un método “médico” y su aceptación cuando se han producido errores, así como el gran acuerdo y armonía de la pareja. Hablan los dos y hablan en plural de la anticoncepción.

- Por lo tanto, en el matrimonio estable, deja de ser “cosa de mujeres” para convertirse en objeto de acuerdo y negociación entre la mujer y el varón.

No es infrecuente encontrar informantes que no usan nada y utilizan “la marcha atrás”, que algunos llaman “escupir fuera”, como método anticonceptivo:

“Yo sí, yo eso lo hago... Yo eso lo he hecho con mi marido... Cuando no quiere el preservativo o lo que sea, que no me esté cuidando con nada”. (mujeres ecuatorianas)

La preferencia por un método tan inseguro como es el de "ponerse y quitarse el condón" dependiendo de ciertos parámetros de la relación es ilustrativa de lo que ocurre. Es llamativo cómo a pesar de que se hayan tenido con anterioridad repetidos embarazos no deseados, estos métodos son todavía reputados como eficaces entre algunos entrevistados/entrevistadas (y es muy expresivo de cómo funciona todo este mecanismo mental de "regulación de la ambivalencia", y denegación de los riesgos).

7.4. Métodos hormonales: la píldora

Las pastillas anticonceptivas son utilizadas por numerosas mujeres (/parejas), pero en general no gozan de buena reputación. Se dice que engordan, que no son naturales, que es muy trabajoso conseguir la receta todos los meses, que pueden afectar a largo plazo a la capacidad reproductiva y que tienen fallos e inconvenientes (especialmente durante la lactancia o en caso de enfermedad o de concurrencia ocasional con otros fármacos). No gustan, aunque son utilizadas. La misma opinión es sostenida por varones y por mujeres.

“- No, yo tengo miedo, yo usar cualquier, si es pastilla o es... No sé, tengo miedo.

- ¿POR QUÉ?

- No sé, porque me dicen que te aumenta las hormonas... no sé, de... No me siento segura de usar eso, no sé por qué.

- Yo he ganao kilos con las pastillas, yo tomo pastillas. He tomaso, y claro, llevo tomando estas pastillas tres años, y me ha subido mucho el peso, ocho a diez kilos. Yo era bien delgadita”. (Mujeres bolivianas)

“Yo engordé mucho”.

“Yo, en cambio, era sangrar todos los días”.

“A mí me engordaron muchísimo”.

“.. La regla es más dolorosa y cuando tú quieres quedarte embarazada es más difícil porque el útero se te vuelve muy débil, por tanta tableta.. Hasta estéril. Por eso yo tenía miedo”.

“A mí me dolía mucho la cabeza”. (mujeres ecuatorianas)

Es interesante para interpretar esta negatividad recordar que los métodos anticonceptivos y su uso tienen enormemente que ver con el momento histórico y la interpretación social que se hace de los mismos. Los métodos hormonales fueron interpretados en los años cincuenta como una ofensa para las mujeres (pues se inventaron asociados simbólicamente con la reproducción de las vacas). Años más tarde se convirtieron, en los años setenta, en un símbolo de la libertad y la independencia femenina, y fueron muy bien

recibidos. Hay que comprender los fallos y los efectos secundarios en el marco de esta interpretación general sociohistórica.

- En un mundo como el latinoamericano donde la reproducción no se considera un asunto “individual” y donde la familia y la pareja controlan en parte la capacidad reproductora de las mujeres, es esperable que la píldora no goce de buena fama, puesto que pone en manos de las mujeres la decisión sobre la sexualidad y la reproducción.

Esto explica el “victimismo” femenino en torno a este método. Las mujeres lo usan porque los profesionales en España lo recomiendan, aunque a menudo lo usaban también en América, porque es seguro y porque han decidido no tener más hijos. Pero declaran que no les gusta y que no les sienta bien. El mensaje que transmiten es que se “sacrifican” por el proyecto planificador, pero en ningún caso les hace sentirse libres. De esta manera se “protegen” inconscientemente de una nueva definición de la feminidad y de la reproducción que, de momento, no les interesa asumir como propia. Les resulta más útil usar el método sin romper el marco simbólico de las relaciones, y para ello acentúan las leyendas negras de la píldora, o se autoinculpan de los olvidos.

Aparte del marco de interpretación “liberal” que trasmite la píldora, su misma seguridad técnica es un problema. ¿Cómo mantener la ambivalencia en torno a la reproducción si es imposible que exista el “accidente”? La respuesta es que sí se producen fallos y accidentes. La píldora como método está sometida a varias amenazas: el olvido, la pérdida, un medicamento más fuerte que “anula” sus efectos, etc. De esta manera, a nivel inconsciente y rara vez como búsqueda deliberada, se salvaguarda el valor simbólico de la posibilidad de la reproducción en las estrategias matrimoniales de hombres y mujeres:

“En realidad sí, o sea, fue... No digo que no fue buscado, pero eh... lo que pasa es que yo me enfermé, y tomaba unos medicamentos que me dieron porque me enfermé, me enfermé mal de la gripe. Y yo estaba tomando tabletas para cuidarme. Y... y cuando veo al mes que no me baja, pues voy a donde la doctora, y le digo que por qué y me dice que me haga sacar... en una prueba de embarazo. Y entonces voy y le digo que estoy embarazada pero no sé por qué si me estoy cuidando, y dice: Ah, dice, es que eso no lo habían dicho, ¿por qué usted no me lo dijo?, dice, si... que los medicamentos que le di eran muy fuertes y (venció) a las tabletas, me dice.” (EP3)

7.5. Métodos hormonales: parches e inyecciones

Entre los métodos hormonales, aquellos métodos anticonceptivos que más bien descargan de responsabilidad individual y le otorgan más importancia al personal sanitario, y que por tanto conceden menos autoconsciencia a la mujer respecto de su cuerpo, son en general preferidos, tanto por los varones como por las mujeres. Los

parches se conocen y se utilizan, pero destaca la inyección subcutánea como método, al parecer de uso relativamente frecuente en los países de origen.

“Eso, por eso, perdón, antes de colocar la inyección, nos recomendó la tableta el médico, les hacen un examen, debía ser de sangre, o no sé qué; mi esposa fue allá, al médico aquí, aquí en España, y le hicieron unas revisiones, no sé, le sacaron sangre, algo así, análisis tenían que hacerle para recién recomendarle qué le iba bien.

Qué método le puede caer mejor ¿no?

Y era la inyección; ahora se hizo otra vez otra revisión y le dijeron las pastillas. Y yo le dije “pastillas, depende, si no...” (varones bolivianos)

Aunque también se asocia con molestias diversas, parece haber cierta preferencia entre las mujeres latinas por este método, e igualmente por los parches frente a la píldora, lo que podría estar chocando con el hábito médico español que apuntaría a favorecer más los anticonceptivos orales, o quizá los tratamientos que se resuelven con recetas de fármacos.

7.6. DIU o Te de cobre

El DIU, llamado Te de cobre en América Latina, tiene un curioso efecto, pues desplaza inmediatamente el discurso al allá: muchos y muchas lo asocian espontáneamente con los países de origen. Visto como un método que se usa después de tener hijos y dado que la mayoría tiene hijos (y antes no utilizaban nada), es un método muy conocido y muy usado. Resulta además barato. No por ello deja de ser ambivalente. Se repiten, como sucede con todos los métodos “eficaces”, las anécdotas de molestias y de fallos, incluso embarazos con el DIU puesto. También obliga a disponer de una relación de relativa confianza con la médica, que lo quita y lo pone.

Pero lo más llamativo es la frecuencia de la circunstancia de sacarse la te de cobre cuando migran a España, porque no saben qué se van a encontrar acá en cuanto a la relación con la sanidad, con una médica de confianza. La idea de llevar algo dentro “que tiene un límite” impulsa a muchas a quitárselo antes. Pero también porque dejan un novio o un marido allá y no se supone que vayan a tener relaciones sexuales (puede que desde la expectativa legítima de no tener relaciones sexuales en el futuro, o quizá como una expresión externa de fidelidad). Al ser un método propio de una mujer madura y madre, no se asocia con el sexo esporádico y eso lo hace poco adecuado para el entorno simbólico del período del “viaje”.

“No, yo creo que igual, con la T de cobre igual, tiene que hacerse aconsejar con el médico y también les advierte que, si se quedan mucho tiempo con la T de cobre, logra encarnarse dentro del cuerpo, tiene su límite”. (varones bolivianos)

“Aquí se la sacaban. En Ecuador se había puesto la te.

- La te (de cobre).

- Sí, en Ecuador se utiliza la te... Todo el mundo escucho yo que tiene la te.

- Yo la espiral y la te.

- En mi país lo he escuchado mucho, mucho. Aquí, no. Aquí se quitan". (mujeres bolivianas)

Dos de las mujeres entrevistadas se quedaron embarazadas tras quitarse la Te, en el período cercano al viaje, una antes y otra después. La inmigración como período abierto, de aventura, donde se deja todo atrás, incluso el método anticonceptivo asociado a una pareja concreta (como si la te perteneciera al novio o marido que se deja) aparece aquí en toda su concreción.

7.7. Píldora postcoital

La "píldora del día después" no es muy interesante para el colectivo estudiado, pues para las relaciones esporádicas prefieren el preservativo. Además no imaginan que sea sencillo el acceso a este recurso, que se sabe que es muy controlado por las autoridades médicas. Lo asignan a colectivos más jóvenes, con relaciones sexuales menos frecuentes y menos estables, definitivamente no piensan que es para ellos.

Hay alguna mención a su uso, sobre todo entre los varones. Pero muchas veces ignoran que exista, y no la mencionan. Y en algunos casos en las mujeres se duda de su naturaleza abortiva, pero realmente no plantea problemas de conciencia, pues trabaja en una "zona de incertidumbre" que es fácil de asumir. Simplemente ocurre que su acceso es demasiado trabajoso.

La principal cuestión de las actitudes poco abiertas a este método es que desconfían de la rapidez e inmediatez del sistema sanitario español a la hora de proporcionarles esta anticoncepción de emergencia. Más adelante hablamos de la relación entre los y las inmigrantes y el sistema, y es bastante comprensible. A los inmigrantes no se les ocurre pensar que pueda haber una "dispensación flexible" en un sistema que perciben como limitado y rígido. Pero se les ocurre que esta flexibilidad pudiera alcanzarse si los farmacéuticos tuviesen la potestad de dispensarla.

7.8. Diafragma y métodos de barrera

El diafragma es prácticamente ignorado, así como los espermicidas, salvo entre algunos varones ("anillo" con su agujero, aunque no sabemos si se menciona un liberador de estrógeno o es una confusión con otra cosa).

"- Hay un método anticonceptivo para la mujer ahora, ¿no?, uno que es... como tipo

como para el condón, como tipo como el condón.

- El condón femenino.

- El condón femenino. No sé si será el diafragma.

- Es como un condón para las mujeres. Un preservativo para las mujeres.

- Pero lo utilizan muy poco las chicas, ¿eh?" (varones ecuatorianos)"

Las mujeres prácticamente no lo mencionan, ni como experiencia ni como referencia. Su asociación con un "condón para mujeres" lo sitúa en un terreno especialmente peligroso: simbólicamente recrea una mujer que se comportara como un varón, es decir que tuviera relaciones sexuales libres y sin responsabilidad (sin riesgo, puesto que usa un método que ni siquiera hay que mostrar ni anunciar). La falta absoluta de negociación, pues ni siquiera debe intervenir el sistema sanitario (salvo en el primer momento), lo convierte en un método "ciego" para el lenguaje patriarcal que explica las relaciones entre mujeres y varones.

Debe pensarse que estos métodos por el momento no son fáciles de aceptar en estas poblaciones, que dirigen su preferencia por anticonceptivos situados en otro campo.

7.9. La posición moral de los anticonceptivos.

Tras repasar los métodos como elementos individuales, es imprescindible ahora interpretar sus relaciones internas e intentar establecer un campo de significado generalizable para todos ellos. Nuestra hipótesis es que los significados se estructuran en torno dos grandes ejes que permiten clasificar la posición de los anticonceptivos según una "economía moral". El primero de estos ejes hace referencia a la propia relación entre el varón y la mujer, y a cómo debe definirse ésta en la perspectiva de la pareja. Si tomamos el criterio de la estabilidad o seriedad del vínculo, podemos hablar de relaciones esporádicas, noviazgos no estables, y de "matrimonios" (aunque los miembros de la pareja no estén casados, como ya sabemos).

El segundo eje se referiría a la "medicalización" del método, que en algún sentido moral ubica el exterior de la pareja dentro de la operación anticonceptiva, transfiriendo afuera parte de la responsabilidad y el control.

Podríamos también hablar de métodos tradicionales o modernos, pero no creemos que tenga mucho sentido incorporar este eje, puramente técnico y muy contingente respecto de las significaciones históricas que ha podido tener la acogida de un determinado método nuevo. ¿El preservativo es tradicional o moderno? ¿Por qué es más aceptable el

DIU que el diafragma si ambos son técnicamente “modernos”, o la inyección que la píldora? En cambio sí existe en el discurso una gran diferencia entre los métodos que no exigen ninguna intervención médica y los que sí precisan alguna forma de relación con el sistema sanitario, con la médica generalista o la ginecóloga.

Observaríamos dos ejes:

EJE A "Estabilidad" - Parejas menos estables / Noviazgos / Relaciones estables

EJE B "Medicalización" - Métodos más naturales / Métodos más medicalizados

Cruzando los dos ejes, dispondríamos de la siguiente Tabla:

<p>1.Relaciones esporádicas Nada Marcha atrás Condón - estable + natural</p>	<p>3.Noviazgos inestables Condón Ritmo Ritmo + condón</p>	<p>5. Relaciones estables Condón Ritmo Ritmo + condón + estable + natural</p>
<p>2. Relaciones esporádicas individualistas Diafragma Píldora del día después - estable + médico</p>	<p>4. Noviazgos Métodos "fiables que fallan"</p>	<p>6.Relaciones matrimoniales sin riesgo Inyección Píldora Parche. DIU (después de hijos) Intervención permanente + estable + médico</p>

En el cuadrante 1, el de las relaciones esporádicas, la anticoncepción depende en gran medida de la capacidad de varones y de mujeres de asumir los riesgos inherentes a las relaciones sexuales con extraños. El uso del preservativo se impone en el discurso como norma, como una práctica cada vez más asumida racionalmente, aunque no siempre sea utilizada. Por otra parte hay que recordar que también muchas relaciones empiezan “una noche”, pero no tienen necesariamente para sus protagonistas (o uno de ellos) el significado de “relaciones esporádicas” sino que pueden ser el inicio de otra cosa.

El “vacío discursivo” de nuestro estudio en torno al cuadrante 2, el de las "relaciones esporádicas individualistas", demuestra la ausencia de un modelo de sexualidad independiente por parte de las mujeres latinoamericanas. Ubicado en este espacio, el diafragma en particular se asocia con relaciones esporádicas, pero donde no hay riesgo

de embarazo ni negociación posible. La relación es transparente, pues es la mujer la que decide lo que se pone y no corre ningún riesgo. O bien lo corre pero lo hace porque está de alguna manera dispuesta a recurrir a un sistema de emergencia, como la píldora postcoital. El uso del diafragma (y quizá el de la píldora postcoital) implica un elevado nivel de autoconciencia y de decisión de controlar la reproducción que no entra de momento en el discurso de los inmigrantes. A diferencia de lo que se dice tan a menudo, el condón es mucho más usado y aceptado, puesto que deja en manos del varón la decisión sobre el grado de responsabilidad que quiere asumir (lo cual es plenamente consistente con la frecuente situación "machista" del punto de partida). De forma paralela, puede decirse que apenas aparece el aborto entendido como "corrección" o como auténtico anticonceptivo, al menos en el discurso obtenido.

Existen embarazos, obviamente, en relaciones sin compromiso, pero el verdadero problema de frecuencia parece encontrarse en los recuadros 3 y 4, es decir las relaciones semi estables, de "enamorados", donde se abre la posibilidad de una relación duradera. Toda la ambivalencia entre géneros que hemos descrito a lo largo del estudio se encuentra dentro de estos trances y en esa clase de relaciones. Son muy frecuentes en los primeros años de la emigración, puesto que nada ha tenido tiempo de asentarse y al mismo tiempo la necesidad de compañía y amor es muy intensa.

En los noviazgos sin estabilidad, lo más frecuente es oscilar entre el uso de métodos naturales y artificiales, traspasando los cuadrantes. Hay quienes reconocen usar sólo el "ritmo" y el condón a veces, pero también hay muchas historias donde aparecen los anticonceptivos hormonales y otros en situaciones ambiguas, de forma confusa, con fallos, alternancias y presiones. En algunos casos, podemos aseverar que la persona entrevistada no nos dice la verdad en tan delicado tema, pues se siente culpable de su error o teme la burla o el desprecio si reconoce haberse arriesgado. Casi siempre se trata de fallos atribuibles a la complejidad y ambigüedad de la relación, pero se combinan con un entorno sociotécnico que a veces ayuda muy poco: hay olvidos semi-conscientes, y errores con las fechas, o presiones del varón para dejar la píldora, pero también problemas con el sistema sanitario, con sus plazos y demoras, con los desplazamientos y las malas interpretaciones en el momento del viaje, etc.

Como es evidente, esta clasificación es un artificio comprensivo: pero no es exacta ni tiene un carácter evolutivo o lineal. Las etapas de relación se solapan y confunden a veces, y el grado de medicalización o de percepción de "naturalidad" también es difuso y cambiante con el tiempo.

También hay embarazos no deseados en la relación de pareja duradera que, como se ha visto, sigue utilizando métodos inseguros. La diferencia es, casi con certeza, que se producen más abortos en las situaciones 3 y 4 que en las del tipo 5 y 6. Cuando se está

"en medio", en una relación ni estable ni inestable, es cuando se corre un mayor riesgo: el caso típico es el de una mujer que no usa nada (o sea, el "ritmo") porque no convive con su pareja.

- Ahí es cuando la pareja se manifiesta finalmente y decide cómo comportarse (si controla o no cuando bebe alcohol, si presiona o no para mantener relaciones en días de peligro, etc.) y qué hace en caso de embarazo, si se hace responsable o no.
- Ahí es precisamente donde encontramos madres solteras, que no quisieron o no pudieron abortar, y que han tenido un hijo en condiciones de gran dificultad.

Como se ha dicho, el riesgo de embarazo se produce tanto en las relaciones esporádicas como en las estables, antes de que las parejas pasen al cuadrante 6. Casi todos las y los entrevistados habían tenido hijos, bien como "enamorados", bien con parejas estables con las que utilizaban métodos inseguros. Pero ¿por qué esta preferencia por los métodos de anticoncepción que no dependen del sistema de salud, naturales o mixtos?

La preferencia por estos métodos naturales se explica en el discurso porque existe una cierta reserva hacia el uso excesivo de medicamentos y de química, algo que caracterizaría un tipo de práctica médica no preventiva y poco natural, en sus términos. Pero este discurso parece una justificación a posteriori, una racionalización que oculta algo indecible (en el contexto local español).

- El motivo de la dificultad o resistencia a usar los métodos fiables es otro: en el uso del condón y del "ritmo", la mujer depende mucho del varón. Mantener el "ritmo" y ponerse el condón cuando es peligroso conlleva mucha confianza y un acuerdo explícito en el no querer tener hijos o querer tenerlos. Al mismo tiempo, la mujer no es tan libre de tener relaciones sexuales por su cuenta, puesto **que no toma nada**.

Es una forma sutil de control de la situación por parte del varón. Cuando una mujer toma la píldora o cuando lleva un DIU en realidad puede hacer mucho más lo que le da la gana en este terreno, sin correr muchos riesgos. La idea del control de la sexualidad se expresa con claridad bajo esta preferencia por los métodos "naturales":

"Ah, para qué te vas a cuidar, ¿tienes otro por ahí?" (EP7/8)

Como, a pesar de todo, estos métodos fallan alguna vez, los matrimonios acaban pasando a la etapa 6, y optan con la madurez por una intervención más segura. Es interesante comprobar que incluso aceptando ya la "certeza" y eliminación de ambivalencia característica de los métodos anticonceptivos más medicalizados y modernos, existe una preferencia por aquellos que dependen de un profesional sanitario

para su administración (inyección), los que son visibles (parches) o los que se asocian con la madurez y la estabilidad de una madre (DIU) frente a la píldora, que como se vio, se asocia siempre con demasiada claridad a la inquietante autonomía femenina.

8. LA RELACIONES CON EL SISTEMA SANITARIO ENTRE LOS INMIGRANTES LATINOAMERICANOS

8.1. El sistema de asistencia sanitaria pública y los inmigrantes

La sanidad pública española es uno de los lugares institucionales a los que primero se acercan los y las inmigrantes cuando llegan a España. Es una auténtica puerta de entrada a la ciudadanía, y como tal les transmite una imagen del nuevo lugar donde viven, de su funcionamiento político y de su perfil organizativo. Contribuye a formar una parte de las expectativas que pueden hacerse acerca de su futuro aquí.

El sistema público de sanidad goza de una buena imagen entre los latinoamericanos en general, aunque, como veremos, las relaciones entre estos usuarios y el sistema no sean completamente sencillas.

La visión que los inmigrantes tienen del sistema sanitario viene marcada en parte por el funcionamiento que van comprobando a medida que lo utilizan, pero también en buena medida por el contraste con los sistemas de salud que ellos han usado antes y que funcionan en sus países de origen. Estos sistemas no son idénticos al de la CAM, ni mucho menos.

- En estos países latinoamericanos suele existir un sistema de sanidad mixto privado-público en lo que se refiere a la atención médica.
- La mayoría de los inmigrantes, en la medida en que pertenecen a las clases medias en estos países de origen, han utilizado allá más bien el sistema privado, pues el sistema puramente público al parecer presenta ciertas deficiencias. Éste además es el que emplean las populosas clases bajas, quienes tenderían a saturarlo al representar una demanda que excede la capacidad de la oferta. Al margen de esta posible situación de mala atención, el ser usuario de los sistemas públicos de salud representa allí un evidente problema de imagen, un detalle realmente sensible en estas sociedades que se caracterizan por su clasismo.
- La visión del sistema sanitario latinoamericano no está completa sin mencionar el rol del farmacéutico. En estos países de latinoamérica es bastante corriente acudir al farmacéutico en busca de una atención médica casi completa, rápida, sin recetas ni apenas diagnóstico, para asuntos menores o de incidencia bien

conocida y repetida (como los tratamientos crónicos menores, y por supuesto los anticonceptivos). Del lado de allá, el farmacéutico es un auténtico profesional de la atención a la salud.

- Estos grupos migrantes también están muy acostumbrados a pagar al médico y al farmacéutico en los países de origen, directamente y en cada acto médico o por cada producto de farmacopea, y generalmente sin la ayuda de un seguro privado. Esperan a cambio una atención razonable pero personalizada, orientada al servicio (porque pagan cada vez) y no sólo al remedio. En ocasiones incluso "pagan" por acto médico en el hospital público, para obtener una asistencia "mejor" que la que se definiría como el estándar gratuito en estos mismos sistemas públicos.

"- Yo pienso que por qué no nos atienden; porque también no pagamos, ¿no?, porque allá en Bolivia nosotros pagamos porque (nos vea) el médico.

- Claro, puede ser.

- Yo pienso que por eso tal vez no nos atienden así como nosotros queremos que nos atiendan.

- Puede ser también.

- Porque allá los médicos te cobran, ¿eh? O sea, tú coges una cita y tienes que pagar quince bolivianos o veinte, que es como aquí... ¿cuántos euros serían veinte bolivianos?

- Doce euros.

- Doce euros ¿no?, doce euros o algo así. Pero allá después, (...) para comprarte leche..." (mujeres bolivianas)

Desde esta cultura sanitaria tan particular, a los inmigrantes les cuesta bastante entender las normas de funcionamiento del sistema público español, con sus procedimientos burocráticos, sus autorizaciones, sus colas y sus demoras. Éste es el único sistema con el que se relacionan en la práctica aquí, ya que sus niveles laborales y salariales generalmente no les permiten utilizar los seguros médicos privados que muchas veces sí son empleados por las clases medias autóctonas asentadas.

La experiencia de las personas inmigrantes con la sanidad pública debe decirse que se percibe indiferenciada en relación con las tres instancias institucionales de lo público que tienen competencia en la CAM: la instancia estatal, la de la Comunidad de Madrid, y las diversas instancias municipales (generalmente la del municipio de Madrid, pero ocasionalmente también la de algunos grandes municipios de la periferia metropolitana). A lo que hay que añadir otros servicios sociales o de atención:

"-(...) y fue al centro de atención a la mujer del distrito, y la atendió una trabajadora social (...) y le dijo: "está segura qué quieres tomar eso" y se la dio. Aquí hay centros que te asesoran a hacer las cosas..."

-(Habla muy de prisa) aquí hay sitios, pero no todo el mundo los conoce. (...) hay centros que te atienden, extranjera o no extranjera, te valoran, y si quieres tomar la pastilla (...)

-¿En un organismo público?

-Si.

¿USTEDES NO HAN ESTADO NUNCA EN UN CENTRO DE PLANIFICACIÓN?

-(...) Hay cuatro o cinco en Madrid. Pero ellos (...) las fórmulas, te preguntan por qué no sé qué. Y a mí me remitieron desde un centro de salud". (mujeres colombianas)

Los inmigrantes saben que van a un centro médico o a un hospital, pero realmente no saben de quién es, ni quién lo gestiona. Para los inmigrantes se trata entonces de una relación genérica con "lo público" (como contrapuesto a "lo privado - de allá"). A veces se designa como "gubernamental", otras como "distrital", y otras como nada en absoluto, es decir, como la misma instancia pública indiferenciada cada vez. El denominador común es que la asistencia es siempre gratuita y es "para todos", y por eso no se distingue demasiado entre unas y otras instituciones.

También se diría que la naturaleza burocrática y poco personalizada de la prestación es otro de sus rasgos comunes de imagen, que en definitiva lo iguala todo. Nada o casi nada proyecta una imagen institucional con un carácter distintivo propio. Muy rara vez se identifica en los discursos un símbolo de identidad, como alguna vez ocurre con "el logotipo azul" (posiblemente el del Servicio Madrileño de Salud), que alguna vez se percibe que figura a la entrada de los edificios de las redes sanitarias públicas.

Es mucho más corriente que las personas inmigrantes identifiquen simplemente el centro de salud al que van por el lugar donde se ubica, y no tanto por su dependencia institucional o por su especialización funcional en un determinado tema. Lo que sí tienen claro es que, dada la naturaleza burocrática del sistema, el o la médico de medicina general en la atención pública primaria juega un papel fundamental, absolutamente clave: es el punto de acceso a todo lo demás, y es el lugar al que acuden corrientemente.

- En alguna medida demandan también atención en los servicios de urgencias, pero han aprendido también que probablemente no obtengan un servicio perfecto en las masificadas salas de urgencias de los hospitales. Sus quejas sobre la saturación apuntan en esta dirección, que podríamos calificar como similar a la que pueden formular los autóctonos.
- Muchas veces son justamente los autóctonos los que les instruyen para presionar cuanto puedan en las salas de urgencias y en los ambulatorios, pues es la única forma en que consideran que les pueden llegar a hacer más caso.

La única excepción se da en los centros de salud de distrito o de barrio, de dependencia municipal, en los cuales se atiende a las mujeres inmigrantes que acaban de ser madres en temas de salud reproductiva y en primeros cuidados de la infancia. Estos centros son poco conocidos, pero ocasionalmente se identifican. Tienen una buena imagen y les dan un buen servicio.

Las mujeres que han dado a luz tienen una relación contradictoria con la experiencia. Algunas se sienten especialmente a gusto con los cuidados que han recibido en el momento del parto y el puerperio en el sistema público de salud.

“- Aquí a las mujeres extranjeras que tienen hijos, nos atienden muy bien.

*(...) Protegen mucho a las mujeres embarazadas, los niños y todo eso...”
(mujeres colombianas)*

Otras lo recuerdan como una experiencia impersonal y dura, y se sintieron mal tratadas, al mezclarse los problemas de papeles con la experiencia de parir en un país extraño.

“Sí, porque por ejemplo a mí, yo cuando iba a tener el niño no los tenía los papeles ni nada, porque yo fui un día antes al médico y me dijo: faltan dos semanas, y recién vamos a mandar al hospital La Paz. Y ya al día siguiente me vino los dolores que cuando fui no había nada. Y estaba bien mala y no había nada; los papeles, que todavía no habían enviado, la ecografía, todos esos, la historia no estaba ahí y... había un problema.

- ¿PERO TÚ HABÍAS IDO AL GINECÓLOGO DESDE EL PRINCIPIO?

-Desde el principio no, porque tenía que sacar la tarjeta médica, porque no me quisieron atender, tenía que empadronarme primero... Y todo eso”. (mujeres bolivianas)

En general los inmigrantes latinoamericanos no se sienten tratados en el sistema de una manera distinta que los autóctonos por el hecho de ser inmigrantes, aunque haya algunas excepciones a esta opinión. Cuando se produce un caso de "percepción de discriminación", se refieren más bien a episodios puntuales que suceden con los demás usuarios del sistema sanitario, es decir, con ciertos exabruptos y brotes de xenofobia que surgen espontáneamente entre el público autóctono. Casi nunca guardan una relación con la forma efectiva de ser tratados por las y los médicos y por el resto del personal sanitario, aunque el trato brusco y la velocidad se interpretan a veces como discriminación y pueden ser un factor importante de alejamiento del sistema:

*“Si el chino le hace entender al médico, nosotros, que hablamos el español, también le podemos hacer entender al médico; yo creo que sí, se le explica “para esto”, “¡ah!, no, ¡vale! Lo que tú buscas es esto”, yo creo que sí nos puede hacer entender el médico ¿no? Yo el trato, yo creo que tiene que ser igual entre ambos, no creo que por lo que uno pudiera ser emigrante y otro llegue a ser español...”
(varones bolivianos)*

“- Porque siempre están deprisa... no sé, no nos atienden bien, mientras cuando van españolas tienen más trato, conversan más... no sé, preguntan más a ellas, siento que les atienden mucho mejor.

- Claro. Se entienden mejor con un...” (mujeres bolivianas)

Una mujer expresa el sentimiento que tienen muchos inmigrantes, conscientes de no ser vistos como individuos sino como “colectivo problemático” y asocia una mala experiencia con el hecho de no tener papeles:

“Y la verdad es que hay hartísimos inmigrantes allí. Yo creo que deben estar hartos de nosotros”

“Pero es que cuando uno va al consultorio médico y todo eso el... yo creo que los médicos saben que uno no tienes papeles, ¿me entiendes?” (EP1)

Por lo tanto hay elementos de discriminación, aunque sean indirectos y no afecten al tratamiento como pacientes: el rumor social, a veces expresado públicamente, de que los inmigrantes saturan los servicios y tendrían la culpa de su deterioro, por un lado, y por el otro el sentimiento de no merecer atención por el hecho de “no cotizar”. Esta culpabilización puede generar inseguridad en las personas a la hora de reclamar un servicio o expresar sus necesidades.

Pero, aparte del sentimiento de igualdad o desigualdad de trato, hay reclamaciones e insuficiencias. Las quejas de las personas inmigrantes sobre el sistema de salud se centran en aspectos que sin duda son bien conocidos por el usuario medio del sistema público de salud en la CAM (o al menos son moneda corriente entre la opinión pública), y que son fundamentalmente los siguientes:

- La brevedad del tiempo que el o la médico dedica al paciente en la atención primaria.
- La tardanza en las citas para las especialidades medicas en los ambulatorios, sobre todo en el caso de las revisiones periódicas.
- La dilación intermedia que se introduce en todas estas citas, debido muchas veces a la necesidad de realizar análisis variados que conllevan sus propias citas y sus particulares dilaciones y subdilaciones.
- La masificación de los servicios de urgencias en los hospitales públicos.
- La falta de comprensión hacia el hecho de que los medicamentos no sean gratuitos, mientras que la asistencia médica lo es.
- La falta de servicios de acogida o información precoz sobre el sistema de salud y sus diferentes piezas.

Sólo las dos últimas quejas son muy "especiales" de los inmigrantes latinoamericanos: las demás se asemejarían mucho a las que pueden presentar otros usuarios. Sin embargo estas quejas son sólo parecidas en la superficie. En realidad tienen ecos muy específicos. Deberían cualificarse como especiales para los inmigrantes porque su contexto vital es

diferente y este contexto transforma en gran medida el significado de todas las insuficiencias.

Comentemos la primera: el breve tiempo de la visita en la atención primaria. Este detalle va en contra de su experiencia previa con la medicina en su país, donde se les dedica por el contrario una cantidad más o menos fija de tiempo cada vez que van (ya que pagan por ese tiempo). El inmigrante latinoamericano está acostumbrado a desarrollar ahí una breve charla con su médico, en la que aprovecha para consultarle temas preventivos, y a hacerlo con una cierta tranquilidad y relajó.

“Es que yo creo que si los médicos de cabecera... Es que si tú vas al médico, y le dices una cosa y ya te está sacando, si el médico te diera la suficientemente confianza, tú preguntando: oye, mira, voy a tener tal problema, o adónde puedo ir y tal, sería un poco mejor, porque ya te puede enviar a un sitio concreto, a algún lado, pero es que los médicos de cabecera, llegas chutando y adiós.

- O sea, que tuviéramos un trato más personalizado, mucho más atento,

- Que fueran mucho más atentos, no con tanta prisa, que tengo cinco o diez minutos para atenderte y ya está. Porque yo es que fui y no. Si te dieran esa... como esa más confianza, porque son temas que a veces cuestan, si te dieran más confianza sí que podrías decirle: oye, mira, qué puedo hacer, dónde puedo ir, porque tengo tal problema, porque las pastillas no me gustan... No, no te dan la suficiente confianza para poder decirles eso”. (varones colombianos)

Se celebra igualmente cuando el trato es amable y se genera la confianza suficiente como para hablar de los anticonceptivos y sus efectos:

“Es que hay médicos que son muy amables, que le ponen atención, y ellos nos recomiendan cosas. Yo antes tenía una doctora que era muy buena, y ella me recomendó las pastillas anticonceptivas que me podía tomar. Me dijo: No, si esas te engordan, pues te voy a mandar otras para probar. Muy buena”. (mujeres ecuatorianas)

- La velocidad de la visita a la médica generalista, que en un primer momento parece que redundaría en una mayor eficacia y un ahorro de costes, juega aquí en contra de una correcta aproximación a la medicina preventiva para estas poblaciones. Están acostumbradas a ir menos al médico, a menos repeticiones de las visitas, pero también a ser más activamente escuchadas y a ser proactivas respecto de su salud.

Este ahorro de tiempo que se produce se podría pagar caro por el sistema en otros lugares más ocultos. Éste es el caso de la anticoncepción, un clásico de acción preventiva de la medicina. Hemos detectado problemas a este respecto. La ocasión de hablar de anticonceptivos se pierde, por la presión del tiempo y por la falta de capacidad de manejar bien el contexto transcultural, y de crear una situación un poco íntima en la consulta. Aquí hay un área de mejora fácil de detectar.

Respecto del segundo y del tercer problema mencionados, es decir, las tardanzas, las dilaciones y las repeticiones de citas, nos encontramos con un cambio de contexto que

transforma igualmente el significado de la situación para las personas inmigrantes. La multiplicación de citas y su demora en el tiempo funciona para muchos de ellos como un freno importante a la hora de acercarse a los especialistas.

“- Cierta que también poniendo más de facilidad con los médicos, hay días que, como le digo, ahora no puedo renovar la tarjeta de la sanidad. Y mire cuánto tiempo yo estoy aquí y no puedo. Porque no tengo tiempo tampoco, ¿no?, pero veo que hay un montón de latinos que van, y le dicen vuelve otro día”. (mujeres bolivianas)

- La situación laboral de los inmigrantes suele ser precaria, sobre todo en los primeros tiempos de la inmigración, y especialmente en el caso de las trabajadoras internas y los trabajadores irregulares de todo tipo. Trabajan muchas veces sin contrato y sin protección legal. Las citas sucesivas (análisis, seguimientos dilatados, petición de cita, etc.) son difíciles de atender, porque estas personas sienten que están poniendo en peligro su puesto de trabajo cada vez que piden un permiso, sobre todo si faltan repetidas veces para ir al médico.

“.. Y es por falta de tiempo, como dice aquí, una trabaja. O a veces, igual, uno se pide permiso en el trabajo y... se enfadan: Que no, que no te puedo dar, y que quién me viene a trabajar.. Y eso es otra, que uno pide a una hora... y en la mayoría, en los trabajos... no sé, a no ser que traiga algo urgente, algo grave que sea para decir: Bueno, vete. Pero si a usted la ven trabajando con un dolor de cabeza, con un catarro dicen: No, continúa”. (mujeres ecuatorianas)

- De este modo muchas veces no vuelven a la especialista (o a la médica de medicina general) si ocurre que tienen que faltar al trabajo dos o más veces, o no lo hacen adecuadamente. Colocan antes su precaria estabilidad laboral que la propia salud. Y cuando la alternativa al despido es la vuelta al país de origen, es comprensible que sean capaces de incurrir en algunas temeridades a este respecto.

En el capítulo de la ginecología, y en el de la medicina preventiva relacionada con la anticoncepción, este fenómeno acontece con una probabilidad alta, y tiene una incidencia particularmente retorcida. Si se lo ponen muy difícil, las mujeres no irán suficientemente a la ginecóloga (o al médico o médica de medicina general), y menos si es para un tema de prevención o de anticoncepción. Las citas ginecológicas son reputedamente complicadas de obtener con una agilidad suficiente en estos momentos en el sistema público. Si es el ginecólogo el encargado de facilitar los anticonceptivos a la mujer (a veces tras algunos análisis y ensayos), y si ésta tiene difícil acudir a él, el resultado está servido: no irá suficientemente, y con alguna probabilidad incurrirá en prácticas sexuales que pueden conducir al embarazo imprevisto.

“Porque digo, uno puede saber mucho más yendo a averiguar y todo eso, pero no, no he ido yo. No he ido... será porque en la Seguridad Social, yo me acuerdo que... pedí cita para la ginecóloga, pero me dieron al año... Y aparte de que tienes la cita, tienes que seguir, tienen que hacerte análisis para ver qué es lo que te puede adaptar a tu organismo. Entonces yo dije: ¿un año?... .pues nada, puedo tener unos cuantos más”. (mujeres ecuatorianas)

- Se da la circunstancia desfavorable de que los anticonceptivos de preferencia son para estas personas justamente los que necesitan de una mayor intervención médica: los DIU y los dispositivos hormonales semipermanentes de medio y largo plazo.
- Pensemos que estas personas están acostumbradas justo al tratamiento contrario: a conseguir anticonceptivos de un modo más flexible, en una relación menos burocratizada con la médica de su elección (especialista o no), e incluso con la farmacéutica. Si se les presentan todas estas trabas añadiendo un contexto laboral tan exigente el resultado es fácil de prever, y explica una parte del problema al que actualmente asistimos.
- Por otra parte, las dificultades atribuidas al sistema actúan también como una justificación para gestionar la anticoncepción sin recurrir a expertos o a métodos seguros, y así mantener el control "dentro de las paredes de la casa". No significa que las trabas del sistema no existan realmente, sino que se pueden exagerar para mantener la autonomía frente al sistema de planificación familiar, lo que a su vez aumenta el riesgo de embarazo y desanima a los potenciales usuarios, inmigrantes recientes que escuchan consternados las historias de sus compatriotas.

"Yo todas las personas que conozco se quejan de lo mismo, que prefieren no ir al médico, prefieren usar un preservativo, o cuidarse con el calendario, o ir a un privado de éstos; a Sanitas, a... Hay muchos de estos, porque ahí la atención es mejor y le dan más rápido".

".. Yo, prácticamente, con el público no voy muy bien... puede haber muchas razones".

"O deciden cuidarse por sí mismos, se habla entre los dos y deciden qué métodos van a tomar".

".. A pesar de que yo no voy a estos centros... yo tomo muchas precauciones por mí misma.. No confío en los médicos. Más claro. No confío". (mujeres ecuatorianas)

La siguiente historia reúne todos los elementos de los que hemos hablado y el papel ambivalente de las redes personales en relación con el sistema de salud: aislamiento personal, dificultades de acceder al sistema de salud reproductiva, dilaciones, y embarazo no deseado (y aborto posterior). Nótese aquí que, en relación con el tipo de red interpersonal en que se esté ubicado, la opinión circulante sobre el sistema actúa como un elemento de impulso al acercamiento o de disuasión:

"- Porque en ese entonces estaba trabajando de interna. Y también estaba de interna cuando yo llegué. No, los primeros tres meses estaba sin trabajo. Los primeros meses que llegué yo estaba sin trabajo, entonces... no sabía qué hacer y ya pues... y como salía a buscar trabajo, venía, me desesperaba y todo, y a veces tenía trabajos... me llamaban por horas, sólo así por ratos, y ya pero... Es que lo que me enseñó una prima me enseñó por los días. Me dice: hasta que vas al médico, el médico te va a tardar, te piden análisis me dijeron, te piden no sé qué, en el análisis de sangre no sé qué para ver cuál tableta te van a dar. ¡Uh!,

entonces yo dije eso va pa largo. Entonces me dice ella: Cuidate con los días. Entonces ahí fue cuando me cuidé con los días, ¿sabe? Y ya fue cuando... cuando ya..." (EP3)

Son muchos los relatos sobre la llegada y los primeros tiempos, los rumores y la falta de información. Nadie les ha explicado cómo funciona el sistema de salud, ni cómo combinar el sistema hospitalario con el resto de las piezas. Y este detalle (junto con otros similares) simplemente les introduce en una "cultura reactiva" de la atención médica. Se les dice que es preciso recabar la atención activamente hacia uno mismo si se quiere obtener asistencia, que hay que decir claramente que uno está mal para obtener un remedio. En este contexto hay muchas confusiones y leyendas en la llegada:

"Cuidao no te digan, como a mí me han dicho, cuando he llegao, de recién: Tienes que coger cita para el ayuntamiento, porque si no, si te pasa algo aquí no vas a poder comprar ni una aspirina si no tienes el carné de... (risa) del, del... médico ese. Y yo decía: ni una aspirina, ¿y si me duele mi cabeza cómo voy a comprar (risas) la si voy a comprarla a la farmacia? 'Sin recetas no te venden nada'. Y yo me decía: hasta para una aspirina hay que pedir receta. Ay, si me muele mi cabeza ¿qué voy a tomar?" (mujeres bolivianas)

De ahí que muchas entrevistadas defiendan una política activa de comunicación desde la llegada:

"Y debería haber charlas. Y yo creo que deberían ser un poco más abiertos con la gente, no ser tan cerrados, porque lo son. Sí, hay gente... hay... los mismos médicos son bien cerrados con los inmigrantes. Sí, lo sé yo. Entonces debería ser así, un poco más... más social, más comunicativo.

Sí. Donde, yo qué sé, no sé, donde la gente vaya, la gente inmigrante que vaya al médico (y salga a empadronar) pues, su primera cita que sea, pues a una charla, para que esa persona conozca todo, todos los servicios que tiene la sanidad. Si es que lo hay, ¿no?, si algún día hay eso". (EP1)

El problema de asimilar una cultura de presión y de demanda sobre un sistema, debido a su carácter gratuito y complejo a un tiempo, es que puede alejar de una visión preventiva de la salud pública, donde ésta se acerca poco a poco a las inmigrantes (y al resto de la población) adelantándose a ciertos problemas previsibles, como las dudas en torno a la contracepción o el embarazo imprevisto. La visión preventiva parece estar presente en sus países de origen, pero en otra forma: como facilidad, como acceso directo y rápido, y a menudo en forma de campañas públicas o repartos gratuitos de anticonceptivos. Una aproximación preventiva "lenta" (y no "en caliente", cuando hay urgencia por enfermedad) sería mucho más adecuada para la búsqueda y aplicación de las técnicas anticonceptivas que ellos necesitan.

Desde esta perspectiva se pueden comprender ciertas situaciones que hemos encontrado repetidas veces en el estudio, y que nos habían sorprendido inicialmente. La migración a España resulta ser una ocasión para interrumpir los tratamientos anticonceptivos que venían siguiendo en sus países de origen. Algunas investigaciones a las que hemos

tenido acceso coinciden en señalar este punto¹⁸. Se nos ha revelado así en varias ocasiones a lo largo del trabajo de campo. Muchas mujeres se extraen la "té de cobre" justo antes de venir a España. ¿Por qué? Allá confían en sus médicos, pero acá desconfían, debido a que desconocen las reglas de funcionamiento de la atención sanitaria en España. Y además, en ese momento de la preparación del viaje, a veces resulta ser un gasto que no pueden afrontar con sencillez:

"Porque la te tenía que tenerla sólo cinco años y ya había cumplido los cinco años, me había pasao como dos-tres meses y tenía que quitármela. Y en ese mes que yo estaba con puros trámites para venirme a España pues no... no tuve tiempo de volvérmelo a colocar. Claro, como tenía muchas deudas, estaba prestando de un lado para otro para pasaje, porque para venirse uno viene con muchas deudas, ¿no?, tiene que prestar dinero para... para venirme acá. Y la te de cobre allá también es más caro, para nosotras es muy caro colocarte una te de cobre. Se tenía que prestar dinero aparte para colocármela y tenía que gastar en visita de médico porque nos tienen que hacer primero un chequeo para ver cómo está uno... yo que sé, te hacen un Papanicolau, que le llaman así a la citología".(EP4)

- No existe desgraciadamente ninguna aproximación a una visión transnacional de la asistencia sanitaria, que en teoría podría contribuir a paliar en algunos aspectos este tipo de problemas de desconocimiento y desconfianza. Puede parecernos hoy ciencia-ficción, pero no olvidemos que en cambio sí que podemos hablar con propiedad de "familias transnacionales" en este contexto (reagrupaciones familiares, abuelas que viajan, hijos que se envían al país de origen para aprender la lengua de los padres o para ser cuidados por las abuelas, parejas estables que se separan temporalmente durante la migración...). ¿Por qué no podemos hablar aún de medicina transnacional?

Algunos de los embarazos tempranos no previstos detectados en el estudio tienen justamente este curioso ingrediente: una pauta anticonceptiva se interrumpe con motivo de la migración, en parte por falta de confianza o de coordinación con el nuevo sistema sanitario, y se produce el embarazo pocos meses después de aterrizar en España. No es que no usen anticonceptivos antes, o no los conozcan: es que la experiencia del viaje les impide el acceso adecuado a los que venían usando, e interrumpen el uso. Es evidente que la migración no solamente altera la cadena de la atención sanitaria, sino muchas otras, pero este factor no ayuda precisamente a resolver el problema, sino que lo agrava. Generalmente esto parece haber ocurrido con los DIU, pero también se dan casos de tratamientos de anticonceptivos hormonales cuya administración se interrumpe, inmigrantes que se pierden en los cambios de marca, en los suministros desde el país de origen que organizan improvisadamente, o simplemente ocurre que no los pueden adquirir como ellos están acostumbrados a hacer (sin preguntas y en la farmacia).

¹⁸VV.AA. "El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid" Index de Enfermería 2008 (número en preparación)

“- A ver, yo la recuerdo muy bien. Yo cuando llegué aquí, pues me traje como dos cajitas, de allá, de Bolivia. (risas) (..) venir preparada. Pero eso ya de allá, este, como... como no sabía bien toda ésta, la movida de cómo tenía que hacer y todo, entonces mi suegra era la que me mandaba. Me mandaba de a dos, me mandaba de a tres cajitas... Entonces ya este... como dije, bueno, no toda la vida ella me va a estar mandando. Entonces ya averigüé todo esto y entonces ya fui a...

- ¿CÓMO AVERIGUASTE?, ¿A QUIÉN PREGUNTASTE?

- No, este... Mi cuñado y mi cuñada. Me dijeron ellos: Este, mira, tienes que ir allí y allí te dan una receta, en donde estoy... Ay, ¿qué le dicen?

- ¿Centro de salud?

- ¿El ayuntamiento?

- Claro, en el ayuntamiento, en el centro de salud. Entonces... nada, hice una cita y fui y le dije: mira, quiero una receta para un anticonceptivo. ¿De cuales utilizabas? De Tal, pero resulta que no hay aquí porque ésa yo lo compraba en Bolivia. Bueno, ya me dieron éste”. (mujeres bolivianas)

Y es que el acceso a los anticonceptivos les parece más sencillo allá que acá, aunque en los países de origen estén sujetos a un tabú más acusado a la hora de hablar de ellos. En estos países mantienen un cierto pudor antes de entrar a comprarlos en la farmacia, es bien cierto, y el preservativo no alcanza la gran distribución y la gran visibilidad social que tiene en el mercado español. Pero allá están en cambio acostumbrados a pedirselos al médico de medicina primaria o al especialista, al que acceden directamente y con confianza, y también al farmacéutico, que parece que muchas veces se los dispensará incluso si no tienen receta. Cuando trasladan estos comportamientos a la CAM, se encuentran con importantes barreras inesperadas: cuando los pidan, la médica de medicina primaria a veces les remitirá a la especialista, o les pedirá pruebas clínicas, mientras el farmacéutico les exigirá una receta para dispensarlos (y les cobrará por ello, a pesar de que todo es gratis en teoría).

“- Sí. Pero normalmente... allá mi madre pues sí o sí me decía mi madre que me cuidara, ¿sabe? Y allá en Bolivia no te cuesta mucho comprar un medicamento, a eso me voy, que allá en Bolivia tú vas a la farmacia y tú le dices: ¿Me da un anticonceptivo? Y te lo venden sin receta.

(...) Por eso le digo. Se ven muchas-muchas formas de cuidarte. Y te la venden. Y en cambio aquí no, aquí cuesta. Allá en Bolivia no, allá en Bolivia usted va: Quiero que me venda ese medicamento. Y se lo dan, y saben que es para cuidarse y se lo dan”. (EP3)

En este contexto de dificultades no es extraño que presenten importantes resistencias añadidas a la anticoncepción de emergencia (píldora postcoital): no ven factible conseguir la flexibilidad necesaria para esta aplicación que debería ser muy flexible dentro de este lento y alambicado sistema. Y en lo relativo al DIU, les resulta realmente exótico tener que adquirirlo pagando por él: les parece algo caro. Una vez adquirido por medio de un pago, consiguen después que se lo implanten de manera gratuita los especialistas. Pero eso sí, incurriendo en el coste de las varias visitas al ambulatorio, las demoras y en el trabajo burocrático por su parte (justo al revés que lo que resultaría el caso normal en su país,

donde es un proceso rápido y sencillo pero de pago). Y mientras tanto el amor a veces no espera.

A pesar de la evidente ventaja de la gratuidad y la calidad del servicio, en España se encuentran con un importante cúmulo de trabas burocráticas, que no entienden inicialmente y al que no están acostumbradas. Esto produce períodos de desprotección, de desconfianza hacia ciertos métodos y de mal uso de las técnicas anticonceptivas, sobre todo en la decisiva época de la primera etapa migrante. Éste es un preocupante fenómeno que se suma al resto de los efectos problemáticos que hemos descrito, las complejas prácticas culturales y el duro impacto de la precariedad emocional y económica en esta difícil circunstancia. Todo esto está sin duda detrás de una parte de los actuales abortos y de muchos embarazos no planificados.

Sería importante despejar en la medida de lo posible muchas de estas trabas en el acceso al sistema sanitario cuando las inmigrantes necesitan los anticonceptivos. En este sentido propondremos más abajo una serie de medidas abordables, que pasan en general por una mejora de la atención primaria en este capítulo, o dicho de un modo más claro, por un incremento de la proximidad del sistema sanitario a esta población, que tiene unas necesidades especiales pero no demasiado complicadas en el fondo, pues ya conocen muchas de las técnicas y prácticas anticonceptivas, y parten de una actitud positiva aunque algo perpleja ante el sistema sanitario público.

8.2. El sistema sanitario y las IVE

La visión del sistema público de salud se estructura para los inmigrantes latinoamericanos en torno a una diferencia que podríamos etiquetar "acá y allá", pero que también recubre de un modo no totalmente evidente la distinción "privado y público", que en la experiencia migrante se corresponde con el esquema "privado=alla" y "público=gratis=acá". Si en su país el sistema privado es más importante, la relación de los y las inmigrantes con la salud en España pasa siempre por la instancia pública. En relación con las IVE en la CAM se da sin embargo la circunstancia de que la inmensa mayoría de las mismas se practica en centros privados especializados. El sistema de salud se invierte de nuevo. ¿Qué implicaciones tiene esto?

Hemos comentado que generalmente el proceso de las IVE no presenta demasiadas dificultades, entendido estrictamente como una intervención sanitaria. En realidad es un proceso en dos etapas, en lo que se refiere al sistema de salud. Casi siempre el proceso pasa inicialmente por la medicina primaria, en la primera etapa, y el criterio del médico generalista es fundamental. La manera en que dirija ese primer contacto con el embarazo sorpresivo resulta muy importante. Y queda enteramente a la responsabilidad del personal

médico el tratar a la persona que tiene delante con más o menos conocimiento, y con más o menos mano izquierda. Las profesionales consultadas – que trabajan en la atención primaria, en las clínicas que practican IVE o en organizaciones sin ánimo de lucro- han constatado lo mismo que nosotros hemos detectado extensivamente en nuestro estudio: que muchísimas veces las mujeres o las parejas no tienen completamente claro lo que quieren, o incluso que si pareciesen tenerlo claro en realidad el proceso de decisión dista mucho de ser sencillo, y puede encubrir elementos "no dichos".

En general hemos podido observar que en estas circunstancias el trato de los profesionales de la medicina primaria suele ser bastante correcto: muy a menudo dan a elegir la opción de abortar si piensan que la mujer alberga alguna duda, y parecen hacerlo de una manera correcta según su propio arte y criterio, aunque aparentemente no haya protocolos fijados al respecto. Casi siempre las mujeres agradecen la franqueza en la comunicación: no se detectan casos de ofensa o de falso pudor, ni en caso de albergar muchas dudas previas ni tampoco en el de que la mujer o la pareja en cuestión no tuviesen ninguna intención de interrumpir el embarazo, y les hubiese sido sugerida allí eventualmente la idea de abortar. La apertura de talante parece funcionar aquí como un buen criterio, siempre que haya una dosis de delicadeza añadida.

“En ese sentido sí, deberían hacer campañas de formación, para que la mujer sepa, que hay métodos, que te van a atender, que no te van a deportar por ir al médico. Porque hay mucha gente, de verdad, que no se siente segura. Tienen miedo a ir al médico porque se creen que piden papeles.

Y en la seguridad social atienden a cualquier persona (...) a las mujeres y a los hombres, para que sepan que si hay sitios... no todo el mundo va a Internet o a leer....

Entonces hay que informar más para que la gente se sienta más cómoda, más segura independientemente que quieras o no abortar, pero por lo menos que sepas que tienes la alternativa.

Entonces cada cual decide su vida. Hay que buscarlo para enterarse”. (mujeres colombianas)

De forma minoritaria sin embargo se detectan también casos de mujeres a los que el médico de medicina primaria al parecer habría dado largas ante su expreso deseo de interrumpir un embarazo. Hay médicos, varones y mujeres, que no son partidarios de la IVE y pueden usar fácilmente la táctica de la dilación de la intervención, por sí solos o empleando ocasionalmente a otras personas como instancias interpuestas (remisiones a asistentes sociales que tratan también de demorar la decisión, citas demoradas con el ginecólogo, etc.).

“- Y nada y... cuando me quedé embarazada fue a la seguridad social y hablé con un doctor. Bueno, hablé con mi médico de cabecera. Y lo primero que hizo fue enojarse.

(...) Entonces me fui donde la asistente social y la asistente social me dijo que ella no podía hacer nada (...) Y yo... nada, pues qué iba a hacer, salí tan desconsolada, salí... (ríe levemente). Porque no se puede hacer nada en estos casos, me dijo, así. Y yo, huy, bueno... Pero yo ya sí sabía, ¿no?” (EP1)

“- Pues nada. Bueno, que el doctor me dijo que él no se prestaba para eso. Claro, algunas personas tendrán sus... reparos o... sus prejuicios y todo eso, ¿no? Y tal vez el doctor dijo que no, que no podía. Porque (sí él me dijo), si quiere haber ido por las amigas, hay muchas aquí que deben saber. Entonces fue por mediante una amiga, que yo no la conozco, por teléfono simplemente, porque otra persona me dio este teléfono, y ella me dijo que vaya a una tal clínica, y ya fui y ya... ahí me lo hicieron”. (EP4)

No parece haber muchos casos de estos, pero sí se detecta que a veces la arbitrariedad del o de la médica puede intervenir fuertemente en el proceso, e incluso llegar a poner a la mujer en un serio aprieto. El médico generalista maneja aquí mucho poder, quizá demasiado. En algunos casos desafortunados una dilación en el sistema médico se sumará a otro retraso por la previa indecisión de la mujer o de su pareja. Y es aquí cuando se producen los casos más serios de interrupciones, los abortos en momentos avanzados de la gestación o el caso de llevar a término el embarazo en condiciones muy desfavorables, porque ya ha pasado demasiado tiempo. En nuestra opinión, las consecuencias negativas de estas circunstancias son muy serias, y deben evitarse.

- Esto nos llevaría a aconsejar el despliegue de protocolos médicos diseñados para que las mujeres inmigrantes embarazadas, sus parejas (más o menos estables) y los doctores no cayeran en estos ciclos de dilación y pudiesen tomar decisiones ligeras, pues la rapidez en decidir hace aquí todo mucho más sencillo. Esperamos que nuestro estudio pueda contribuir a diseñar piezas de comunicación para ayudar a tomar decisiones en esta crítica y nada fácil tarea. En principio estos protocolos no deben ser nada estrictos: en realidad los y las médicos saben bien qué hacer. Pero es mejor que existan.

La acogida en el entorno de la sanidad pública (al menos parcialmente) de la decisión inicial de la IVE permite normalizar toda la situación, colocarla en un entorno sanitario legalizado y consistente en general. Y después la canaliza hacia las clínicas privadas, una instancia de una naturaleza claramente distinta. De este modo ambivalente, con dos instancias diferentes, el proceso no tiene un carácter totalmente rutinario o imperceptible, ni tampoco está completamente proscrito ni estigmatizado.

- El hecho de que el proceso generalmente se ponga en marcha de algún modo dentro del entorno sanitario público contribuye a la normalización y a la medicalización de las IVE, lo cual es netamente positivo.
- Esta normalización puede evitar el uso de otras prácticas y técnicas para lograr un aborto. Hemos detectado alguna mención al uso del Citotec, muy residual en los grupos, pero que cobra presencia cuando se profundiza en las entrevistas. La metodología sólo ha permitido recoger alguna referencia personal y confirmar la idea de que puede ser más habitual en poblaciones marginales (prostitutas, inmigrantes de clase muy baja) y en los países de origen:

“- Y... bueno, y sobre que todo... ¡Ay!, que la verdad es que tengo varias amigas que ya han pasado los tres-cuatro meses y... y han tenido que recurrir a abortar de otra manera.

- ¿QUÉ HAN?, ¿CÓMO LO HAN HECHO?, ¿HAN IDO A OTRO SITIO...?

- Con píldoras.

- ¿CON MÉTODOS QUE HAN...

- Sí.

- ...QUE SE HAN PROPORCIONADO A SÍ MISMAS?

- Claro, que han conseguido por otras personas. Y entonces algunas han sufrido... Buf...

- MUCHÍSIMO.

- Claro, porque no es no más decir yo tomo píldoras para abortar y ya está, ¿no? Sé que lo han pasado fatal. Y entonces lo que debería hacer la sanidad es tratar de ayudar a esa gente para que no recurran a...” (EP1)

En los siguientes casos, la historia transcurre en Bolivia y en Colombia:

“Yo le dije: Estás embarazada, sí o sí estás embarazada, ¿Has tenido todos los días? Sí. Estás embarazada. No sé de dónde le dio un amigo unas tabletas que se venden, una Citotec.

Las tomó. Y con eso creo que lo abortó. Entonces, ¿ve?, son cosas que... que ni ella misma se puede cuidar, o sea...” (EP1)

“- Pero, yo creo que sí, pero así tan fácil no. Y yo en Colombia escuché a amigas que se hacían legrados, pero a punta de pastillas, de cosas muy fuertes que se tomaban.” (EP2)

La posterior canalización hacia un sistema claramente distinto de naturaleza regulada pero privada contribuye a reforzar la sensación de que el aborto es una solución excepcional. En algún sentido "está fuera", y se ve bien que lo esté, se entiende, pero está fuera de un modo humanista y comprensivo. Esto es muy consistente con toda la operación simbólica que el aborto lleva aparejado alrededor actualmente: es un recurso de emergencia, algo extraordinario.

La vivencia simbólica íntima de la mujer inmigrante latinoamericana que practica la IVE lo asimila generalmente bien (aunque no siempre). En todo caso no nos han aparecido demandas de que las intervenciones se desarrollen en el mismo sistema hospitalario o en los ambulatorios públicos. Además estos inmigrantes entienden bien la lógica de las instituciones sanitarias privadas, pues las conocen de sus países de origen.

Una vez dentro del sistema, los protocolos y los procedimientos legales parecen respetarse bien (se documentan entrevistas con psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, análisis médicos, anestias adecuadas, etc.), en la percepción de los inmigrantes, dentro de lo que podemos documentar. Algunas veces piden anestesia total, otras veces no. Los expertos conocerían algunos casos excepcionales, poco frecuentes,

de situaciones anormales de mucho retraso en la decisión, que son siempre los más comprometidos, los más dificultosos de solucionar, y los que más impacto causan en la memoria de estos mismos expertos. Sólo en estos casos se detecta el ofrecimiento de la posibilidad de adopción del bebé llevado a término finalmente, pero esto parece ser una excepción, incluso una anécdota.

Respecto del resultado de la IVE, resulta notable la dificultad de seguimiento detallado de los casos a posteriori, por razones fáciles de entender. Se hacen llamadas telefónicas desde las clínicas, pero no siempre se responden. Parecería haber algunas infecciones posteriores ocasionales, y secuelas psíquicas en algunas mujeres según el juicio de los expertos, pero no es sencillo documentarlas ni saber a qué se deben. En el caso de las latinoamericanas en España, una buena proporción de estas mujeres que pasan por la IVE son ya madres (o piensan serlo en el futuro), es decir, que conocen bastante sobre la experiencia de la maternidad en primera persona y disponen de muchos elementos de juicio, con lo que generalmente tienen su decisión bien tomada. Salvo excepciones, las consecuencias posteriores no son muy problemáticas, aunque siempre haya dudas residuales, por las razones que hemos expuesto (y siempre haya casos aparte, como en todo).

- En general las mujeres que hablan de su IVE en primera persona suelen referir mucho más la experiencia como una liberación, como un alivio, y prefieren quedarse con aquello de positivo que tuvo su decisión.

Sin embargo hay que resaltar que la información concreta de que la IVE es realmente una prestación del sistema público sanitario no circula casi nunca entre las inmigrantes. Sólo algunas personas saben de antemano que se puede reembolsar por la seguridad social el pago de la intervención. Quienes conocen este dato son precisamente quienes han estado en contacto con algún caso concreto de puesta en marcha de este procedimiento. Las demás mujeres y varones lo ignoran todo sobre este extremo.

- La actual ocultación de la IVE como prestación del sistema funciona en la práctica como una manera muy eficiente de que muchas mujeres no reclamen este pago. Y la mayoría no lo hacen, como se registra en la estadística, pues prefieren pagar ellas y olvidarse rápidamente en lugar de introducirse personalmente en complicaciones burocráticas adicionales.
- Siendo inmigrantes además esto representa un problema añadido (pues reclamar siempre supone más citas, más faltas al trabajo, etc.). La intervención de la IVE realmente no parece cara, pero las economías de estas personas casi siempre son muy precarias (si fuese de otro modo probablemente no optarían por la IVE). Es generalmente una fuerte necesidad económica la que impulsa a pedir finalmente el reembolso a la minoría de mujeres que lo hace, y la mayor

parte de las veces son trabajadores sociales los que toman la iniciativa de esta reclamación y median en el proceso por ellas.

- En nuestra opinión la imposición de barreras burocráticas intensas al pago de las IVE "desnormaliza" innecesariamente el carácter del proceso y de la prestación sanitaria como tal. Es inconsistente con el mecanismo actual, pues todo comienza correctamente con un acto de normalidad médica, luego "sale fuera", y debería "retornar simbólicamente" a él, para cerrar el ciclo con tranquilidad.

A cambio de un ahorro económico para el sistema se pierde quizá una oportunidad para el establecimiento de una comunicación fluida y positivizada entre el sistema sanitario y el usuario. Ésta sería más fácil de establecer si el reembolso fuese automático o muy sencillo. Y éste es un momento clave en la apertura mental del usuario (mujer y varón) hacia la prevención en temas salud sexual y reproductiva.

8.3. La atención específica a las inmigrantes de mayor precariedad y riesgo

Nuestra exploración del campo de la migración en su relación con la sanidad pública no estaría completa sin atender a aquellas minorías de personas que se encuentran en una especial situación de desprotección vital. En el campo de la salud pública suele ocurrir que ciertos subgrupos afectados no son numéricamente muy importantes, pero después resultan ser la fuente de problemas más resistentes, más difíciles de solucionar y que comportan el gasto público más pesado.

En nuestro estudio son muy pocos los casos de extrema vulnerabilidad, y no vale la pena caer en el alarmismo acerca de lo que vamos a contar ahora. Las tendencias generales que detectamos y que se han expuesto hasta aquí son bastante claras: en la medida que el asentamiento de la gran mayoría de las inmigrantes latinoamericanas se estabilice y profundice su evolución normal, esperaríamos que las tasas de IVE disminuyesen entre ellos en el futuro (en dos o tres años). Una mejora de la política en salud pública de anticoncepción y salud reproductiva podría (y debería) favorecer y acelerar este proceso de disminución de las IVE. Si nada extraño ocurre en el entorno, debería remitir poco a poco por su propia dinámica (aunque recordemos que nunca lo hará en su totalidad, y que lo hará más si las medidas que se tomen son adecuadas). Posiblemente terminará por parecerse a la norma autóctona de abortos registrados.

Pero hay una parte de los migrantes que tienden a situarse al margen de la tendencia general, y que son más difíciles de alcanzar por las políticas públicas que se diseñan para las mayorías, pues están más aislados. Merece la pena recoger aquí algunas ideas

procedentes de lo que hemos observado sobre ellos y sobre ellas, en los pocos casos que registra nuestro estudio.

Estos inmigrantes, varones y mujeres, se sitúan en posiciones muy extremas de los valores de la cultura patriarcal, a la que obedecen inconsciente e intensamente; y en lugar de moderarlos tienden más bien a encastillarse en ellos de un modo reactivo, cuando observan los cambios que acontecen a su alrededor:

- Entre los varones encontramos algunos pocos sujetos que rechazan casi totalmente encargarse de la anticoncepción, o ponerse condón, e insisten siempre en "que se cuiden ellas". Piensan que la mujer es la responsable de los embarazos imprevistos, y por tanto se sienten con el poder de abandonarlas cuando quieren. Son sujetos próximos al maltrato y a la violencia física hacia las mujeres, la cual ocasionalmente brota en sus recuerdos y en sus discursos. Se refugian fuertemente en las culturas masculinas de pares, en las que encuentran su medio natural de supervivencia. Son muy pocos, y están claramente en retroceso (no encuentran nada de eco para sus posiciones discursivas en los grupos de varones).
- Entre las mujeres aparece la contraparte del estereotipo: algunas pocas basan su modo de vida principal en la explotación de su feminidad sexual, y en la orientación más o menos temprana hacia el vincularse a un tipo de varón que las proteja de un modo completo. Mantienen una pauta sexual de vinculación con un protector más bien permanente, poderoso y exclusivo. La vinculación puede ser sucesiva: puede ir cambiando en la medida que deje de funcionar como tal protector, primero uno y luego otro. La dependencia del varón se plantea aquí en términos económicos, pero también puede involucrar otras dimensiones. A veces puede haber también varios varones a su alrededor, antes de que aparezca esa figura "permanente". Este personaje femenino no es necesariamente una mujer indefensa, pero su situación en el fondo es muy inestable. Se refugian en círculos de mujeres para su relación social, aunque también puedan ser muy independientes. En muchas ocasiones tienen hijos y se vinculan fuertemente con ellos: los tienen y los mantienen con su trabajo.

Estamos hablando de mundos y de personajes de alguna manera próximos a la prostitución y a la explotación sexual y laboral, que son marginales ciertamente, aunque puedan ser mucho más numerosos entre las nacionalidades estudiadas de lo que generalmente se quiere reconocer.

La atención sanitaria de estas personas es complicada. A menudo no disponen de acceso al sistema sanitario público, porque su situación laboral y/o de estancia es ilegal o se sitúa muy cerca de los márgenes de la ley. Carecen de tarjeta sanitaria, o bien la tienen pero no quieren utilizarla cuando se trata de cuestiones de salud sexual y reproductiva, por la cuestión de no desear ser estigmatizados en público en su entorno próximo. En el caso de los varones muchas veces hay verdadera resistencia a la intervención del sistema sanitario. Mientras que en el caso de las mujeres la renuncia al sistema público puede tratarse más de una cuestión de aislamiento (autoimpuesto o forzado desde otras personas), y/o de vergüenza moral.

En la atención sanitaria de estos casos pensamos que el trabajo de las ONG especializadas es fundamental, y posiblemente no se pueda sustituir por la acción corriente del sistema público. No es nada fácil atraer a unas personas tan aisladas y con motivos tan concretos para no integrarse en el sistema público regular. Y en realidad puede resultar incluso barato desde la óptica de la salud pública, si se compara con lo que pudiesen costar las alternativas oficiales pensables. Actualmente el trabajo que hacen algunas de estas asociaciones tiene un cierto éxito, según la opinión que puede recogerse, y es bien valorado por este tipo de usuario.

- El trabajo de ONG con mujeres prostitutas en salud reproductiva y sexual resulta eficaz, muy exitoso, y muy necesario. La satisfacción es tal que muchas veces difunden sus opiniones entre otras personas, y atraen a las ONG a otras mujeres que no son prostitutas pero tienen también necesidades en este aspecto.

Las ONG que hemos entrevistado trabajan con prostitutas en salud sexual y reproductiva, y a veces con algunas mujeres trabajadoras domésticas internas sometidas a un aislamiento intenso. Juegan entonces el mismo papel de la medicina general en los procesos de iniciación de las IVE, y el mismo rol del trabajo social profesional. Aunque generalmente no acompañen a las mujeres a las clínicas de abortos ni tampoco "paguen" las IVE, pueden encargarse en algunos casos de la gestión del recobro en su nombre a través de la Seguridad Social.

- Muchas veces tienen la posibilidad de hacer un poco de seguimiento de los casos, ya que la relación con estas mujeres desprotegidas tiene algunos puntos de continuidad posterior con estas instituciones. "Vuelven", y entonces tienen una oportunidad de profundizar en otros aspectos de su salud sexual y reproductiva.

Esta tarea de las ONG sanitarias está envuelta en una paradoja aparente. Las prostitutas latinoamericanas al parecer usarían muy bien los métodos anticonceptivos con sus clientes, y nunca se quedan preñadas de ellos. Sin embargo se embarazan con los

varones de los que realmente se enamoran, y recurren a las IVE como hacen otras mujeres y por motivos muy parecidos.

Las ONG siempre presentan el dilema de las fronteras entre el sistema regular y estos casos especiales. Aunque estas organizaciones al parecer deriven al sistema público a todo el que pueden, la frontera existe y hay un "más allá" de la frontera al que atender.

- En nuestra opinión es bueno que estas organizaciones se encarguen de este tipo de tarea en la "zona de sombra" del sistema sanitario.
- Pero quizá se echa en falta un tipo de trabajo de estas ONG que se especializase en el modelo masculino, o que trabajase más en los difíciles casos de los varones latinoamericanos reactivos.

9. RECOMENDACIONES

9.1. Consideraciones previas y enmarcado

La exploración de una batería de posibles intervenciones públicas en relación con la inmigración latinoamericana y con el problema del aborto debería estar enmarcada en algunas consideraciones previas, que hemos venido subrayando en este informe.

En primer lugar, nos dirigiremos a una visión integral de la cuestión de la reproducción, del control de la natalidad y del aborto, entendido éste como una parte dentro de este complejo y amplio proceso. No pensamos que sea prudente centrarse en aspectos puntuales relativos al aborto en sentido estricto, que conduzcan a eventuales "soluciones técnicas" mágicas aplicadas a la mejora de la anticoncepción. Se trata más bien de comprender todo el proceso reproductivo, y de intervenir multidimensionalmente en él y en sus desajustes en la medida de lo posible.

En segundo lugar y en relación con todo esto, entenderemos que una solución a la cuestión pasa principalmente por una mejora del proceso de asistencia a la planificación familiar, contemplada desde una política de salud pública que facilite la reducción de los "embarazos imprevistos" de todo tipo. Esto incluiría tanto aquellos que terminan en un aborto voluntario como los que no, desde la visión integral de los procesos reproductivos que hemos escogido en nuestra primera reflexión.

A este respecto hemos de matizar que entre la población estudiada el número de "embarazos imprevistos" que se llevan hoy a término es sin duda muchísimo mayor que el de las IVE registradas. Aunque no estén contabilizados estadísticamente, muchos de ellos se están convirtiendo seguramente en hijos que nacen y que crecen entre problemas socioeconómicos, por falta de recursos suficientes. A veces estos nuevos nacimientos empeoran las condiciones de toda la familia migrante. Bajo el problema inmediato de salud pública subyace uno más general referido al bienestar de la población, que ha de repercutir en numerosas áreas de la sanidad, no solo la sexual y reproductiva, y por extensión en toda la política social. No es fácil cuantificar este extremo, pero a nuestro juicio debe ser contemplado desde la óptica del planificador público igualmente, o al menos no debe ser olvidado.

En tercer lugar, pensamos que no cabe esperar soluciones simplistas a la cuestión del aborto, ni tampoco a la situación de relativa precariedad de una parte de los inmigrantes latinoamericanos. Nos centraremos entonces en unas propuestas políticas relativamente

realistas, a la medida del alcance de la institución para la que trabajamos. ¿Se podría teóricamente proponer reducir la inmigración ilegal, cambiando las leyes, o alterando las políticas de extranjería? ¿Y cabría entender que una disminución induciría una reducción correlativa de la cifra de IVE? Sin duda que sería así. Pero sabemos que este tipo de propuestas no son demasiado realistas. En este sentido, las políticas públicas que propugnamos aquí se contemplarán prioritariamente desde unos recursos razonables para la actuación, que sean típicos de la sanidad pública en su vertiente preventiva.

Finalmente y en cuarto lugar, no se nos debe escapar que una mejora de la política de salud reproductiva orientada a las inmigrantes latinoamericanas, si está bien diseñada, ha de ser capaz de inducir una mejora en la salud reproductiva de toda la población de la CAM, tanto la inmigrante como la autóctona. Los recursos sanitarios públicos después de todo se comparten por toda la población. Las deficiencias, demoras o problemas detectados afectan a todos, aunque repercutan más directamente en unos que en otros. Lo que hace falta, y así lo reconocen todas las expertas consultadas, es fortalecer los sistemas públicos de planificación familiar. En nuestra visión, los inmigrantes latinoamericanos serían entonces una "población con necesidades especiales", o con "matices específicos de tratamiento" (como por ejemplo serían también los adolescentes, o las embarazadas diabéticas). Después de todo no presentan unas necesidades muy diferentes o totalmente incongruentes con las de otros, que fuese preciso entender y tratar como separadas de las de la población en general.

Todo el material de nuestro estudio apunta siempre en esta dirección, que es a menudo postergada en los estudios sobre migración o sobre las "poblaciones especiales de riesgo", donde a menudo se destacan demasiado los casos más sorprendentes, extremos o truculentos. Estos casos pueden ser graves en sí mismos, pero no representan bien la situación general. Preferiríamos entonces no contribuir artificialmente a "subrayar" de un modo segregado (o quizá racista) lo que de específico tuvieren estas personas. Empleando una metáfora, podríamos decir que los inmigrantes latinoamericanos en la CAM, en comparación con los autóctonos, se dirigen a destinos similares por caminos ligeramente distintos. A veces son paralelos, a veces se cruzan, a veces hay atajos, pero por el momento no divergen decisivamente (en términos generales, y descontando la problemática de ciertos pequeños grupos especiales). Esta reflexión nos aparece como especialmente cierta en el caso de los y las inmigrantes latinoamericanos a partir de los cinco años de estancia o más.

Es evidente que no todos los inmigrantes son iguales: lo que decimos para los latinoamericanos no tiene una aplicación automática para los de otras procedencias. Las diferencias de visión y de prácticas de salud existen, como hemos visto a lo largo del estudio, pero la tendencia general y también la individual es a la integración. Una política pública puede acelerar o entorpecer este proceso que a nuestros ojos es más o menos

inevitable. Aunque puedan parecer específicas para esta población, en ese sentido nuestras propuestas podrían estar articuladas de manera que su efecto pudiese alcanzar también a otras poblaciones (adolescentes, personas con problemas de conciliación de la vida laboral y familiar, etc.).

La política pública debe encaminarse a la reducción paulatina de las IVE por medios razonables, pero nunca guiarse por un irreal criterio de eliminación completa o de difusión de la "prohibición absoluta de tener hijos y/o relaciones sexuales", mensajes que no serían comprensibles, y que tendrían aparejadas consecuencias potencialmente muy negativas para el funcionamiento de las instituciones sociales (clandestinización de las IVE, estigmatización, segregacionismo y/o racismo, terror, culpabilización morbosa, etc.). No es posible aspirar a que el número de IVE se aproxime a cero, y no sólo porque toda práctica contraceptiva tiene sus fallos, sino porque además un grado de ambigüedad, inseguridad e incertidumbre forma parte de las prácticas sexuales y reproductivas de la población, en relación con el embarazo y con la anticoncepción.

En este sentido ofrecemos también algunas recomendaciones acerca de cómo manejar las IVE que seguirán produciéndose en el futuro, en la medida que se detecten insuficiencias en este campo.

Como punto adicional, quisiéramos atender a un prurito profesional como investigadores sociales, y nos gustaría subrayar el papel que ciertas herramientas de análisis, de investigación y de evaluación podrían desempeñar en la implementación y en el control posterior de estas políticas, una vez que fuesen diseñadas y llevadas a la práctica.

9.2. Cinco tipos de acciones para acometer desde el Instituto de Salud Pública

La perspectiva corriente de actuación del ISP de la CAM prioriza seis tipos de acciones, que deberían ser el primer marco de nuestras recomendaciones. ¿Qué se puede hacer desde el ISP?

I- Aportar ideas para el refuerzo de los servicios específicos de planificación familiar en el ámbito territorial de la CAM.

II- Influir sobre la forma de prestación de servicios de salud de la CAM en materia de salud sexual y reproductiva, elaborando planes y recomendaciones para la orientación de las políticas de la Consejería de Salud.

III- Establecer y diseñar programas y cursos de formación del personal médico y sanitario, que mejoren la atención que se presta actualmente y la eficiencia de la misma.

IV- Situar la IVE como una pieza coherente dentro del sistema de salud reproductiva

V- Elaborar planes de comunicación e iniciativas de contagio en red que influyan en los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto en su comportamiento y actitudes como en el acercamiento al uso de los servicios públicos de salud.

VI- Actuar como institución sobre sí misma, modificando los planes de investigación y los registros de datos que puedan conducir a elaborar estudios sobre el estado de la cuestión y evaluaciones sobre políticas públicas implementadas.

De estas cinco vías de actuación, en realidad la más importante es la primera, pues es la que marca la voluntad política de todo el conjunto. En especial es prioritario encontrar recursos económicos para el refuerzo de estas instituciones de la planificación familiar y la salud reproductivo-sexual, cualesquiera que puedan ser, de manera que consigan incrementar su nivel de servicios y no solamente rediseñarlos. De otro modo las demás actuaciones pueden resultar muy poco interesantes. De nada servirá mejorar el nivel de acercamiento de los inmigrantes latinoamericanos al sistema de salud reproductiva y sexual, por ejemplo mediante una ingeniosa campaña de comunicación, si finalmente no van a poder hacerlo porque no encuentran sus puertas abiertas.

I. Cómo fortalecer el sistema público de planificación familiar

La planificación familiar en Madrid: un sistema “compuesto” que hay que reforzar

Tanto la investigación que aquí presentamos como los análisis y diagnósticos de las expertas entrevistadas coinciden en una misma conclusión: el sistema de planificación familiar en la Comunidad de Madrid presenta una serie de deficiencias que habría que corregir.

Pero antes de entrar en recomendaciones a este respecto hay que recordar uno de los rasgos básicos de nuestro sistema de salud. No se trata de un sistema único y homogéneo sino “compuesto” y dual, donde la base es el Servicio Madrileño de Salud pero actúan también de forma muy importante en este tema otras instancias: la medicina privada, los centros públicos dedicados exclusivamente a la planificación familiar dependientes de varias administraciones, y las organizaciones sin ánimo de lucro.

Esto hace que las posibles debilidades del sistema no sean observadas y vividas de igual modo por toda la población. ¿Por qué? En primer lugar, y como ocurre con el sistema de salud en general, las clases medias juegan con la posibilidad de acudir articuladamente al sistema público o al privado, dependiendo de su conveniencia. Para algunas cuestiones como éstas donde la rapidez y la comodidad son básicas, recurren a ginecólogos y a

centros privados. Esto no es necesariamente negativo para el sistema público desde el punto de vista de los costes, pues ya de por sí está sobrecargado de demanda. Pero esta "vía de escape" individualista o restringida hace menos visibles las deficiencias dentro del panorama general, y las camufla ante una gran parte de la opinión pública.

Los inmigrantes latinoamericanos carecen de esta posibilidad de escape. Las mujeres y los varones con rentas bajas, los inmigrantes económicos de toda procedencia, los jóvenes y otros grupos sociales sí padecen las deficiencias generales del sistema, aunque las sorteen luego con mayor o menor habilidad por otros medios (automedicación, internet, etc.). Ya hemos visto que la dualidad público-privado subyace en la temática de nuestro estudio, puesto que las clínicas donde se practican abortos son privadas (y se sabe). Pero esto es una excepción: aquí se usa una pieza articulada que es exterior al sistema y es parte del mismo a la vez, lo cual tiene mucho sentido. Es un interesante recurso. Sin embargo, en el caso de la salud sexual en su dimensión preventiva y anticonceptiva tiene mucho más sentido que vuelva a predominar la visión de lo público, la normalización de la prevención y la sexualidad "en el interior". Y además los embarazos no previstos son, antes o después, y querámoslo o no, un problema de todos.

Por lo tanto, la primera cuestión es abordar la relación entre el sistema público de salud y el resto de los dispositivos. La existencia de instancias múltiples es una constante del sistema y va a seguir siendo así:

- Las clases medias autóctonas dispondrán de la articulación público-privado.
- Las nuevas clases medias bajas estarán obligadas a ir a las diferentes instancias de lo público, y a seleccionar entre ellas.
- Las clases más desprotegidas se ubicarán en los bordes del sistema público diversificado en varias instancias, y se acercarán también a las instituciones de perfil voluntario y más subsidiario: las ONG médicas y similares.

Problemas básicos y oportunidades de la planificación familiar en la Comunidad de Madrid

Existe en la CAM una red específica de centros dedicados exclusivamente a la salud reproductiva, de carácter público, que gestionan varias administraciones. Se trata de los Centros de planificación familiar municipal y de los Centros de Orientación Familiar de la Comunidad de Madrid. También pueden añadirse a esta nómina los programas de sexualidad y contracepción de los Centros de Jóvenes, que deberían poder especializarse en la educación y sensibilización reproductivo-sexual, pero terminan cubriendo "por simple desbordamiento" toda clase de necesidades de salud, incluidas las de muchos inmigrantes menores de 26 años. Aunque hayan jugado un gran papel en la salud

reproductiva, estos centros tienen en algunos casos un carácter residual y no están claramente coordinados con el sistema general: no se dispone de una política definida al respecto.

A nuestro entender, el mantenimiento, extensión y refuerzo de todos estos centros es fundamental por un motivo: existen determinados colectivos que no van a utilizar los ambulatorios para asegurar la anticoncepción u otros aspectos relacionados con la misma. Son personas muy jóvenes que temen encontrarse con familiares o vecinos; mujeres que ejercen la prostitución que necesitan anonimato y conocen el estigma que acompaña su trabajo; transexuales que temen el rechazo o la falta de conocimiento de los médicos de familia sobre sus problemas de salud específicos; inmigrantes recién llegados o con situaciones que impiden que se empadronen. Para todos ellos, este segundo recurso institucional del sistema es fundamental, y su desaparición aumentaría los riesgos de problemas (IVE, embarazos imprevistos, etc.).

Por otra parte, los grupos muy vulnerables o en situación de riesgo especial, como son los y las inmigrantes sin empadronar, las mujeres o los transexuales que ejercen la prostitución en la calle (muchas de ellas extranjeras), pueden acceder a otra serie de dispositivos privados aunque gratuitos, que sirven de red de seguridad para evitar “males mayores”. Se trata de las ONG y las fundaciones que disponen de servicios variados, los cuales van desde la promoción y oferta de preservativos hasta la implementación de centros de salud específicos (a veces móviles), para cubrir una demanda que está excluida de la sanidad pública y que desde luego no puede permitirse la privada. Estos centros practican normalmente una filosofía “subsidiaria”: llegan allá donde la administración no puede llegar por sus propias normas de funcionamiento. Pero en ningún caso quieren sustituir al sistema normal o crear itinerarios específicos para estas personas.

No está actuando un sistema de salud único, tal como la palabra sistema induciría a entender, sino una composición compleja que reúne red pública (donde habría centros del sistema nacional de salud, centros del ayuntamiento y servicios de otras administraciones), red privada (que incluye las clínicas que practican abortos), y red de casos de seguridad (que incluye los dispositivos “sociales” de las ONG).

La recomendación de los expertos es que hay que fortalecer el sistema público en su doble modalidad (nacional-regional y municipal), sin dejar de apoyar con subvenciones o con medidas específicas las iniciativas de organizaciones no gubernamentales que permitan sostener a las personas que temporal o definitivamente no pueden acceder al sistema de salud.

Cuando hablamos de deficiencias, éstas se relacionan con la historia de la sanidad y de la planificación familiar en nuestro país, pero también con los problemas generales de un

sistema universal, gratuito y compuesto. Entre las alternativas disponibles, nuestra opinión es que la salud reproductiva debe ser un servicio básico de la medicina de familia, y ofrecerse en los centros de salud, porque se trata del sistema más universal (aunque no absoluto) y que llega a más personas y porque se trata de una necesidad realmente "primaria".

+ Para los inmigrantes latinoamericanos hemos visto que se trata de la primera opción, la que entienden naturalmente desde su predisposición a un uso "natural" e inmediato del sistema.

El Servicio Madrileño de Salud es además el único que puede hacer una política de "aprovechar la oportunidad". Es decir, que las personas que acuden a centros específicos de planificación familiar para obtener anticonceptivos ya han tomado una decisión, y se han puesto en manos de expertos. Pero por el contrario, las personas que no usan o que usan mal los métodos anticonceptivos no van a buscar esa ayuda (que está estigmatizada además por el carácter específico de los centros de planificación familiar): pero sí que van a ir al médico o al centro de salud primaria por una enfermedad, propia o ajena. En el caso de las mujeres inmigrantes, acudirán muy a menudo por un embarazo o por la enfermedad de un niño. Esta visita representa la oportunidad de hablar de salud reproductiva y de proponer cambios o medidas, siempre que el centro y los profesionales de la medicina estén preparados para esa tarea.

II. Cómo reformar algunos aspectos básicos de las prestaciones en salud sexual y reproductiva

La planificación familiar como prestación básica del sistema

Si aceptamos la premisa de que la salud reproductiva forma naturalmente parte de la atención primaria, los problemas que nos encontramos son generales en el sistema en nuestra comunidad.

- La falta de tiempo de los y las profesionales, que no pueden hacer hablar a los pacientes y generar un clima de confianza, y a veces la falta de formación en ciertos temas.
- La descoordinación entre niveles primario y especialista, y las demoras de los especialistas que afectan de forma muy especial a un tema que por su naturaleza exige ser tratado con sensibilidad, pero también con agilidad.

Conociendo el problema que existe con la población latina, es fundamental que el tema de la planificación pueda surgir en la entrevista con la mujer o el hombre que acude al ambulatorio. Incluso que surja si fuese posible en la entrevista que se realiza en la primera visita, aunque sabemos que las "primeras veces" son especialmente

complicadas, tanto para la profesional de la medicina (todo es nuevo) como para el inmigrante (todo es aún más nuevo). La falta de confianza o de tiempo son obstáculos que pueden impedir que se plantee una pregunta o una simple recomendación, que podrían evitar un embarazo no deseado.

Para ello, y teniendo en cuenta que se trata de una prestación básica, debería haber un protocolo de información y de actuación en este ámbito: cuando una mujer va por primera vez a un centro, se le realiza una ficha básica con la información relativa a relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. Un varón debería recibir también alguna información que le ayudara a prevenir falsas expectativas en el terreno sexual, y que le introdujese en lo que pronto será su escenario de experiencias más igualitarias con las mujeres. A partir de ahí el profesional debe saber cómo actuar para recomendar un método apropiado.

Relaciones entre medicina básica y especializada: flexibilidad y más recursos

Hemos oído narrar a todos los entrevistados que el y la médico de familia, ante la pregunta sobre anticoncepción o cualquier problema asociado, muy a menudo remite al especialista. Y para visitar a un ginecólogo hay un plazo que puede ser de un mes hasta tres o cuatro (y en algunas áreas hasta ocho meses). Un tiempo enorme si pensamos en el riesgo de embarazo y en la urgencia que suelen plantear las relaciones sentimentales y sexuales, en el contexto de la inmigración recién llegada.

- Es muy importante lograr el incremento de los recursos dedicados a ginecología y el acortamiento de las citas en esta especialidad, para la población general, pero específicamente para poblaciones en las que se han detectado riesgos de salud sexual específicos.

Esta necesidad es evidente, casi clamorosa, pero existen alternativas. Hemos observado que también se prescriben pruebas analíticas de sangre (y otras) como medida de precaución antes de recomendar un anticonceptivo oral. Todo ello supone una demora innecesaria desde un punto de vista de salud pública. A nuestro entender (y al de muchos expertos en salud sexual), se puede y se debe enviar a la usuaria al ginecólogo para realizar pruebas y para tener una opinión especializada si hace falta, pero no es necesario acudir a un especialista para recomendar un método anticonceptivo y dispensarlo, sobre todo si llevan poco tiempo en España. No hay riesgos mayores en realidad, salvo en casos especiales. Y con la formación adecuada, el personal médico y de enfermería puede recetar, comentar el uso y/o aplicar la mayor parte de los anticonceptivos.

- El personal médico debe aprender a escuchar y a preguntar a las inmigrantes, sabiendo que muchas de estas mujeres y muchas parejas casi siempre tienen una historia anticonceptiva previa (aunque no la cuenten), y que la situación de cambio de contexto de la migración les ha hecho concebir expectativas un poco

fantasiosas (y que posiblemente habrán interrumpido tratamientos anticonceptivos previos, etc.)

Se podría pensar en promover una "medicina en red" para los anticonceptivos, un poco más flexible, en la cual más de una instancia institucional tuviera la capacidad de tomar iniciativas. Sabemos que es difícil de aplicar al actual tipo de medicina y a la concepción de la salud pública, que necesita mucho de una filosofía burocrática. Pero tal vez fuese posible depender no de un "protocolo de actuación rígido", sino más bien de la capacidad de escuchar en diferentes contextos de expresión a los inmigrantes, y de recomendar y recetar en función de su capacidad de expresión, que es variable (ante la médica generalista, ante la enfermera o enfermero, ante la ginecóloga, etc.).

Accesibilidad de los anticonceptivos y gratuidad

Es importante esta filosofía en el caso del DIU. Con una formación básica, los y las médicos de familia podrían poner o quitar el dispositivo, como ya se hace en el sistema de salud de Andalucía, por ejemplo.

- En todo caso, la médica generalista debería disponer cuanto antes de un recurso flexible de urgencia para "volver a colocar la te de cobre" (DIU) a las mujeres inmigrantes que se lo hubiesen hecho sacar antes de viajar y que así lo soliciten. Este recurso tiene que ser distinto al de una remisión al especialista ginecológico, que suponga entrar en una lista de espera de meses o de semanas.

En el caso del preservativo, no basta con señalar a los varones que los pueden adquirir en cualquier lugar, como fácilmente pueden comprobar, e intentar asustarles con las ETS.

- Es igualmente importante convencerles de que a las mujeres les gustará que se lo pongan, y que tendrán que acostumbrarse a no pensar mal (sino bien) de la mujer que les pide que se lo pongan, o de la que lleva un condón en el bolso. Pues será mejor para ellos que aprendan pronto a relacionarse con mujeres con las que puedan hablar abiertamente de todo, y de estas cosas también, en un plano de equivalencia, y sin formarse falsas expectativas.

Y sería también el caso de la píldora postcoital. Su existencia debería ser difundida por canales variados, sin ser objeto de ninguna campaña específica ni exclusiva. Pensamos que debería administrarse en varios lugares para ser realmente eficaz: ambulatorios, hospitales en fin de semana, aunque no se trate de una urgencia hospitalaria "propriadamente dicha", y otros. Muchos expertos recomiendan que se dispense en las farmacias: este recurso sin duda incidiría en una disminución directa de las IVE, aunque no afecte demasiado al colectivo que aquí estudiamos.

Otra medida básica consistiría en asegurar el acceso universal a los anticonceptivos, incorporándolos dentro de la financiación de medicamentos gratuitos. Y ellos por dos motivos:

- porque resultan caros para la población con mayor riesgo (personas sin recursos, jóvenes, inmigrantes en los primeros tiempos).
- y también porque su inclusión legitimaría su uso y administración a ojos de unos profesionales que dejarían definitivamente de considerarlos un tema "secundario" o "especializado", para pasar a verlos más como una prestación básica y como un elemento clave en la medicina de familia.
- En el caso de los inmigrantes latinoamericanos, la gratuidad de los anticonceptivos es algo "esperable", y resultaría natural. Sobre todo en las primeras fases de la inmigración, en las cuales les resulta difícil comprender por qué la asistencia médica es gratuita y sin embargo los anticonceptivos no lo son.

Hasta el día hoy el sistema resulta descoordinado y arbitrario: por ejemplo, el DIU debe comprarse mientras que la píldora postcoital se regala. La comprensibilidad de los sistemas sanitarios es también uno de los puntos fundamentales para que los nuevos usuarios puedan acercarse a ellos con seguridad y usarlos bien, algo que a los "viejos usuarios" acostumbrados a la complejidad administrativa se nos olvida con frecuencia.

III. Cómo repensar la formación del personal sanitario y médico del sistema público de salud en lo que se refiere a los y las inmigrantes y la salud reproductivo-sexual

Si la mayor parte de la atención en esta materia debe situarse en los centros primarios del Servicio Madrileño de Salud, la formación de los médicos de familia es una recomendación básica. Y debe realizarse desde el Servicio Madrileño de Salud, tras un diagnóstico de la situación y con una planificación que responda a las necesidades de formación e información detectadas.

La formación debe planificarse, diferenciando varios niveles, desde lo más general hasta lo más preciso:

- Es necesario que el personal médico y de enfermería disponga de un conocimiento general sobre sexualidad, anticoncepción y planificación familiar, sobre su historia y su contexto sociológico.
- En especial hemos detectado indirectamente necesidades acerca de:

- Formación sobre los métodos anticonceptivos concretos, sobre sus efectos secundarios, sobre incompatibilidades farmacológicas, sobre excepciones, etc.
 - Formación "técnica" que permita aplicar los métodos, poner el DIU, por ejemplo.
- Es muy conveniente la divulgación de estos temas en la formación del personal sanitario, para que puedan entender y atender mejor a las inmigrantes latinoamericanas en estos aspectos de salud reproductiva. Deberían conocer algunos hechos y situaciones como los que muestra esta investigación, que pueden ayudar a la comunicación con esta población de origen latinoamericano. Destacaríamos muchos resultados de la investigación, pero seleccionaremos aquí este breve resumen para un posible manual:
- La juventud de los inmigrantes y la situación de precariedad emocional de los primeros tiempos de inmigración que lleva a ser más activo sexualmente (y poco previsor).
 - La preferencia generalizada por una familia de pequeño tamaño, pero siempre con hijos.
 - Las dudas personales que siempre tienen sobre la reproducción, la "ambivalencia" respecto del embarazo o la posibilidad del embarazo.
 - Los problemas de horarios para las citas (y para la repetición de citas).
 - La importancia para la planificación (y la IVE) de que exista o no "una familia allá" que estén sosteniendo económicamente (hijos, pero también otros miembros).
 - La existencia de una historia de anticoncepción previa, que debería incluirse por la médica en la anamnesis, y de unas preferencias y costumbres alrededor de los diferentes anticonceptivos.
 - La importancia a priori de los sistemas semipermanentes de anticoncepción para estas personas.
 - Lo que de verdad quiere decir ese "no me gusta el condón", y lo importante de trabajar con las actitudes y las fantasías de los varones.
 - Las expectativas de flexibilidad que tienen hacia los médicos y las necesidades de una cierta "inmediatez" (o de prepararles para las demoras).

- La tendencia a que con el tiempo estos inmigrantes latinoamericanos se vayan asimilando a los comportamientos y expectativas de los autóctonos.
- La existencia de expectativas sentimentales fantasiosas alrededor de la migración (que les lleva a cierta inestabilidad emocional imprevista).
- Los desajustes de ritmo en la evolución de la pareja y de sus miembros, ya que el varón y la mujer migrante "cambian" a diferente velocidad.
- La importancia de la red interpersonal de apoyo (sacar al inmigrante de su soledad).
- La poca receptividad de fondo al "miedo a las ETS" como argumento en relación con la prevención.

Todo el personal de los centros de salud debería eventualmente participar en esta formación. No sólo las y los médicos de familia, sino también las y los pediatras, las enfermeras y las trabajadoras sociales. En los centros de especialidades, el papel de los ginecólogos es también muy relevante, y también presentaría unas necesidades específicas de formación, no tanto en el nivel técnico, pero sí quizá en el de "aprender a escuchar" a las (y los) inmigrantes.

Los centros de salud son piezas clave en la salud reproductiva, pero no únicas. El personal de los centros debe conocer los otros dispositivos existentes, para derivar pacientes cuando considere que su situación lo exige. Un consejo a veces puede bastar. También deben coordinarse con los servicios sociales que trabajan en el distrito, en la proximidad local. Muchos inmigrantes, jóvenes y con buena salud, entran en contacto con la administración precisamente a través de los servicios sociales municipales, que son, por así decirlo, la primera puerta de la administración.

- Pero el personal de los servicios sociales desconoce a menudo o carece de formación en temas de planificación familiar. Los centros de salud pueden ayudar a formarlos, para que sepan responder ante situaciones y hacer las recomendaciones adecuadas.
- Por otra parte la existencia de Consejos de Salud de los distritos y ayuntamientos permitiría la coordinación e intercambio de información en aspectos tan importantes como la salud reproductiva de la población.

Garantizar un trato adecuado, un tiempo justo y ser sensibles a algunas diferencias culturales de los recién llegados

En los temas relacionados con la intimidad de las personas o las familias, el tiempo y el tono de la intervención son básicos. Las personas necesitan tiempo y confianza para hablar, plantear dudas, reconocer temores. Dicho en términos simples: con cinco minutos por paciente en la atención primaria es difícil que el sistema sirva para detectar enfermedades, curar, escuchar y adelantarse a posibles problemas, todo a la vez.

Esta desconfianza ocurre más si son mujeres o parejas extranjeras y temen el rechazo o la burla ante sus ideas o prácticas. Y todavía sucede más si el tema está sujeto a tabúes, censuras o dudas vitales, como ocurre con la sexualidad y con las cuestiones reproductivas. Es generalmente cierto que la médica o la enfermera no tienen una formación específica para dialogar y comprender a personas que pueden no saber que necesitan ayuda, pero tan importante como esto es el que, sabiendo y queriendo introducir esta dimensión en su práctica, realmente no tienen tiempo para hacerlo,

- Ofrecer a los profesionales un plus de tiempo en la consulta médica para dedicar a la prevención durante las primeras visitas de los inmigrantes, un plus institucionalizado desde el sistema de la sanidad pública pero abierto en sus contenidos, podría ser una interesante medida.

Por eso es imprescindible formar y sensibilizar al personal sanitario en relación con personas de otros países. No por respeto a ninguna diferencia cultural predefinida o estable, ni para dar una sensación de no "discriminación", sino porque pequeñas diferencias y malentendidos cotidianos, casi inconscientes, pueden dar lugar a obstáculos y problemas más graves. Parece interesante informar al personal sanitario sobre el hecho de que los y las inmigrantes de América Latina están acostumbrados a un sistema de salud privado (o a uno público muy deficiente), y que esto induce algunas expectativas que es necesario explicar y eventualmente desmontar. Y que tienen preferencia por ciertos métodos anticonceptivos frente a otros, o que ciertos anticonceptivos pueden quizá crearles problemas durante su compra o uso.

- Sensibilizar respecto de esto, incrementar el conocimiento, respetar las diferencias... todo esto es vital en estas delicadas cuestiones.
- Las mujeres latinoamericanas hablarán de anticoncepción más cómodamente con una mujer, o ante una pareja mixta. Se podría desarrollar alguna iniciativa al respecto, buscando la interlocución de una mujer en el sistema sanitario en los momentos de "escucha".

IV- Situar la IVE como una pieza coherente dentro del sistema de salud reproductiva

Hemos encontrado un grado muy amplio de variabilidad e incluso de arbitrariedad en el comportamiento de los profesionales de la sanidad en relación con la interrupción del

embarazo, cuando aparece en su práctica cotidiana. Hay médicos que ante una mujer embarazada le preguntan qué quiere hacer, mientras que otros al ser interpelados le contestan “que no es su problema”. Hay ambulatorios donde la trabajadora social está preparada para responder a las dudas y orientar sin presionar a la persona, y otros donde se les dice simplemente que el aborto no es legal en España, o que no pueden pedir el reembolso del coste al sistema público si practican una IVE.

El aborto es una cuestión sensible que divide ideológicamente el campo social: no se pueden cerrar los ojos a esta evidencia. Pero a pesar de eso parece conveniente que aparezca una plataforma uniforme de relación entre esta cuestión y la profesión médica. No se trata aquí sólo del carácter y valores variables de los profesionales, sino del peculiar lugar que ocupa el aborto en el sistema de salud y en la sociedad española, ambivalente y sujeto a interpretaciones. El hecho de que se trate de una prestación, legal en los supuestos previstos y cubierta por el sistema, pero topográficamente fuera de él, pues se practica en clínicas de carácter privado, junto con la abundante hipocresía y secretismo que lo rodea, hace muy difícil consolidar mecanismos estables e iguales para todos, que no pongan a las mujeres al albur de las circunstancias, de su habilidad para informarse o de la cuantía de sus recursos económicos.

En un tema tan delicado psicológicamente y tan sensible políticamente, donde la relativa rapidez de la decisión es importante desde cualquier punto de vista, parece necesario, sin trastocar un sistema que a pesar de todo ha funcionado, mejorarlo. ¿Dónde encontrar una plataforma común? Nos resulta muy difícil aventurar sus elementos, pero vamos a ensayarlos aquí. Debe ser algo muy sencillo y cercano, pues la medicina siempre ha sido una práctica humanista. Puede ponerse por escrito:

- La mujer embarazada inmigrante es un ser humano, digno de respeto, que debe ser escuchada como ser humano (y que lo necesita, incluso desde un punto de vista terapéutico). Esto no son simples buenas palabras: significa actitud positiva, buena educación, buena formación y tiempo disponible.
- La mujer embarazada tiene derecho a decidir, pero no es una máquina ni una pieza en una burocracia. Más allá de esto hay que dejar un espacio justo a la duda, al diálogo, a la comunicación, y una vez más, un tiempo (adaptado a cada uno de los tipos de supuesto legal de IVE). Pero en este caso debe ser claro, preciso, pautado y más breve que otra cosa. Si es inmigrante, hay que tener en cuenta que sus dificultades para volver a la consulta serán grandes (o muy grandes, e incluso insuperables en los casos más desfavorables), y actuar profesionalmente en consecuencia.
- La mujer inmigrante embarazada que ha tomado una decisión debe ser respetada, cualquiera que ésta sea, y no presionada, ni mareada, ni regañada,

ni confundida. Puede que se equivoque, pero todos los seres humanos tienen el derecho (y la obligación) de equivocarse. Además, la mujer latinoamericana conservará una duda, un lugar que no podemos comprender bien, y esa duda íntima también debe ser respetada: no debe ser explotada como una debilidad o una oportunidad.

- La mujer embarazada tiene derecho a la intimidad, y a pensar con quién quiere y con quién no hablar, y a ser consciente de este derecho. Hay que poder aconsejarle en el alcance de los procesos de comunicación (sobre todo con la pareja, especialmente en los estados de inestabilidad), y también facilitarle una cierta intimidad en las decisiones, en los procesos mentales. La médica de familia debería tener una prioridad con ella. Pero quizá a veces hay que pensar en que sean otras instancias del sistema quienes la traten también, siempre pautadamente.

No hay mucho más. Cuando la decisión está tomada, encontramos que generalmente la mujer es firme en ella, y por eso hay pocas cosas que contar después.

Las clínicas privadas de IVE funcionan sin duda con la calidad suficiente, según los resultados obtenidos en nuestro estudio. Responden con cierta agilidad, prestan con garantías el servicio, y no suponen un negocio concebido de forma que impida a las mujeres que han decidido abortar hacerlo. Nada se sale de estos parámetros definidos anteriormente. Hay algunas deficiencias atribuibles a su carácter de negocio privado:

- El precio, que va aumentando según las semanas de embarazo, y que, sin ser disuasorio ni considerarse caro, supone una carga para muchas personas inmigrantes. Muchas obtienen el reembolso con alivio.
- La tendencia a privilegiar el método quirúrgico sobre el farmacológico (RU-486), en lugar de estudiar más las alternativas disponibles y permitir que la mujer decida más sobre el particular.
- Su mala articulación con el sistema nacional de salud, que hace que a menudo no tengan capacidad para hacer un seguimiento de la mujer que ha abortado ni conocer sus antecedentes médicos o sociales, etc. Esta "exterioridad" en muchos contextos es una ventaja, como hemos visto, pero no deja de comportar algunos inconvenientes igualmente.

Es posible mejorar puntualmente algunos de estos aspectos, pero el problema básico se encuentra en la información previa y en el seguimiento, en definitiva, en el estigma social que sigue rodeando el asunto de la IVE.

- Para evitar este estigma, sería muy importante que algunos centros de referencia, en hospitales públicos, practicasen IVE de manera conocida, aunque se mantenga básicamente el sistema de clínicas privadas para asegurar el servicio.
- También la generalización de la política de reembolsos de las intervenciones (difundiéndola más su existencia) podría contribuir a "disminuir la carga del estigma" y sus consecuencias negativas. No es en este caso una cuestión de costes, sino de facilitación de lo que puede ser un seguimiento sanitario posterior de este problema.

Eventualmente esta "vuelta simbólica a lo público" mejorada abriría una posibilidad de incrementar la comunicación con las mujeres inmigrantes a posteriori, precisamente para que las prácticas de salud sexual y reproductiva fuesen más eficientes (y para que funcionasen mejor el resto de políticas que aquí propugnamos).

V. El acceso de las personas inmigrantes a la salud reproductiva: las barreras y las posibilidades de la comunicación

Los inmigrantes tienen problemas específicos que hay que manejar. En algunos casos, se trata de circunstancias relativas a su condición de inmigrantes, a las que el sistema debería tratar de adaptarse en la medida de lo posible. En otros casos son simplemente problemas de tipo general que se agudizan para estas poblaciones más vulnerables. Algunas otras medidas tienen que ver con rasgos o diferencias "culturales", casi siempre muy leves, pero que pueden dar lugar a malentendidos entre autóctonos y recién llegados, problemas de "traducción", de expectativas previas y obstáculos varios que deben ser tenidos en cuenta.

Es importante recordar que un trato brusco (en una cultura muy sensible a las maneras y la educación) o percibido como discriminatorio por parte de los inmigrantes puede ser interpretado muy desfavorablemente y provocar un alejamiento del sistema. Recordemos que no hay apenas casos referidos de racismo o discriminación directa; sí abunda el desconcierto ante otros aspectos estructurales del servicio, como la escasa comunicación y el poco tiempo de atención, que se interpreta como brusquedad y las demoras.

Quitar barreras que dificultan el acceso de las inmigrantes a la salud reproductiva

Dos son los obstáculos principales que encuentran los inmigrantes latinos en sus acercamientos a la salud pública en la Comunidad de Madrid:

- La falta de cobertura médica oficial por problemas administrativos.
- Los problemas de horario de trabajo para asistir a las citas médicas.

El primero, y más espectacular, tiene que ver con su situación administrativa. No todos los inmigrantes disponen ni pueden disponer de tarjeta sanitaria, y no tienen derecho a la prestación pública. Aunque la atención médica sea universal, el requisito del empadronamiento no siempre resulta posible: hay miedos, desconocimientos, situaciones de acoso y desprotección. Bien porque se acaba de llegar, bien porque se carece de pasaporte o se ha perdido, y más habitualmente porque no se dispone de domicilio fijo, el caso es que existe un grupo importante de personas que se encuentra fuera del sistema de atención pública, cuyo volumen es difícil determinar.

Existen algunas medidas posibles. ¿Podría prescindirse del requisito de empadronamiento para facilitar la atención sanitaria de las poblaciones que están en el territorio, ofreciéndoles servicio universal con independencia de su situación legal? Esta solución está sin duda más allá del ámbito de acción del Instituto de Salud Pública. En su lugar, diremos que las políticas públicas de salud si deberían poder admitir la realidad: reconocer que siempre hay una bolsa de "excluidos", y crear o fortalecer servicios de salud específicos que no antepongan demasiados requisitos legales. El caso de las mujeres que ejercen la prostitución, cuya exposición a las ETS es especialmente preocupante, exigiría una presencia más firme y abierta de los servicios sanitarios, o un apoyo más claro a las organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan con ellas.

El segundo problema que citan todos los entrevistados es el de los horarios y las citas. Es evidente que es un problema menos dramático que la pura exclusión del sistema; pero por su frecuencia y por sus consecuencias está muy presente en la experiencia de los inmigrantes y en sus discursos, y pueden calificarse de acuciante e incluso de grave. La mayor parte de los y las inmigrantes, sobre todo cuando llevan poco tiempo en España, ocupan puestos de trabajo con horarios muy amplios en servicios diversos, a jornal, a destajo, y muy a menudo en el servicio doméstico. La naturaleza de estos trabajos hace muy difícil pedir permisos y acudir al médico en horario normal (o muy arriesgado, pues fácilmente se pierde el trabajo o se reducen los ingresos). Al mismo tiempo, y al no considerarse "urgentes", los problemas asociados a la sexualidad y a la contracepción hace que se posterguen "sine die" este tipo de consultas y citas (hasta que saltan las "sorpresas"). Es aún más difícil que las inmigrantes pidan hora para tratar de estos temas, sobre todo si eso les lleva a una demora indefinida de las citas, o les obliga a reincidir en las faltas al trabajo.

La gama de actuaciones desde las políticas públicas que puede aplicarse aquí es muy amplia, y depende básicamente de los recursos disponibles y de la voluntad política. Si quieren asegurar la atención de estas personas, los centros de salud podrían establecer, turnos más amplios, o abrir en fines de semana para atender a estas necesidades (como hemos hecho nosotros en nuestro trabajo de campo). ¿Es esto abordable desde alguna perspectiva? Reconozcamos que el nuevo mundo del trabajo de las inmigrantes en

Madrid no funciona "de nueve a cinco", sino más bien todo lo contrario. Se trata de un universo de servicios con largos y raros horarios, frecuentemente con niños, y a veces con varios empleos coordinados difícilmente, en el que los desplazamientos en transporte público son por añadidura muy prolongados.

Éste es por supuesto un problema de recursos que debería analizarse bien: estudiar la demanda potencial, considerar si hay que abrir sólo algunos centros para estos horarios, o crear turnos de noche, o centros de guardia, servicios de salud sexual con guardería, etc.

- La asistencia médica a distancia, en alguna o algunas de sus vertientes, podría quizá resolver algunos de estos problemas, y es consistente con su experiencia: la situación del inmigrante es la de una relación permanente con la telecomunicación, con su país de origen, con internet, con el teléfono móvil, con la tarea de la coordinación flexible de varias formas de trabajo...
- Habría que asegurar que la información sobre estos recursos flexibles, horarios especiales o centros abiertos llegara a los lugares y personas adecuados, teniendo muy en cuenta el problema concreto de las mujeres inmigrantes "internas", las más aisladas de todas.

Por más que el sistema se adapte, nada puede hacerse si los inmigrantes no acuden a pedir información o cita, o si creen no necesitar los anticonceptivos. Hemos visto como el preservativo y los métodos naturales son los más citados y utilizados. Su rasgo esencial, además de sus fallos y falta de seguridad, es que no necesitan del sistema médico para su aplicación. En esta situación de preferencia por el alejamiento, es importante pensar medidas que puedan acercar a las personas al sistema de salud.

La primera medida sería la coordinación de éste con los dispositivos institucionales y áreas con que entran en contacto las inmigrantes: servicios sociales, oficinas del padrón municipal, y asociaciones de inmigrantes. Sería interesante elaborar conjuntamente una estrategia para comunicar a los inmigrantes recién llegados que, además de cubrir sus necesidades más urgentes (empleo y vivienda), pueden y deben visitar los centros de salud como una prioridad más, y aprovechar para tratar en ellos los temas de sexualidad y reproducción. Para ello es fundamental que los agentes públicos y semi públicos que actúen estén bien informados, y sepan cómo abordar estos temas.

- Disponer de una lista de prioridades común, de algunos puntos urgentes de actuación, y de algunos recursos convenidos que puedan compartirse y sean eficaces: esto sería lo ideal.

- El objetivo clave: que los inmigrantes piensen primeramente en aquello que quizá al llegar a Madrid era lo último en que habían creído tener que pensar. Es decir, en la salud reproductiva y en la sexualidad (en combinación con las políticas de igualdad de género y de ciudadanía responsable).

Nunca es fácil, pero hay que conseguir que la gente que no quiere ir vaya. Finalmente, y como hemos subrayado anteriormente, el sistema tiene que estar preparado para atender la demanda que una buena campaña de comunicación y acercamiento pueda generar.

Atraer a los inmigrantes con la comunicación y las “epidemias sociales”: cómo incrementar y mejorar el uso de la anticoncepción

¿Cómo conseguir que los y las inmigrantes latinoamericanos coloquen la prevención de los embarazos entre sus prioridades? Ésta es la parte más delicada y más difícil de todo el trabajo. El cambio depende de las personas, y podría ser rápido puesto que se encamina en la dirección adecuada, aquello que los propios inmigrantes desean lograr: controlar la fecundidad y reducir el tamaño familiar.

La segunda dimensión de actuación es el planteamiento de una estrategia de comunicación pública en lugares y en medios de especial accesibilidad para la población destinataria (como por ejemplo el metro, la prensa gratuita, la prensa y la radio especializada en público latino, los locutorios, las peluquerías y los lugares de ocio y encuentro de los inmigrantes, mujeres y hombres). Pero siempre es difícil influir desde el exterior, y quizás puede resultar contraproducente intentarlo si no se hace bien. Un mensaje institucional instando a reducir la fecundidad puede ser lo último que se deba abordar en este contexto:

- Puede parecer una postura abiertamente sectaria y xenófoba.
- Puede reactivamente producir efectos contrarios a los que se pretende.

He aquí el error más común de las comunicaciones dirigidas a los inmigrantes: acaban desembocando en campañas que todo el mundo ve, y que principalmente son decodificadas por la población autóctona como un mensaje de segregación y de miedo. Esto es lo último que conviene hacer. Lo que necesitamos es entonces desencadenar una "epidemia social" de prevención del embarazo entre los propios inmigrantes, desencadenada a partir de elementos de contacto que después esparzan el mensaje creíblemente entre los públicos interesados.

He aquí algunas normas sencillas para la comunicación, de aplicación a folletos, carteles, cuñas de radio e inserciones en prensa:

- No utilizar mucho los medios convencionales y "para todos los públicos", sino más bien medios focalizados (radios latinas, prensa gratuita, prensa latina, ...)

- No identificar ostentosamente al emisor institucional o invocar la "autoridad médica", sino que parezca más bien que es un mensaje que "circula entre los migrantes", o mejor entre "las nuevas parejas que se forman aquí" (que a veces son mixtas de inmigrante y local).
- Utilizar el mismo lenguaje que utilizan ellos, con sus expresiones y con sus conceptos. Por ejemplo, no hay utilizar la palabra "prevención", ni la expresión "anticoncepción", sino más bien el circunloquio "cuidarse", "tu te cuidas", "cuídate", como expresión de la recomendación anticonceptiva.
- No hablar de embarazo no deseado, puesto que no es eso en lo que piensan, sino más bien de "sorpresas", y de la repercusión "no prevista" de esas sorpresas en España. Sin asustarles.
- Intentar transmitirles un mensaje de confianza hacia el sistema sanitario público, reajustando sus expectativas, haciéndoles menos exigentes.
- Reforzar la transferencia de confianza hacia la médica de atención primaria, para que le "hablen" de sexualidad.
- Comunicarles que la migración les va a producir sorpresas, pero en muchos campos (telecomunicación, tecnología, en el habla, los precios, las instituciones políticas, el trato, etc.), y transmitirles también que el embarazo es una de las posibles sorpresas. La anticoncepción es una sorpresa también, pero que tienen que aprender a aprovechar.
- Hacerse eco y transmitir comprensión sobre el estado de carencia afectiva e inestabilidad emocional que atraviesan al llegar a España.
- Insistir en un mensaje de igualdad de género, que es el verdadero núcleo de la cuestión (sobre todo para los varones). No usar tópicos "de allá", que conducen a resaltar los sentimientos "machistas" en la situación intergenérica.

Pero para desencadenar una campaña como una "epidemia social" no basta con usar medios "masivos", copias y folletos: es crucial utilizar las propias redes que los migrantes emplean, para que transmitan creíblemente la información adecuada, y con un mensaje pertinente y afortunado. ¿Cómo llegar a estas redes y conseguir contagios?

- Hay que usar mediadores: inmigrantes latinoamericanos de estas nacionalidades capaces de hablar con los otros inmigrantes y ser creídos, y también tratar de formar estos mediadores, involucrándoles activamente en el proceso (tipo "educadores de calle").

- Hay que pensar en contagios para los varones y para las mujeres por separado, pues van a ritmos diferentes en sus procesos de adaptación a los valores locales.
- Hay que pensar en formatos de mensajes que sean diferentes de lo convencional: letras de canciones, de rap, rumores, chistes, (¿saben aquél de la que se quedó embarazada nada más aterrizar en Barajas?), insertos en campañas de productos de consumo especiales para inmigrantes, anécdotas reales o inventadas...
- Debe pensarse en los lugares donde los y las inmigrantes están y se reúnen: el locutorio (si no es demasiado "cutre"), la peluquería, la discoteca (si no se trabaja desde una perspectiva "formal"), la empresa de giros o envíos de paquetes especializada en estos países, el campo de deportes (para los varones), la salida del colegio público (para las mamás jóvenes).

Para poner en circulación estos mensajes debe saberse que hay "redes informales naturales" que alcanzan a los varones y a las mujeres. Algunas de ellas no están en España: los mensajes pueden muy bien ser introducidos desde los países de origen, con las madres, las parejas y los elementos de la familia que quedan allí. Pueden estar presentes en bancos, casas de remesas y locutorios. Y eventualmente también en el sistema de salud (carteles y folletos), sobre todo para "normalizar" públicamente la cuestión de la anticoncepción, pero éste no es un elemento decisivo en el inicio del contagio, sino más bien en su mantenimiento posterior.

- Sería una buena idea pensar en programas de medicina transnacional, es decir, en localizar mediante la prensa profesional local y otros medios a esos médicos y ginecólogos (generalmente privados) que dan a los migrantes algunos consejos antes de viajar, tal vez no muy afortunados (y que les quitan la "té de cobre" sin informarles de las consecuencias).
- Podrían eventualmente transmitir algunos elementos de confianza en el sistema español de salud, facilitando algunas vías de continuidad (en fármacos, tratamientos, y también en actitudes).

Finalmente sería necesario tener en cuenta internet para difundir los mensajes adecuados y combatir los rumores espontáneos. Internet no es tan importante como las redes personales a la hora de obtener información sobre anticoncepción y sobre la IVE. Pero se nos ha mencionado varias veces, puede desempeñar un papel relevante, y sobre todo puede albergar rumores perniciosos, mala información sobre anticonceptivos, o tendencias a desviarse peligrosamente fuera del sistema de salud oficial, que es

necesario contrarrestar mediante técnicas modernas de presencia en la web (páginas web, presencia en buscadores, generación de opinión en foros).

Líneas de actuación de mayor alcance político en materia de igualdad y conciliación de la vida laboral y familiar

Por último merece la pena detenerse en lo que pueden ser prácticas y líneas de orientación de la política en general, quizá más ideológicas pero igualmente importantes, que deben inspirar el tratamiento de toda esta cuestión. Están a la vez más allá y más acá de la comunicación institucional y de la propia política de salud pública. Pero deben quedar referidas, aunque desborden el marco de actuación y puedan parecer un tanto fantasiosas, pues si no la exploración no está completa:

- En primer lugar hay que saber que la práctica sanitaria debe acompañar a la comunicación pública, y no actuar independientemente una de la otra. Por ejemplo, si se representa el acercamiento de la institución sanitaria en la comunicación, después la actitud real del personal médico y de enfermería no puede ser autoritaria o reprobadora. Y tampoco es prudente propugnar un mayor uso de los servicios de ginecología, o hablar de una "disminución de la cola", si no se multiplican sus recursos en la realidad.
 - o De no ser así, el uso de las redes sociales puede transformar la comunicación en un rumor negativo de muy malas consecuencias, de "rebote", y puede incluso ser contraproducente (mientras que la mala publicidad convencional simplemente pasa desapercibida).
- En particular es necesario hacer evolucionar a los varones en la dirección de las políticas de igualdad de género, que harán funcionar mejor no sólo la anticoncepción, sino la educación y la vida en general. La mejora de la comunicación en el interior de la pareja, propiciada por un cambio de actitud más igualitario, no solamente facilitará el uso de anticonceptivos, sino que debiera disminuir las "sorpresas", los "sobrentendidos catastróficos", y los abandonos y rupturas. Indirectamente, reforzaría la estabilidad familiar y por tanto la económica, con un efecto directo sobre el núcleo del problema.
 - o En nuestras dinámicas de grupo era fácil ver cómo los varones inmigrantes avanzados, que ya han adquirido tendencias igualitarias de género y cierta capacidad de dialogar con la mujer, presentan historias de migración de éxito y pueden imponer fácilmente sus criterios a los otros varones recién llegados y menos educados. Pero hay que dejar que su voz se escuche y que puedan exponer sus experiencias en lugares donde se les atienda.

- Es preciso abordar políticas amplias de igualdad de género entre los/las inmigrantes latinoamericanas, y también de conciliación de la vida laboral y familiar. La mejora de la anticoncepción entendida como una mera solución técnica puede ser eficaz, pero no es suficiente. Es necesaria una visión más amplia, y más coordinada. Las oportunidades razonables de tener hijos en España y de criarlos con oportunidades reales y con valores de igualdad de género deberían aumentar, y no solamente facilitarse la IVE y la anticoncepción, como un freno de emergencia a una situación que por otras vertientes y desde otras perspectivas es inaguantable. Por ejemplo, un interesante avance derivaría del apoyo institucional a la estabilidad laboral y a la mejora de las condiciones de trabajo en el sector servicios. ¿Es una rara propuesta? Parece más raro centrarse principalmente en perfeccionar los sistemas para no tener hijos, y abandonar el desarrollo de "recursos para tenerlos más fácilmente" (como guarderías, apoyos a las madres y a los padres en los horarios apretados, mejoras de los transportes, o ayudas concretas).
- Aunque sea impopular mencionar esto, sería interesante implementar la existencia de programas específicos para facilitar el reagrupamiento familiar temporal, y para que la vida de las familias que tienen hijos fuera (o piensan enviarlos fuera eventualmente) y de las abuelas o familiares que les cuidan (y que necesitan ir y volver inesperadamente al/del país de origen) puedan actuar coordinadamente con las familias que están en España en evolución. A veces las políticas de visados, los costes de los aviones y las burocracias internacionales juegan un desdichado papel en estos procesos. ¿Se pueden imaginar programas de "veranos con abuelas", y de "tíos en navidades"? Es una interesante posibilidad pensar en políticas proactivas para entenderse con las nuevas familias transnacionales que estamos viendo surgir. En el límite estas políticas pueden "parchear" la red de apoyo interpersonal que, de estar disponible, a veces marca la diferencia entre poder tener un hijo (más) o no poder tenerlo.

VI- Actuar como institución modificando los planes de investigación y evaluación, y los registros de datos

La política de recogida de información para la estadística y para la comprensión de los fenómenos es siempre muy importante, y cae en el área propia de actuación del Instituto de Salud Pública. Nuestro informe de recomendaciones no estaría completo sin tocar este aspecto desde nuestros descubrimientos y nuestra reflexión.

Es notorio que un esquema de recogida de datos puede ser objetivo, pero no es completamente neutral ni pasivo respecto del objeto de estudio. Todo marco de

información conlleva un determinado marco de comprensión previa de los fenómenos, y en el caso de la IVE parece tratarse de un marco pobre y muy corto de miras. La aproximación estadística actual (los "boletines") promueve casi únicamente el recuento de las IVE, como si hubiese un "miedo a que se disparen" que justifica su control. Pero en realidad ayuda muy poco a su manejo práctico, a su comprensión correcta, e incluso a su descripción.

En nuestra opinión cabrían dos aproximaciones a la mejora de los datos "oficiales" sobre la IVE:

- Parecería necesario rediseñar de otro modo la información sobre la circunstancia de la migración en el formato de datos de los actuales boletines de las IVE. Esto podría mejorarlos (tanto a nivel de la CAM como, si fuese posible, en el territorio nacional entero).
 - o Parece conveniente sistematizar la actual recogida y explotación de la información del dato de la nacionalidad actual, de la ciudad de nacimiento y del país de nacimiento de la mujer. Podría incorporarse adicionalmente la sistematización de la ciudad de residencia actual de la mujer (sea o no en la CAM) y el año de llegada a la ciudad de residencia actual. Esto ayudaría a comprender mejor el fenómeno de la IVE en sí mismo y en relación con el de las migraciones. Sabemos ahora que el "tiempo de asentamiento" actúa como la variable de explicación más importante en todo el proceso, y ese "año de llegada" contribuiría a su determinación como una pieza clave.
 - o Convendría realizar estas preguntas a todo tipo de mujeres, nacionales o extranjeras, para no fomentar la discriminación, y también para comprender el fenómeno de las migraciones interiores (que tienen su importancia).
 - o Una interesante variante consistiría en introducir, para aquellas mujeres nacidas en la misma ciudad de residencia, una pregunta sobre la procedencia (ciudad y país) y sobre el año de llegada de la generación anterior a esa misma ciudad de residencia. Esta información a medio y a largo plazo permitiría trabajar con los conceptos de inmigrantes naturalizados, y con los de "inmigrantes de segunda y tercera generación".
 - o Una buena idea sería también suprimir la pregunta sobre "asistencia previa a un centro de planificación", que nos dice muy poco, para introducir en su lugar algo sobre anticonceptivos y quizá algo relacionado con el "plan de tener hijos", una aproximación que fuese más "comprensiva". Idealmente debería poderse diferenciar con los datos entre los verdaderos tipos de IVE

que hay: "adolescente", "retrasador", de "congelación", y de "limitación de tamaño" de la familia.

- Por otro lado sería bueno realizar una primera aproximación experimental a la recogida de datos secundarios sobre las IVE entre los profesionales implicados, que permitiera por la vía indirecta profundizar en las verdaderas condiciones, antecedentes familiares, antecedentes anticonceptivos, actitudes hacia los anticonceptivos, implicaciones psicológicas y psiquiátricas del proceso, tipologías alternativas que pueden plantearse médicamente, secuelas detectadas y recomendaciones de mejora del sistema, entre otras. Esta información puede ser valiosísima a la hora de rediseñar las políticas públicas de planificación familiar.
 - o Los profesionales en realidad saben mucho sobre las condiciones concretas de los casos de IVE (aunque no lo sepan todo, pues en los aspectos antropológico-culturales que hemos explorado en este estudio están "demasiado cerca" de las personas, como para poder contemplarlos bien y comprenderlos).
 - o La presión institucional sobre las clínicas de abortos y sobre sus trabajadores va en contra de esta práctica potencial de recogida indirecta de información, y debería reconsiderarse seriamente si se quiere tener una palanca insustituible para resolver el problema de salud pública planteado. A medio plazo, y como se hace en otros países avanzados como Estados Unidos, son mucho mejores como aliados que como instancias permanentemente cuestionadas y problematizadas.

Nuestra recomendación no está completa sin abordar la recomendación de realización de dos tipos de estudios adicionales, en la línea del que aquí se ha empezado:

- La población inmigrante latinoamericana en la CAM es solamente una de las fracciones de la inmigración que aporta numéricamente a las IVE y a la política de planificación familiar y anticoncepción. Hay otras dos de gran relevancia: la inmigración de los países de Europa Central y del Este (Rumanía, sobre todo, pero también Bulgaria, Ucrania y otros), y la inmigración de origen magrebí (Marruecos, y en menor medida Argelia y los inmigrantes europeos de estos orígenes de segunda generación). No es posible extrapolar las conclusiones de nuestro estudio a estos otros colectivos, sobre todo en lo que tiene que ver con las dimensiones culturales-familiares y con las de la relación con el sistema médico y la anticoncepción.

- Sería muy recomendable realizar sendos estudios de esta misma dimensión a estos dos tipos de inmigrantes numéricamente relevantes, que presentan sin duda características propias.
- La implementación de una política pública en relación con la anticoncepción y las personas inmigrantes latinoamericanas necesita de un programa de comunicación pública y formación, y de una serie de medidas político sanitarias (como por ejemplo: gratuidad de los anticonceptivos, mejora de la satisfacción con la comunicación con los y las médicos, extensión de programas de citas para planificación, etc.). Pero también precisa de programas de evaluación de estas políticas y sus objetivos específicos, una vez llevadas a la práctica.
 - La mera observación de la evolución de las IVE entre la población estudiada no es por sí sola un buen indicador de lo que puede estar ocurriendo, en relación con el uso de anticoncepción, de la disolución del "machismo" residual, o de las actitudes de acercamiento y de confianza hacia el sistema sanitario público entre las inmigrantes en materias de medicina preventiva y salud reproductivo-sexual. Es recomendable ir más lejos, y diseñar estudios específicos de seguimiento del impacto de estas políticas y de evaluación del cumplimiento de estos objetivos: mediante encuestas de opinión entre los inmigrantes, programas de seguimiento de la calidad de la atención, de cambio de actitudes en los profesionales de la salud tras la impartición de cursos, u otros dispositivos específicos.

10. SÍNTESIS DE CONCLUSIONES

- Las pautas reproductivas y sexuales de la población estudiada se caracterizan por estar enmarcadas en una serie de procesos multidimensionales que tienen su inicio siempre en los países de origen. No son desencadenados por la migración, sino que encuentran su raíz antes: aquí adquieren nuevos ritmos y nuevas perspectivas.
- El modelo de familia aspiracional es claramente el de la familia nuclear de corte europeo u occidental. Está formada idealmente por una pareja estable con pocos hijos, pero siempre con algún hijo (al menos uno, dos, o a lo sumo tres). Este modelo de familia está marcado o complementado por una nítida aspiración consumista. Los hijos encuentran su propio lugar dentro de ese estilo de vida pretendido (o "norma de consumo"), que incluye también el auto, el estéreo, el dinero, los videojuegos para los varones, la vivienda unifamiliar, el jardín, etc. Este modelo no aparece en España: ya es asumido como un objetivo vital desde el mismo país de origen.
 - o Los inmigrantes estudiados controlan la natalidad y los procesos de reproducción muy tempranamente. Parecen acceder a la sexualidad relativamente temprano, a pesar de que en sus países predomina en muchas zonas y entre muchas clases medias una norma patriarcal estricta que se ejerce sobre las mujeres jóvenes.
- Entre los procedimientos para el control de la fecundidad están el retraso de la edad del matrimonio (que se sitúa entre los 20-25 años para el emparejamiento permanente), y el retraso en la llegada del primer hijo (entre los 25-30 años). Estas demoras no son tan grandes como las que impone la "norma española" en la actualidad. Pero ellos/ellas proceden de contextos sociales en que estas edades de acceso a la vida adulta son todavía más tempranas, y por tanto lo viven subjetivamente como un retraso.

- El emparejamiento permanente se designa corrientemente como matrimonio, aunque muchas veces no haya tomado la forma legal de matrimonio registrado. Los miembros de la pareja se llaman "esposo" mutuamente.
- El contexto cultural originario de estos inmigrantes podríamos calificarlo de patriarcalismo intenso, pero se trata de un modelo declinante en las propias sociedades latinoamericanas. El patriarcalismo guarda relación con la reproducción y con la familia, pero también con todo el campo social.
 - La maternidad / paternidad marcarían el verdadero acceso a la edad adulta en estas sociedades. El varón se pretende todopoderoso e irresponsable, al ser el único aporte económico monetario al hogar, mientras que la mujer respetable (la madre/suegra, en los discursos) aconsejaría plegarse siempre a la voluntad masculina.
 - Asistimos en los tiempos recientes a una disolución de esta visión patriarcalista (que a veces se rotula superficialmente como "machismo"), acelerada en el contexto de la inmigración en España pero también presente en los países de origen.
 - Y sin embargo aún siguen vigentes las viejas ideas de "hacerse mujer"/ "hacerse hombre" teniendo un hijo, y entre las mujeres la de "dar al varón un hijo", a la hora de enfocar las relaciones sentimentales y las estrategias de reproducción. Esta visión patriarcal se está quedando obsoleta, pero conserva una importante inercia.
 - El varón estaría perdiendo rápidamente el poder simbólico que tenía dentro de la red de relaciones familiares, debido a que la mujer adquiere ahora una posición mucho más simétrica en la pareja, ya que trabaja remuneradamente y su aportación económica es decisiva en la economía familiar.
 - Este cambio que se produce en la práctica cuesta mucho asumirlo en las relaciones interpersonales, y se producen numerosos desajustes a causa de ello. Muchos varones migrantes aún priorizan las relaciones con los grupos de pares varones, donde el viejo "macho" todavía pervive, mientras que algunas mujeres aún fantasean con que la lealtad del varón pueda llegar si se acierta a darle el hijo que él desea.
- Aunque este modelo familiar nuclear con limitación del número de hijos esté bastante identificado como ideal aspiracional, no existe entre los y las inmigrantes

latinoamericanos el concepto de "hijo no deseado" propiamente dicho, como tampoco estaría internalizada una prohibición absoluta de tener hijos. Esto es importante para entender el comportamiento reproductivo de los inmigrantes latinoamericanos y el porqué del elevado número actual de abortos.

- Cabe hablar más de "embarazos sorprendentes" o de "imprevistos" que de "hijos no deseados". Este caso es muy importante numéricamente: en los discursos, casi todos los hijos habidos (entre nuestro público consultado) parecerían ser el fruto de tales imprevistos. Correlativamente no existe algo semejante a una prohibición a priori o absoluta de tener hijos.
 - Se puede afirmar que existe una extensa zona de ambigüedad alrededor del hecho de quedar embarazada y de tener un hijo (o no) a consecuencia un embarazo.
- A pesar de esta zona de ambigüedad (o mejor dicho, en íntima relación con este fenómeno), los y las inmigrantes son conocedores y usuarios de variados métodos anticonceptivos, con las naturales lagunas en este tipo saberes, y con unas preferencias particulares y diferenciadas por cada uno de los tipos de anticonceptivos. Estos métodos son incluidos en sus pautas sexuales tanto esporádicas como regulares.
- A veces han sido introducidos a ellos por primera vez en la escuela, en programas de educación sexual en sus países. Pero también es verdad que la sexualidad en estos lugares se inicia gradualmente muchas veces con prácticas "de riesgo", en las cuales se toman algunas precauciones anticonceptivas ("cuidarse"), pero no de una manera tajante y absoluta.
 - El varón en lo profundo entiende que es la mujer la que debe encargarse de la anticoncepción (más allá del discurso superficial del "no me pongo el condón porque no me gusta", que es solamente una aproximación parcial a la cuestión). Mientras tanto, ella "regula" la anticoncepción, pero de un modo en el que no solamente no impide, sino que se expone consciente o inconscientemente al embarazo, discrecionalmente (aunque a veces sea de modo muy poco reconocido), en caso de que entienda que en ese momento ya ha llegado el hombre que realmente desea y que la quiere.
 - Se reportan muchos fallos de los métodos anticonceptivos. Algunos "fallos" de los anticonceptivos relatados parecerían ser genuinos "fallos técnicos", pero se diría que no son el caso general, y que muchas veces estos supuestos "fallos" encubrirían otros procesos de negociación íntima de una naturaleza complejísima, poco confesable.

- La anticoncepción está reconocida entre estos inmigrantes desde la escuela, aunque no plenamente normalizada: recuerdan experiencias de cierto "corte" o pudor al buscarlos en la sociedad de origen. En la sociedad española se normalizan más: observan los anticonceptivos como algo cotidiano, visible socialmente, aunque subsistan algunos problemas de acceso.
 - o Estos problemas de acceso ahora no tienen que ver con esa "barrera del pudor" original, sino con otro tipo de situaciones: de desconocimiento de los tipos de anticonceptivos (o nuevos tipos), de relación trabajosa con el sistema médico, de precios sorprendentes, de desajustes en las formas esperables de dispensación, y otros más.
- El aborto entre estos inmigrantes latinoamericanos cabe decir que no es una práctica sancionada positivamente, ni completamente normalizada, ni es asumida como habitual, aunque generalmente conocen casos (la mayor parte en terceras personas). No es una práctica anticonceptiva en realidad, sino otra cosa completamente distinta: una decisión excepcional y personalmente costosa, en todos los casos referidos.
 - o Esta sanción negativa hacia el aborto se da en el país de origen (donde saben que existe, más allá de su status legal), y también se da en España cuando vienen, aunque perciban aquí una mayor libertad y permisividad al respecto. Se trata de un recurso de emergencia al que se accede de manera no prevista, y en una condición siempre precaria, desde un punto de vista material y/o psicológico.
 - o Tampoco se puede decir que vengan las inmigrantes "a abortar" desde el país de origen, ni nada parecido: no hay trazas de esto en toda la investigación.
- El discurso y el comportamiento sobre el aborto están sometidos a una serie de tabúes y de dificultades, pero no a una prohibición absoluta. Aunque se identifique bien la raíz religiosa de este tabú, que después se funde con algunos rasgos del viejo patriarcalismo cultural, no se reconoce a la religiosidad un poder normativo terminante a este respecto.
 - o Generalmente se habla del aborto como algo que puede ocurrir, y de lo que tienen noticia directa a través de terceros muchas veces.
 - o Encontramos que es corriente que las parejas más estables con hijos en el pasado se hayan planteado un posible aborto, ante un embarazo inesperado. El contexto de este planteamiento se vive como natural y/o comprensible: la experiencia migrante implica dificultades personales, tanto

en el momento de la llegada como en el presente. De ahí que el aborto haya sido una de las posibilidades consideradas.

- El tabú de hablar hace que la información sobre el aborto en España circule con cierta dificultad, que no se conozcan bien todos los aspectos del mismo. Pero se sabe generalmente que el aborto sí existe en España y que está oficializado, mientras que en sus países no es así: se practica pero es en relación con redes al margen de la sanidad oficial. Se sabe que en España es "legal", que existen clínicas de tipo privado que lo practican, y que su precio está en torno a los 200 ó 300 euros. La información más allá de esto no se conoce bien del todo, pero se supone que es posible obtenerla en caso necesario, que no es difícil de conseguir:
 - o Los amigos (amigas), algún pariente migrado, e incluso internet funcionan como canales de información en caso preciso.
 - o Pero para la mayor parte de los informantes la vía para obtener información en caso de embarazo inesperado es el centro de salud y la médica de familia, lo que demuestra la "normalización" médica del tema y puede facilitar cualquier política que se quiera emprender.
 - o El proceso de un aborto en caso de iniciarse se entiende que debe pasar siempre por la relación con el sistema médico (generalmente el de medicina general, y en la atención primaria pública, que es la que conocen).
 - o No existe prácticamente un discurso sobre "el derecho al aborto", o sobre el aborto como un derecho de la mujer.
- El incremento del número de abortos entre estas personas puede explicarse fácilmente como una serie de desajustes entre las prácticas sexuales / reproductivas por un lado, que encuentran su raíz en el país de origen, y por otro lado el contexto modificado en el que la inmigración tiene lugar: la sociedad de acogida y sus nuevos requerimientos.
- Hay muchos embarazos imprevistos entre los jóvenes varones y mujeres en los países de origen. Las sociedades locales están acostumbradas a manejar estas situaciones, que hasta cierto punto son comprendidas. Pero la manera de pensarlas es diferente, aquí y allí.
 - o El coste de estos "malentendidos", "desajustes" o "ambivalencias" en los países de origen es no muy alto, contemplado individual y socialmente. Es decir, que resulta "barato" para la mujer seguir adelante con el embarazo sorpresivo, incluso si no se obtiene protección de un varón hacia el bebé. Cuando se produce un embarazo que realmente no era deseado (por el

varón o por la mujer), muchas veces se decide seguir adelante con el proceso, y tenerlo. Son muy frecuentes los relatos a este respecto.

- El varón allí a menudo puede abandonar a la mujer preñada sin incurrir en una gravísima sanción social, y la mujer (que a menudo no trabaja fuera del hogar) puede ocuparse del hijo "sola" y encontrar en las redes familiares y de vecindario un apoyo decisivo para el cuidado y para la educación (ocasionalmente también el varón "abandonador" apoyaría económicamente a la madre, aunque a veces él pudiera tener otra familia aparte a la que mantener). Por último, la mujer sola con hijos puede emigrar.
 - Desde esta raíz un tanto anticuada, perviven comportamientos en algunos varones que rechazan tomar medidas anticonceptivas de manera que sea la mujer quien se encargue de todo. Y eso en realidad es, en última instancia, una medida patriarcal de dominio revestida de ese "no me gusta el condón", que en definitiva consiste en reservarse el derecho de abandonar a la mujer en el caso de que el varón lo desee así. Es decir, que si el fallo anticonceptivo se produce, es la mujer la que debe resolverlo. Y el hombre, que no se ha comprometido previamente con la anticoncepción, se reservaría la decisión sobre qué hacer él mismo, si quedarse o abandonarla a ella.
- Sobre todo en la primera época de la estancia en España, los comportamientos sexuales de los varones y las mujeres inmigrantes son a menudo similares a los que se tienen allá, o al menos presentan algunos elementos de continuidad. Y esto lleva a que aquí se produzcan igualmente muchos embarazos no previstos. Pero el escenario tras la migración ha cambiado radicalmente:
- En primer lugar, el nuevo contexto migrante hace que se pierda la relación con las redes sociales locales en el país de origen (lazos de parentesco, de familia extensa, de vecindario, de comunidad local, de ayuda mutua), aquellas redes que anteriormente apoyaban a la mujer en su tarea de la crianza de los hijos "no deseados". Y que ocasionalmente podían lograr también forzar al varón abandonador a asumir una paternidad más responsablemente, "persiguiéndole" en su entorno social.
 - Además muchas veces es el migrante el que apoya económicamente a estas redes locales en la distancia. Pero generalmente no puede obtener apoyo de ellas (y no con la misma facilidad que si estuviese aquí).

- La razón económica actúa como un condicionante absoluto en determinados casos. Muchas mujeres (y muchos varones) lo tienen absolutamente claro si llega el caso, "lo saben antes de saber", íntima e inequívocamente. Pues la precariedad económica de los primeros tiempos de la migración es muy acusada: problemas con el trabajo, con los papeles, con los turnos laborales, con la vivienda...
 - o En muchos casos un embarazo (y/o un bebé) significa directamente la pérdida del empleo (trabajadoras sin papeles y sin protección, empleadas del hogar internas, trabajadoras temporales, jornaleras de la economía sumergida o no...), y con la pérdida se viene abajo todo el proyecto migrante. Para muchas mujeres tener un hijo en estas circunstancias es directamente imposible.
 - o En otros casos significa una reducción de ingresos muy significativa en una economía ya de por sí débil (pérdida de ingresos por horas extras, grandes gastos en servicios de guardería para poder trabajar, costes del absentismo necesario para cuidar al hijo...).
 - o El coste neto de tener un hijo en España se dispara, en comparación con el coste en el país de origen. Y el coste de oportunidad puede llegar a ser fortísimo: si la red familiar en el lugar de origen depende de las remesas del inmigrante, como ocurre muchas veces en los inicios de la migración, la situación se vuelve insostenible. El caso más serio es que la pérdida de recursos signifique no poder enviar dinero al hijo que ya tienen en su país (un caso relativamente frecuente, si lo hubieran dejado al cuidado de la abuela, por ejemplo). Tal vez signifique tener que regresar, quizá sin haber podido pagar deudas previas contraídas: otro caso inabordable desde este punto de vista.
- A la razón económica (y a la pérdida de la red social de apoyo en los casos de embarazos no previstos) ha de añadirse una dimensión más íntima y cultural. La migración conlleva un período de inestabilidad sentimental acusada. El/la migrante generalmente se encuentra muy solo/sola en la sociedad de acogida, desprovisto de calor humano en un entorno que le resulta duro.
 - o Muchas parejas se rompen durante la migración, o en los primeros tiempos de ésta: serían hasta una gran mayoría de ellas, en la percepción generalizada. Hay que decir que las rupturas se fraguan a veces en el país de origen (personas que migran como posible solución a unos problemas de pareja que nunca se resuelven, pérdidas del varón sustentador de la familia, violencia doméstica o social...). El viaje supone una salida parcial o

temporal a estas situaciones de crisis. Pero la inestabilidad continúa o se agudiza en España.

- En la sociedad de destino las parejas que llegan o que se forman tempranamente son también inestables, porque los roles de varón y de mujer presentan una cierta inercia cultural, y necesitan ahora redefinirse con arreglo a unas nuevas normas. Y esto no es fácil ni inmediato.
 - La mujer adquiere poder y no desea plegarse siempre a los deseos del varón como era lo común en sus países de origen. Mientras tanto el varón se encuentra temporalmente desorientado ante un campo aparentemente mucho más abierto en el orden sexual, pero en el que choca con una mujer mucho menos sumisa y sin embargo más valiosa en su estado de trabajadora remunerada.
- Las dimensiones económica y sentimental no operan independientemente en la experiencia migrante en crisis, sino que están interrelacionadas. Muchas veces la viabilidad económica del proyecto de la persona inmigrante depende de haber encontrado un apoyo sentimental sólido, una persona con quien convivir. La importancia de la dimensión psicológica en una posible ruptura se acrecienta en cuanto tenemos en cuenta que muchas veces es el poder compartir la vida y los ingresos con una pareja lo que permite alcanzar una situación económica viable o estable en España.
- La relación sexual en el país de origen se fundamenta en la ambigüedad calculada en cuanto a las prácticas sexuales y anticonceptivas, y en el ofrecimiento de la sumisión al varón a cambio de su protección, que se considera imprescindible por parte de la mujer. Esto incluye el logro del emparejamiento a una edad temprana. Pero ahora el contexto en que estas prácticas tenían pleno sentido se ha perdido.
- La pretensión de "dar un hijo a ese varón que me protege" se mantiene en el ámbito íntimo de la educación sentimental, junto con unas prácticas sexuales todavía arriesgadas y ambivalentes, durante los primeros pasos de la inmigración a España.
 - Y la tendencia irresponsable del varón se mantiene en algunos segmentos sociales (aunque sea minoritaria, pero se deja sentir).
 - Los embarazos no previstos se producen, puesto que la abstinencia sexual es extremadamente difícil e improbable como estrategia en un entorno tan desfavorable emocionalmente como es el de la migración (la fiesta, el

contacto humano, son imprescindibles), tal como reconocen los propios inmigrantes, sobre todo los varones.

- Y estos embarazos, que se producen y se seguirán produciendo, se encuentran con la realidad de unos varones que no se adaptan fácilmente al nuevo modelo de mujer con poder de negociación, en unas circunstancias que les resultan extrañas y duras.
- La adaptación al nuevo contexto se acaba produciendo, pues la sociedad de destino impone su criterio.
 - La mujer latinoamericana progresivamente aprende a usar su relativa independencia y a negociar con el varón, sin tanto "ofrecer inconscientemente" su capacidad reproductiva; y el varón aprende a vivir mejor con una mujer que aporta unos recursos al hogar que le son imprescindibles, y a negociar con ella, renunciando poco a poco a su "machismo" sin objeto.
 - En el horizonte a medio y largo plazo se entra en una sexualidad negociada en la que caben mucho mejor los métodos anticonceptivos entendidos como un producto del compromiso de pareja (e incluso la anticoncepción quirúrgica permanente, con relativa facilidad). La mayor parte de las parejas migrantes (o con un migrante, pues hay parejas mixtas con autóctonos) responden a este modelo en nuestro estudio, cuando llevan ya un tiempo en España (tres a seis años).
 - Pero en el corto plazo (de 0 a 3-4 años de trayectoria) casi siempre hay muchas experiencias de rupturas de pareja en los primeros años de la migración, de hijos no deseados o "deseados a medias", de hijos que deciden tenerse en condiciones muy precarias (en realidad éste es el problema más serio para la asistencia pública, desde el punto de vista del elevado número probable de casos y su coste) y de terminaciones voluntarias del embarazo.
- En general cabe decir que la situación del aborto entre estos migrantes adultos de primera generación mejorará paulatinamente y por sí sola en pocos años, a medida que los flujos vayan estabilizándose en nuestro territorio (es decir, si no llegan otra vez grandes cantidades de migrantes latinoamericanos en situación económica y sentimental inestable).
 - Esto no quiere decir que el aborto vaya a desaparecer totalmente entre este colectivo latinoamericano, pues el aborto (deseado o no, legalizado o

no, sancionado socialmente o no) siempre es un elemento más entre las prácticas contraceptivas de cualquier grupo humano.

- En todo caso la situación de abortar se entiende como excepcional, como un recurso de última instancia, nunca como una práctica normalizada.
 - Cabe recordar que en nuestro estudio parece que una mayor parte de embarazos "inesperados" que fueron puestos bajo la duda de la continuación fueron llevados adelante. Las políticas públicas deben orientarse por la voluntad de reducir no solamente las IVE sino el propio número de embarazos, y pueden plantearse acelerar el proceso de asimilación y disminuir las consecuencias negativas.
- Los anticonceptivos deben siempre enmarcarse en un proceso sociohistórico en el que no son meras técnicas inertes, sino procesos de significación vivos y muy complejos. Son el resultado de una compleja negociación simbólica, explícita o no, donde la mujer y el varón adquieren poder y renuncian a parcelas de poder. La negociación que permite la ambivalencia es la situación preferida para estas personas en el tránsito de la migración.
- En líneas generales, el preservativo junto con el "ritmo" (abstinencia cíclica) es el sistema más utilizado por estas personas, aunque no resulte el ideal.
 - Cuando las parejas están más estabilizadas, en general son preferidos por estas personas los anticonceptivos de tipo hormonal semipermanentes (inyecciones, implantes subcutáneos) y también los dispositivos intrauterinos.
 - La razón es que éstos son precisamente los que connotan una cierta estabilidad de la pareja y una confianza mutua, pero también una posibilidad de gestión de la anticoncepción sin que la responsabilidad recaiga totalmente sobre la mujer, es decir, que no otorgue un máximo de libertad y responsabilidad a la mujer.
 - No están cerrados a los sistemas permanentes contraceptivos (ligadura de trompas y, menos probablemente, vasectomía)
- Podemos decir que el anticonceptivo más ampliamente utilizado por estos inmigrantes en España es el preservativo, solo o combinado con el "método del ritmo" (o "calendario", o de "los días"). Como podemos ver, esta práctica conjuga de modo máximo la eficacia con la ambivalencia, y se puede entender como una costumbre de riesgo en sí misma.

- Algunas parejas dicen usar el preservativo permanentemente, y otras al parecer se guían exclusivamente por el sistema del calendario. La “marcha atrás” (coitus interruptus) también es usada, aunque sea mucho menos habitual, pero estaría detrás de un buen número de embarazos imprevistos.
 - A pesar de que se hayan tenido con anterioridad embarazos no deseados (incluso repetidas veces), estos métodos son todavía reputados como eficaces entre algunos entrevistados/entrevistadas. Esto es muy expresivo de cómo funciona todo este mecanismo mental de "regulación de la ambivalencia", y de denegación de los riesgos, entendidos de modo absoluto.
- El preservativo en sí mismo no goza de muy buena aceptación, no tiene buena prensa. Sólo algunas personas son sensibles al hecho de que protege de las ETS, y toman en cuenta esta dimensión. El preservativo se asocia inconscientemente a promiscuidad, a relaciones de lance, a infidelidad y prostitución.
 - El elemento de la infidelidad que connota el preservativo está muy proscrito simbólicamente en este contexto de negociación de pareja. Por eso se le "tacha negativamente en general" dentro este complejo campo de las técnicas de anticoncepción.
 - La preferencia por un método tan inseguro como es el de "ponerse y quitarse el condón" dependiendo de ciertos parámetros de la relación es también ilustrativa de lo que ocurre (no me lo pongo con la pareja, me lo pongo en las relaciones esporádicas si me acuerdo).
 - Las pastillas anticonceptivas son utilizadas ocasionalmente por algunas mujeres (/parejas), pero en general no gozan de una buena reputación.
 - Se dice muy a menudo que engordan, que no son naturales, que afectan al humor y el estado emocional de las mujeres, que es muy trabajoso conseguir la receta todos los meses, que pueden afectar a largo plazo a la capacidad reproductiva de un modo negativo, y que tienen fallos e inconvenientes (especialmente durante la lactancia o en caso de enfermedad o de concurrencia ocasional con otros fármacos). Y son caras. La misma opinión es sostenida por varones y por mujeres. No gustan, aunque sean utilizadas.
 - Son preferidos aquellos métodos anticonceptivos que más bien descargan de responsabilidad individual al varón y a la mujer, y le otorgan más importancia en la

función anticonceptiva al médico. Y que por tanto conceden menos autoconsciencia a la mujer respecto de su cuerpo. Son en general preferidos tanto por los varones como por las mujeres.

- Singularmente se usa mucho la "te de cobre" (DIU), y las inyecciones subcutáneas (ocasionalmente también los implantes, anillos y parches de estrógenos).
 - El DIU sin embargo se asocia espontáneamente al "llevarlas allá", a un método anticonceptivo para mujeres que han tenido hijos y está vinculado a los países de origen.
 - Sobre todo se asocia a disponer de una relación de mucha confianza con la médica, que lo quita y lo pone. Es frecuente la circunstancia de sacarse la te de cobre cuando migran a España, porque no saben qué se van a encontrar acá en cuanto a la relación con la sanidad y por otras razones.
 - Se reportan muchos casos de supuestos fallos supuestos del DIU (embarazos con DIU, caducidades y olvidos al sacarlos...)
- En cuanto a otros métodos anticonceptivos, la píldora postcoital o "tableta del día después" no es muy interesante para el colectivo estudiado, pues para las relaciones esporádicas prefieren el preservativo. Además no imaginan que sea sencillo el acceso a este recurso, que se sabe que es muy controlado por las autoridades médicas.
- Lo asignan a colectivos más jóvenes, con relaciones sexuales menos frecuentes y menos estables; no es para ellos. Se asocia a la dificultad para conseguirla.
 - La principal cuestión es que desconfían de la rapidez e inmediatez del sistema sanitario español a la hora de proporcionar esta clase de anticoncepción de emergencia.
 - Hay menciones muy aisladas al Citotec, a lavados, y a métodos caseros.
 - El diafragma es prácticamente ignorado, así como los espermicidas, salvo entre algunos varones ("anillo" con su agujero, aunque no sabemos si esto es un liberador de estrógeno o una confusión con algún espermicida). Estas técnicas pertenecen a un campo del que no se habla, "no gustan" pues otorgan implícitamente a la mujer una libertad que no puede íntimamente asumir.

- La imagen del sistema público de salud de la CAM es en general buena entre los y las inmigrantes latinoamericanos, aunque la diferenciación entre las instancias institucionales territoriales del sistema (nivel municipal, autonómico o nacional) sea casi inexistente. Pero a pesar de esta imagen, hay algunos inconvenientes que inciden precisamente en el acercamiento de estas personas a los recursos de la anticoncepción.
 - o Están relativamente acostumbrados a una relación mucho más ágil y más clientelar con los sistemas de salud de sus países, que podríamos calificar como "semiprivados". El farmacéutico y el médico son allí mucho más accesibles (les pagan, después de todo), y están acostumbrados a que muchos fármacos y tratamientos les sean dispensados sin receta, incluyendo los anticonceptivos.
 - o Se quejan de una excesiva velocidad en las consultas. Esperan que los y las médicas les dediquen algún tiempo a escucharles, no solamente que les "curen" cuando están enfermos tan rápido como sea posible. Eso es a lo que están acostumbrados. Esto abre la puerta al trabajo en medicina preventiva para el sistema de salud, pero para ser eficiente necesita ser abordado de otro modo por los profesionales, para ser eficiente.
 - o Es importante recordar que muchas de estas personas pertenecen a clases medias en sus países de origen, y han sido usuarias de los servicios de salud locales, en los que confían. El sistema sanitario español les inspira una desconfianza al principio, y no entienden algunos de sus parámetros de funcionamiento, como la burocracia o el control repetitivo de las recetas:
- Los y las inmigrantes latinoamericanos tienen grandes problemas para desplazarse repetidamente al médico, en especial los colectivos de gran riesgo, los inmigrantes recién llegados y con trabajos muy precarios, que son críticos en la cuestión que estamos debatiendo. Sus compromisos laborales no les permiten ir muchas veces (sobre todo si tienen que hacerlo sin despertar sospechas, como es el caso de algunas empleadas del hogar internas).
 - o Los latinoamericanos tienen quejas específicas por las molestias por demoras en las citas de la seguridad social (en ginecología), las demoras en los análisis (previos a demandas de anticonceptivos) y las repeticiones en las peticiones de recetas para los anticonceptivos.
 - o Acercar la salud pública de un modo flexible a estos usuarios sería una buena idea. Por ejemplo, facilitar el acceso a los fármacos anticonceptivos

sin duda contribuiría a disminuir problemas de embarazos no deseados. Dar más poder a los farmacéuticos o a otras instancias administrativas para suministrarlos resolvería muchos problemas.

- Se detectan deficiencias en la atención anticonceptiva y en los servicios de planificación familiar para estos inmigrantes latinoamericanos. Las deficiencias se pueden considerar concentradas en tres aspectos:
 - o En primer lugar, están los fallos en la continuidad de las prácticas anticonceptivas en el momento en que inician su experiencia migrante en España. Una parte de estos fallos se debe a las consecuencias inesperadas de la situación migrante (en lo económico, en lo cultural, en lo sentimental, en la falta de apoyos de la red interpersonal inmediata). Y otra se explica desde una relativa falta de adaptación mutua entre el sistema sanitario y el inmigrante en el momento de la llegada, sobre todo en lo que tiene que ver con la medicina preventiva y con la salud sexual y reproductiva.
 - o En segundo lugar, se está produciendo una insuficiencia de recursos del sistema de salud pública (falta de médicos/as, de ginecólogos/as, de especialistas, de centros especializados, y de dinero aplicado a varios campos) en lo que tiene que ver con la planificación familiar y la salud reproductiva. Esta insuficiencia, que para el usuario local se puede paliar con los "sistemas adyacentes" (seguros privados, etc.) para los inmigrantes se convierte en un serio problema, pues los recursos escasos del sistema son aún más difíciles de utilizar para ellos/ellas, debido a los problemas de horarios, los de expectativas previas desenfocadas, la no gratuidad en el caso de los anticonceptivos, y otros déficit.
 - o En tercer lugar, a esta insuficiencia cuantitativa de recursos hay que añadir otra de dimensión cualitativa: existe una cierta falta de entendimiento mutuo, que se traduce por ejemplo en la falta de comunicación y de la intimidad necesaria para hablar de sexualidad, o en una falta de adaptación a sus preferencias en los tipos de anticonceptivos. Un sistema un tanto "rígido" y "productivista" en la práctica de la salud pública, como el que actualmente tiende a predominar, choca con las necesidades de las inmigrantes de ser no solamente curados, sino escuchados. Y esto es crucial en la correcta implementación de una política preventiva en anticoncepción y en salud sexual.
- Las recomendaciones para poner remedio a esta situación, que redundaría en un más rápido decrecimiento de los embarazos imprevistos y de las IVE practicadas, son

múltiples y muy variadas. Deben atacarse estas tres áreas de deficiencias. Por ejemplo debería conseguirse implementar lo siguiente:

- Avanzar en experiencias de medicina transnacional aplicada a la práctica reproductiva, consiguiendo que el sistema de salud pública conozca con antelación los métodos que usan estos inmigrantes, sus expectativas en los primeros tiempos y las formas de facilitarles la continuidad en sus prácticas.
 - Es importante implementar algún tipo de acceso a ellos que permita informarles tempranamente e influir en sus expectativas sexuales y reproductivas (incluyendo informar "al lado de allá", por ejemplo, a sus médicos de allá) tanto en lo que se refiere al uso adecuado del sistema de salud español, como a sus más que previsibles avatares económicos y sentimentales, que influirán en su sexualidad.
- Apoyar el sistema de la CAM de medicina preventiva en salud sexual y reproductiva y en planificación familiar, entendiendo que en realidad es un "multisistema" en el que todos los elementos institucionales tienen su espacio y su importancia: la atención primaria, la atención del especialista-ginecólogo, los centros especializados (en madres/bebés y en mujeres en general) y los centros de jóvenes, y las ONG de perfil médico, para llegar hasta la población menos integrada en el sistema. También es importante la articulación de estos diferentes recursos e instancias entre sí, aunque sea en el nivel informal, desde la suficiencia general de recursos y la difusión de filosofías de actuación compartibles, por ejemplo:
 - Facilitar el acceso sencillo, flexible y gratuito a los anticonceptivos para las inmigrantes latinoamericanas.
 - Comunicar bien en qué consiste esta flexibilidad (en términos de lugares a los que acudir, de facilidad de citas, etc.) y cómo se puede conjugar con sus prácticas sentimentales y sexuales en el nuevo contexto migrante, haciéndolo en su propio lenguaje.
 - Comprender que generalmente tienen hijos y que prefieren los métodos "semi-permanentes" (DIU, e inyecciones / parches / implantes), y que consecuentemente habría que implementar su gratuidad, más una posibilidad de acceso "en una o dos visitas rápidas", en un favorable horario de atención (con fines de semana, etc.).

- Desarrollar programas de información y de formación del personal médico-sanitario, que les ayude a comprender y a manejar las particulares necesidades de comunicación de esta población, para poder comunicarse mejor con ellos ("escuchar y hacer hablar al otro de anticoncepción") y facilitar que los programas de planificación familiar y de salud reproductivo-sexual puedan ser verdaderamente eficaces ("actuar").
 - La pieza fundamental es sin duda la médica de familia o generalista, que debe disponer de algún tipo de apoyo específico para facilitar la relación con los inmigrantes, y para acentuar la posición de escucha y de respeto. Más tiempo de consulta formación, paciencia, atención al varón, respeto hacia la mujer y un protocolo ligero el caso típico de "inmigrante novato" y en el caso de "embarazo con dudas". Hay que darles más poder y más autonomía a los médicos de la atención primaria para facilitar y aplicar anticonceptivos (incluyendo el DIU).
 - Pero también la información y la formación dirigida a otro tipo de personal que pueda intervenir en el proceso sociosanitario en contacto con el público puede ser muy interesante y beneficiosa: farmacéuticas, médicas especialistas, personal administrativo, analistas, trabajadores sociales y personal de las ONG, e incluso formadores y líderes naturales de los inmigrantes latinoamericanos.