

DESIGUALDADES EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN MADRID *

UNEQUAL ACCESS OF IMMIGRANT WOMEN TO REPRODUCTIVE HEALTH CARE IN MADRID

ANA BRAVO **

Este artículo está basado en un estudio¹ acerca de cómo género², etnia³ así como otras posibles variables: la situación económica y la situación legal, pueden estar influyendo en el desigual acceso de las mujeres inmigrantes a la salud

* Agradezco la colaboración de Mar García y de la Prof. Rosa Aparicio en el marco teórico y de Joaquín Eguren en la coordinación del trabajo de campo cuantitativo.

** Universidad de Londres.

¹ *Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva* 2001 Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Estudio financiado por el Programa Sectorial de Estudios de las Mujeres y del Género del Plan Nacional I+D. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

² Género: construcción sociocultural que se elabora en torno a la diferenciación genética entre hombre y mujer.

³ Etnia: características culturales, fenotípicas, religiosas, lingüísticas, de costumbres de una población.

reproductiva y cómo las diferencias culturales pueden no ser comprendidas por los profesionales de la salud, derivando en un peor servicio en la comunidad de Madrid.

Palabras clave: Salud reproductiva; etnicidad; género; migración.

This article is based on a study that deals with how gender and ethnicity as well as other factors such as socio-economic background and legal status in Spain may influence the unequal access of immigrant women to reproductive health care in Madrid. This article also examines immigrant women's views on the Spanish reproductive health service and native health professionals when dealing with patients who are culturally and linguistically different from them.

Keywords: Reproductive health; ethnicity; gender; migration.

INTRODUCCIÓN

Se pretende pormenorizar en aspectos referentes a las inmigrantes en cuanto a conocimientos, usos, prácticas y significados sobre la contracepción, así como en aspectos relacionados con los servicios sanitarios de salud reproductiva. Dado este su enfoque, se presta especial atención a los posibles problemas de interacción entre las percepciones de la población inmigrante acerca de todo lo relacionado con la anticoncepción y el embarazo. Debido a restricciones de espacio no se abordará en este artículo las percepciones de los profesionales que atienden a las mujeres inmigrantes, el marco de las políticas sanitarias y de educación para la salud o la incidencia de la interrupción voluntaria del embarazo entre las mujeres inmigrantes⁴.

⁴ BRAVO MORENO, Ana: *El aborto en la población inmigrante: contextualización*, enviado a OFRIM para su publicación.

OBJETIVOS

El primer objetivo de este artículo es determinar el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos y prácticas utilizadas por parte de las mujeres inmigrantes, así como canales mediante los que consiguen atención a sus necesidades de salud reproductiva y obstáculos en el acceso a una asistencia adecuada de las mismas. El segundo objetivo es explorar los significados culturales que subyacen a la salud reproductiva en los diferentes colectivos de mujeres inmigrantes, así como las posibles modificaciones y transformaciones que éstos pueden sufrir a lo largo del proceso migratorio.

Estos objetivos respondían directamente a los planteados en el III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000) en el Área de Salud, donde se señalaban como objetivos prioritarios la mejora de la salud de las mujeres a lo largo del ciclo biológico (objetivo 2.1) y la contribución a la mejora de la salud sexual y reproductiva (objetivo 2.2), mediante las siguientes actuaciones: el estudio de los cambios y las necesidades de las mujeres en relación con su salud y la valoración de las prestaciones sanitarias que ofrece el Sistema Nacional de Salud, con el fin de proponer mejoras en la atención sanitaria (actuación 2.1.1); así como la sensibilización de los/las profesionales de la salud sobre la necesidad de incorporar el punto de vista de las mujeres en la asistencia sanitaria (actuación 2.1.3). Asimismo, los objetivos propuestos entroncan con los del programa temático «Quality of life and management of resources» del 5º Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Comisión Europea, en el área específica de Investigación sobre *Salud Pública y Servicios de Salud*. Este área tiene la finalidad de incrementar la salud de los ciudadanos europeos y evaluar sistemas sanitarios, dentro de las líneas más recientes que desplazan el interés por la salud como pura biología hacia los aspectos sociales, económicos

y culturales implicados en ella, y el modo como estos aspectos inciden en la percepción, prácticas y acceso a la atención sanitaria de determinados grupos humanos. Por último, los objetivos responderían a los acuerdos adoptados en la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las Mujeres en materia de salud, celebrada en Beijing en 1995.

MARCO TEÓRICO

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2003) en la Comunidad de Madrid en el año 2001 el número de inmigrantes, en el caso marroquí era de 13.560 mujeres (38%) y de 21.899 hombres, en el caso dominicano: 9.236 mujeres (67%) y 4.593 hombres, en el caso peruano: 11.357 mujeres (59%) y 7.879 hombres y en el caso ecuatoriano: 46.336 mujeres (54%) y 38.690 hombres. Esto es en el caso de los países latinoamericanos señalados existe una feminización de la migración que ya constató Lora-Tamayo (1999) si bien en algunos colectivos, como el norteafricano y subsahariano, esta feminización es mucho menor. Algunas autoras comenzaron a hablar, refiriéndose a determinados colectivos de generización del proceso migratorio más que de feminización (Gregorio 1998; Antolín 1997).

Esta feminización de la inmigración y el hecho de que los flujos migratorios a España están compuestos esencialmente por población joven, con porcentajes que varían entre el 60% y el 80% de mujeres comprendidas entre los 20 y 40 años, según colectivos (Lora Tamayo 1999) hace que las necesidades sociosanitarias pasen en gran parte por necesidades relacionadas con la salud reproductiva: anticoncepción, ginecología, aborto, atención al embarazo, al parto y a los niños. En el estudio de Aparicio (1999) se comprobó que ésta era una demanda muy fuerte de las mujeres inmigrantes y de hecho el ofrecimiento por parte de los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid de programas de educación sexual y prevención de

embarazos no deseados se mostró como algo determinante a la hora de atraerlas hacia la atención sanitaria, aunque con variaciones según colectivos. Entre los profesionales de la salud en los CMS, ONGs, hospitales y Centros de Atención Primaria del INSALUD es frecuente la opinión de que la asistencia sanitaria no está bien cubierta ni bien enfocada en materias de sexualidad y reproducción en el caso de las mujeres inmigrantes (Aparicio 1999; Prado y Marrodán 1997).

Las desigualdades de género con respecto a la salud han sido documentadas en varios aspectos: en la mayor incidencia de determinadas enfermedades en las mujeres, como producto de roles y condiciones de vida que las perjudican más que a los hombres (Harris y Ross 1987); en los sesgos de género en las concepciones de salud y enfermedad (Broverman 1988); en la apropiación de conocimientos y habilidades de las mujeres por parte de los profesionales de la medicina (Oackely 1976); en la somatización de sus problemas de salud (Loustaunau y Sobo 1997) y en la desigualdad de acceso a la profesión sanitaria y la distribución por género de la misma (Helman 2001).

Esta clase de estudios se han enmarcado dentro de una tradición de análisis de las desigualdades en salud que comenzó centrada en la variable clase social (Durán 1983) y que, como consecuencia del desarrollo de perspectivas feministas en investigación, continuó con la pormenorización del modo cómo el género creaba también desigualdades en salud. Para el caso de la salud reproductiva la desigualdad de género se hace patente: el peso del control de la natalidad descansa exclusivamente en las mujeres, como efecto de una organización patriarcal que las considera responsables últimas tanto de tomar precauciones destinadas a evitar un embarazo no deseado, como de hacerse cargo de todo lo referente a la maternidad y del cuidado de los hijos. Sin vincular necesariamente sexualidad y reproducción, lo cierto es que para las mujeres se refuerza la cadena semántica donde lo primero puede derivar en lo segundo. El caso más extremo es aquél en el que

ni siquiera el control lo posee la mujer sino su marido, o la comunidad a la que pertenece.

En el desarrollo de la perspectiva de género en desigualdades en salud nos encontramos en el momento no ya de seguir ahondando en las desigualdades que afectan a las mujeres sino de profundizar en las diferencias entre ellas, que hacen que ciertos grupos de mujeres sean más vulnerables que otros. Es esta la línea propuesta por Graham (1987) que ha investigado las diferencias en la experiencia de salud entre mujeres negras, en comparación con mujeres blancas en relación con la búsqueda de consejo ginecológico. En este mismo sentido se han llevado a cabo algunas investigaciones en el ámbito anglosajón acerca de cómo en el área de planificación familiar las necesidades de las mujeres pertenecientes a la clase trabajadora o las que pertenecen a grupos étnicos minoritarios son peor atendidas y cómo se falla en conectar con las propias especificidades que muchas de estas mujeres presentan (Doyal 1991; Wilton 1994) e ignoran a los hombres como grupo co-responsable de la salud reproductiva, rechazando la posibilidad de que los hombres podrían jugar un papel pro-activo y positivo junto a las mujeres en la promoción de su propia salud, la salud de sus familias y comunidades (Stenberg 2000). Otra investigación realizada por el Brent Community Health Council (1981) reveló que a las mujeres negras se les prescribía un determinado tipo de anti-conceptivo oral el doble de veces que a las blancas a causa de un sesgo de los centros de salud que las percibían como ignorantes y poco fiables.

Las diferencias étnicas

El análisis de la situación de las mujeres inmigrantes marroquíes y latinoamericanas en cuanto a su desarrollo humano en las sociedades de origen muestra que éstas experimentan un déficit pronunciado en la satisfacción de sus necesidades humanas básicas, con relación a los hom-

bres. Desde 1995, con la incorporación del Indicador de Desarrollo de la Mujer, luego transformado en Indicador de Desarrollo de Género o IDG, el PNUD ha ido consignando los valores cuantitativos de esas diferencias en la satisfacción de necesidades humanas entre sexos en todos los países. Una de las primeras conclusiones obtenidas entonces es que ni siquiera en los primeros países del ranking en materia de desarrollo humano existe una equidad en esta satisfacción. Evidentemente, también se ha concluido que cuanto menor índice de desarrollo humano mayor es la diferencia entre hombres y mujeres (Informe sobre desarrollo humano 2000:153), según se aprecia en la siguiente tabla:

DATOS BÁSICOS DE DESARROLLO HUMANO DE LOS PAÍSES DE ORIGEN Y ESPAÑA

PAÍSES	IDH ⁵ Clasificación	IDG ⁶ Clasificación	Tasa anual de crecimiento demográfico (%)	Tasa de fecun- didad total (hi- jos por mujer) 1995-2000	Prevalencia del uso de an- ticceptivos 1990-1999
Marruecos	124	103	2	3,1	50
República Dominicana	87	73	2,1	2,8	64
Perú	80	70	2,2	3	64
España	21	21	0,5	1,2	59

Fuente: Informe sobre desarrollo humano 2000. Madrid, Mundiprensa, 2000. pp. 161-162 y 223-24.

⁵ IDH: Índice de Desarrollo Humano año 1998. Del total de 174 países analizados, 46 figuran en la categoría de desarrollo humano alto (entre ellos está España), 93 en la de desarrollo humano mediano (están los tres consignados) y 35 se hallan en la categoría de desarrollo humano bajo.

⁶ IDG: Índice de Desarrollo relativo al Género, año 1998. El total de países calculados es de 143. La clasificación de IDG inferior a la clasificación según el IDH indica que «los logros medios en desarrollo humano no han sido distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres».

Entre los fenómenos de los últimos veinte años, se aprecia un proceso global que se ha denominado «feminización de la pobreza», que guarda una relación estrecha con la crisis del modelo de familia patriarcal (Filgueira 1996; Scherzer 1994). El número de hijos nacidos es la expresión y referencia concreta de la maternidad. Sobre este aspecto, surge la pregunta: ¿Cuáles son las características de la fecundidad diferencial entre las mujeres inmigrantes y las nativas en edad fértil? La hipótesis en la que se basa este estudio es que existe una fecundidad diferencial, producida por el arrastre de la misma desde la sociedad de origen (3 hijos o más por mujer) a la de recepción (cerca de 1 hijo por mujer), como se ha visto en el cuadro anterior. Sin embargo, no está claro el hecho de que esta conducta diferencial sea permanente, es decir que se mantenga durante toda la vida fértil de las mujeres inmigrantes o que, por el contrario, se modifique, aproximándose al comportamiento de las mujeres nativas. En esta dirección el estudio de Jalal Abbasi-Shavazi y McDonald (2000) demuestra que la fecundidad de las mujeres italianas y griegas inmigrantes en Australia sigue los patrones reproductivo de las mujeres australianas.

El planteamiento que subyace a todas estas propuestas es la consideración de que la variable género no puede ser tomada al margen de otras como la clase social o etnia, pues éstas modulan las diferentes experiencias que las mujeres tienen de la salud. Considerar lo contrario, es decir, tomar el género como determinación que se muestra en su forma pura, sería ocultar la diversidad de determinaciones con las que se construyen los sujetos (Burin 1996). Durante la pasada década los estudios de género se han visto, pues, obligados a reconocer la diversidad de la experiencia de las mujeres, deshaciéndose del falso concepto totalizador de «la mujer» y uno de los máximos desafíos ha sido teorizar las relaciones entre género y etnia en la producción de las desigualdades que afectan a las mujeres (Maynard 1994).

Dentro del marco de análisis que se propone aquí, las mujeres inmigrantes poseen una serie de particularidades

que las hacen más vulnerables a la desigualdad en el acceso a la salud reproductiva. Estas especificidades están relacionadas fundamentalmente con la etnia y aunque luego estas variables puedan verse atravesadas por otras que agraven o moderen dicha desigualdad, como la situación legal, la estructura familiar (especialmente en el caso de las mujeres solas con cargas familiares), el nivel educativo o la dedicación a la prostitución. La etnia ha de ser considerada como un factor que afecta de múltiples maneras. Por un lado se muestra enormemente relevante en cuanto factor organizador de la percepción y evaluación por parte de los profesionales sanitarios. Esto, a su vez, se manifiesta de dos formas diferentes: tanto por exceso como por defecto.

Aparicio (1999) desarrolla la cuestión de la sobreinterpretación que efectúan los profesionales cuando achacan a la cultura de la paciente parte de sus dificultades relacionadas con la continuidad de los tratamientos o la comunicación efectiva con la misma. En numerosas ocasiones lo que se produce es una confusión, por parte del/la profesional entre cultura y otras variables sociales que pueden ser incluso compartidas con población española: como la precariedad o el bajo nivel educativo. Esta sobreinterpretación tiende a encapsular a las inmigrantes de países en desarrollo en categorías informadas más por los estereotipos que por el conocimiento de los elementos étnicos concretos que pudieran estar obstaculizando la relación profesional-paciente. Se toman, además, las culturas de origen de las mujeres inmigrantes como un todo totalizador y homogéneo obviando las diferencias dentro de una misma cultura, en vez de tomar como referencia el contexto migratorio, como proceso de transformación y reconstrucción creativa por parte de las inmigrantes.

Por otro lado se da el caso de que la variable etnia está subvalorada, es decir, situaciones en las que sí es relevante y, sin embargo, el/la profesional no acierta a verlo. El manejo de la prescripción de anticonceptivos, por ejemplo, desde una perspectiva exclusivamente biológica —como

un fármaco— conduce a asumir que su éxito está garantizado con independencia de otras variables sociales y culturales. Esto ha provocado innumerables quebraderos de cabeza en torno a los «fallos». Como bien afirma Méndez (1987) cuando se habla de fallos de anticoncepción lo que se está asumiendo es que es un fallo del uso de la mujer, cuando no se las tilda de irresponsables o ignorantes. La cuestión subyacente a este tipo de problemática es una discordancia entre la manera en que enfoca el/la profesional la práctica anticonceptiva y la manera de enfocarlo de las mujeres inmigrantes que accede al servicio. Sobre todo, una falta de sensibilización hacia las diferencias entre las mujeres en las maneras de anticipar y afrontar un embarazo no deseado, que no sólo pasan únicamente por carencias informativas, como durante muchos años se ha creído.

De hecho, la investigación realizada en España hasta el momento muestra que no es un problema de desconocimiento y se apunta hacia los factores socioculturales como elementos más determinantes a la hora de evaluar el cómo y el por qué de las prácticas anticonceptivas de las inmigrantes (Prado 1997). La incomunicación profesional-paciente no pasa sólo por la barrera del idioma, sino también por el recurso constante a la explicación de las dificultades que se presentan en términos de superstición, irracionalidad o ignorancia, fruto de las percepciones que algunos profesionales tienen de las mujeres de algunos colectivos inmigrantes como presas de un sistema patriarcal férreo o incapacitadas para tomar decisiones adecuadas. Esto deriva no sólo en diagnósticos erróneos o decisiones terapéuticas equivocadas, sino que crea desigualdades en la atención médica, un entorno hostil y un racismo creciente (Muyneck 1997). A este respecto podríamos beneficiarnos enormemente de la experiencia de otros países en cuanto a la utilización de mediadoras en salud pertenecientes a la misma cultura que la usuaria (Verrpt y Louckx 1997). El mayor problema con que se han enfrentado otros países europeos a la hora de intentar discernir la problemática

existente en torno a la cuestión reproductiva ha sido el empeño de tratarla como un asunto meramente demográfico y estadístico. La procreación, la reproducción, la fecundidad y la maternidad no son sólo fenómenos biológicos, sino también hechos simbólicos donde el sentido es producido y reproducido en el seno de un contexto sociocultural y económico dado. Sin duda, los elementos que intervienen en la determinación de la fecundidad son complejos y se modifican a lo largo del tiempo. De este modo, un hecho objetivo externo, como las severas restricciones al establecimiento de nuevos inmigrantes en España y la posibilidad de escapar de ellas mediante el alumbramiento en territorio español, puede jugar un papel en el aumento del nacimiento de niños de madres extranjeras. Así, puede verse involuntariamente incentivada la fecundidad de las inmigrantes como forma de escapar de las restricciones de la política migratoria en España. El embarazo y el parto en España están resultando un mecanismo eficiente para conseguir una situación especial de entrada o, al menos, de no deportación de inmigrantes que ingresan sin papeles, constituyendo el fenómeno conocido como «niños-ancla»⁷.

Con respecto a la salud reproductiva y la atención sanitaria han surgido una serie de interrogantes, que se han visto reflejados también en los instrumentos de medición. Los puntos de vista de las mujeres inmigrantes, sus valores y experiencias previas ¿influyen de manera determinante en el uso de los anticonceptivos y en la planificación familiar en general durante la vida en España? O, por el contrario, ¿el acceso más fácil a los métodos anticonceptivos a partir de los servicios de salud y los cambios sociales pro-

⁷ El embarazo se ha convertido en una especie de visado para las mujeres que entran en España de manera irregular. Hasta el momento, no se conoce ningún caso de una mujer que haya sido repatriada estando embarazada. De hecho, la actual Ley 4/2000 sobre Extranjería establece expresamente que no podrá expulsarse a las mujeres en estado, independientemente de su situación legal, porque puede suponer un riesgo para la gestación o para la salud de la madre. Por este motivo, se ha acuñado el término de «niños-ancla».

vocados por la inmigración pueden hacer variar las prácticas en este sentido?

La hipótesis que se desea contrastar es que la oferta sanitaria puede ampliar la oferta de métodos anticonceptivos y de planificación, pero la práctica y valores previos de las mujeres inmigrantes pueden ser determinantes en la selección del método. Las decisiones de las mujeres relativas al uso, falta de uso o discontinuidad del uso de un método pueden verse afectadas por las percepciones que tengan en cuanto a los riesgos y los beneficios de la anticoncepción, las inquietudes relativas a la forma en que los efectos secundarios pueden influir en sus vidas cotidianas y el juicio en cuanto a la forma en que ciertos métodos pueden afectar las relaciones con sus compañeros u otros familiares. Sin un marco de comprensión que permita interpretar de forma adecuada las categorías de percepción desde las que las inmigrantes encaran el hecho reproductivo con todas las connotaciones y significados que para ellas tiene, no se estará preparado/a para ofrecer una atención sanitaria adecuada que contribuya al fomento de la autoestima, la libertad y la capacidad de decisión que les permita organizar su vida y evitar embarazos no deseados.

LIMITACIONES

El diseño de la muestra exige una serie de matizaciones. Hacer un muestreo estadístico con población inmigrante presenta diversos problemas que no existen cuando se trata de obtener una muestra sobre la población autóctona. El cálculo de la población de mujeres inmigrantes extracomunitarias residentes en la Comunidad de Madrid es difícil de cuantificar. Hay que contar con un elevado número de población irregular, cuya estimación difiere según las distintas fuentes. Por otra parte las categorías utilizadas son conceptualmente oscuras a efectos de registro estadístico. La dificultad de tratar estadísticamente la salud reproductiva del universo de las mujeres inmigrantes en la Co-

munidad de Madrid es la falta de datos publicados. Según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), contactadas para este estudio, no hay datos publicados sobre las mujeres extranjeras por falta de representatividad. En la encuesta que el INE realizó de noviembre de 1998 a febrero de 1999 a una muestra de 7.749 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) los datos referentes a las mujeres extranjeras residentes en España se consideraron no representativos y no se publicaron. Así los siguientes organismos no explotan los datos de nacionalidad de las inmigrantes en sus estadísticas: el INE, la Consejería de Presidencia y Hacienda de la Comunidad de Madrid, el Gabinete de Estudios del INSALUD, la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, los hospitales y los Centros de Salud. De tal forma que se mide la nupcialidad, la fecundidad, la natalidad, el uso de anticonceptivos y la interrupción voluntaria de embarazo de las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid al margen de su nacionalidad o lugar de procedencia. Por ejemplo hasta el año 1998 en los Centros Municipales de Salud figuraba un único código de nacionalidad «español/a» en el formulario que debía rellenarse para el registro del centro. A partir de 1998 se añadió la clasificación de «extranjero/a», que define a toda persona de nacionalidad diferente a la española o bien con doble nacionalidad nacida en el extranjero. Recientemente las/los trabajadoras/es sociales de la mayoría de los centros municipales han incluido el código de «nacionalidad». Los servicios o departamentos de los hospitales siguen codificando a las personas como españolas o extranjeras. No se registran la nacionalidad o las características étnicas como norma estandarizada para todos los centros sanitarios (Jansa 1995). No es posible investigar estadísticas poblacionales relativas a la población inmigrante más que mediante aproximaciones, no exentas de problemas de validez. Si un estudio se basa en los registros de población sufre las limitaciones mencionadas. Asimismo es precisamente entre la población inmigrante más reciente donde se da un mayor riesgo sanitario y es es-

ta población la que cambia con mucha frecuencia de residencia. Por lo tanto no se encuentran registrados. Teniendo en cuenta estas condiciones, la muestra que se propone no puede aspirar a una representatividad estadística normativamente entendida. Se trataría entonces de obtener una muestra lo suficientemente amplia como para poder captar o aprehender las diferencias que, tal y como se hipotetiza, pueden mostrar los diferentes colectivos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Está compuesto de dos fases: fase cuantitativa y fase cualitativa. En la primera se elaboró un cuestionario destinado a recoger conocimientos, prácticas y canales de acceso a la salud reproductiva, así como principales problemas percibidos en torno al tema. Se procedió después a establecer una comparación con aquellos datos disponibles en fuentes secundarias.

Muestra

La muestra está compuesta por un total de 250 mujeres pertenecientes a las poblaciones objeto de estudio: marroquíes (93 mujeres encuestadas), dominicanas (80) y peruanas (77). Los criterios para la selección de la muestra fueron los de edad, años de residencia en España, situación legal, estado civil, nivel educativo, número de hijos, nivel socioeconómico y ámbito de procedencia (rural/urbano), con una afijación, dentro de lo posible, proporcional a la representatividad que tenía cada una de las variables dentro de la población total.

Fase cualitativa

Para superar una perspectiva meramente estadística acerca de cuántas mujeres inmigrantes conocen y cuántas

emplean o no métodos anticonceptivos se empleó un método cualitativo: entrevistas en profundidad que permitieron acceder a los significados que estas mujeres otorgan a todo el universo simbólico constituido por la salud reproductiva. Los criterios de selección de la muestra fueron los mismos que los de la fase cuantitativa estratificándose la misma de acuerdo a la representatividad que tenía cada una de las variables dentro de la población total. El número de entrevistas realizadas fue de veintiuna, habiéndose fijado en el proceso de investigación, atendiendo a la saturación del discurso. El área de muestreo fue la Comunidad de Madrid.

LAS MUJERES INMIGRANTES

Con el objetivo de dibujar un mapa que represente las particularidades de las mujeres inmigrantes de la muestra se perfilarán sus características. Posteriormente con relación a su salud reproductiva se abordará en primer lugar el conocimiento de métodos anticonceptivos y prácticas. Esto es, se tratará el tema del uso de métodos anticonceptivos en sus países de origen, qué métodos utilizan desde que residen en España y cómo perciben los métodos anticonceptivos.

Las mujeres de la muestra se caracterizan por haber procedido de zonas urbanas en sus países de origen. Llegaron a España durante los últimos diez años, el grupo más asentado es el marroquí, con poca diferencia le sigue el grupo dominicano y finalmente el peruano. En su mayoría son mujeres que disfrutan de una situación regular en España y en lo que refiere al aspecto educativo son las peruanas las que poseen un nivel más alto de instrucción, en su mayoría de educación secundaria. Le sucede el grupo de mujeres que han recibido una educación primaria (25%) y universitaria (22%). Mientras que las dominicanas, en su mayoría, han recibido una educación primaria (41%), aunque también se destaca un 34% que ha alcanza-

do el nivel de educación secundaria. Finalmente un 19% de mujeres marroquíes no ha recibido ninguna educación en comparación con las hispanohablantes que han asistido al menos 5 años a la escuela. La educación influye en los modelos de nupcialidad que a su vez modifican los patrones de fecundidad. Algunos estudios han demostrado la relación directa entre el aplazamiento del matrimonio y el descenso de la natalidad (Schoenmaeckers 1999; Heim y Austin 1997). La proporción de mujeres casadas o que conviven con su pareja supera a la de mujeres solteras. Es importante apuntar que el 50% de las mujeres dominicanas conviven con su pareja. Además el número de divorcios en todos los colectivos, especialmente en el grupo de las dominicanas y de las marroquíes se ha incrementado desde su llegada a España. Con referencia a las condiciones socioeconómicas de las mujeres encuestadas la mayoría de las peruanas (80%) y dominicanas (71%) trabajan fuera de casa y el porcentaje de marroquíes que trabaja (59%) supera al porcentaje que no trabaja (41%). Por lo tanto un número considerable de mujeres marroquíes que se encuentra en Madrid trabajan solamente en el ámbito doméstico. Aunque como se verá más adelante tienen trabajos esporádicos o de contrato eventual, pero su labor principal se desarrolla en la casa. Mientras que en el caso de las hispanohablantes el trabajo remunerado que realizan fuera de casa se suma al trabajo en la esfera doméstica y a la atención a los hijos.

Las marroquíes encuestadas se reparten entre los sectores de servicio doméstico externo (41%) y la hostelería (27%): camarera, cocinera. Las dominicanas se distribuyen entre el servicio doméstico externo (28%), el interno (23%) y, en tercer lugar, la hostelería (14%) en cuarto al cuidado de niños o ancianos (9%). En tanto que las peruanas encuestadas se dedican al servicio doméstico externo (42%), al servicio doméstico interno (19%) y en una proporción menor a cuidar niños o ancianos (14%). Por lo tanto, la mayoría de las encuestadas trabaja en el servicio doméstico externo en mayor proporción que en el servicio

doméstico interno aunque en el caso de las dominicanas el número esta bastante equilibrado. En el colectivo dominicano destaca el elevado predominio femenino, tres de cada cuatro son mujeres y su especialización profesional en España es el servicio doméstico: cuatro de cada cinco personas con empleo (Romero Valiente 2000:2). Cuando se realizó la encuesta la mayoría de las mujeres encuestadas estaba trabajando. El porcentaje de mujeres con contrato eventual superaba al porcentaje de mujeres con contrato fijo. Aunque había tantas peruanas con contrato fijo como con contrato eventual. Entre las mujeres que no trabajaban por un salario en el momento de la realización de la encuesta se encontraban en primer lugar las marroquíes y las peruanas con el mismo porcentaje 23% y en segundo lugar las dominicanas con un 19%. Las trabajadoras inmigrantes se enfrentan a unas condiciones laborales específicas de la actividad; irregularidad, escasas prestaciones sociales, desvalorización social a las que se añaden las de su propia circunstancia como inmigrante, choque cultural, desarraigo del pasado y los orígenes, además de los problemas derivados de la política de inmigración. El servicio doméstico y el cuidado de niños y ancianos se enmarca en un ámbito privado que no sólo dificulta su regulación sino también la labor de la inspección con el propósito de controlar el cumplimiento o no de las condiciones laborales.

PATRONES REPRODUCTIVOS

Número de hijos en las familias de origen

La mayoría de las madres de las encuestadas han tenido familia numerosa, esto es las mujeres de los tres colectivos tienen de cuatro a seis hermanos aunque en el colectivo marroquí también se destaca el 31% de las mujeres que tienen de siete a nueve hermanos. En el caso de las mujeres dominicanas y peruanas la proporción de mujeres que han tenido de uno a tres hermanos sigue al grupo de

mayor proporción 39% y 47% respectivamente que han tenido de cuatro a siete hermanos. Se concluye con estas cifras que para la mayoría de las encuestadas la familia numerosa era la norma en sus familias de origen en sus países respectivos.

Descendencia de las encuestadas

La mayoría de las mujeres encuestadas tuvo descendencia antes de emigrar a España: el 79% de marroquíes, el 74% de dominicanas y el 60% de peruanas. Destaca el colectivo marroquí con dos hijos (27%), uno (16%), tres (15%), cuatro (9%), cinco (9%), seis (1%), siete o más (2%). Las dominicanas suceden a las marroquíes en el número de hijos; el 19% ha tenido un hijo, el 14% cuatro hijos y el 12% ha tenido dos y tres hijos respectivamente, cinco (5%), seis (6%), siete o más (6%). Las peruanas con relación a los otros dos colectivos son las que menos hijos han tenido, se destaca un 23% de mujeres que han tenido un hijo y un 13% que ha tenido dos hijos, tres (5%), cuatro (5%), cinco (5%), seis (3%), siete o más (3%).

Por lo tanto el patrón reproductivo de estas mujeres hasta la actualidad contrasta con el de sus familias de origen en todos los grupos descritos y se concluye que ha habido un descenso de la natalidad respecto a sus madres, hasta el momento. Hay que tener en cuenta que estas mujeres están en su mayoría en el grupo de edad más fértil, entre los 20 y 39 años, y que seguirán teniendo hijos. Puede haber una tendencia a un crecimiento en cantidad de hijos por mujer cuando aumenta la edad de las encuestadas. Probablemente dos factores hayan incidido en la disminución de la natalidad: primero, el que el nivel de estudios de estas mujeres sea más elevado que el de sus madres, lo cual implica una educación más prolongada y por tanto el aplazamiento en la edad del matrimonio o convivencia de hecho (la edad media de las mujeres residentes de la Comunidad de Madrid que contraen matri-

monio es de 29,49 años). Segundo, el que los españoles hayan imitado desde 1975 la tendencia a una baja nupcialidad, generalizada en los países desarrollados, pues aunque la nupcialidad ya no disminuye, la disminución habida se ha vuelto estable.

La conjunción pues de una nupcialidad menos numerosa y marcadamente retardada ha conducido en España, como en otros países de tradición religiosa, a una disminución de la natalidad, pues por una parte —al contrario que en los países escandinavos— se mantiene una marcada relación entre nupcialidad y natalidad; y por otra parte la edad media de la madre residente en la Comunidad de Madrid al nacimiento de su primer/a hijo/a es de 30 años (INE 2000:2). Así entre nosotros la tasa de natalidad ha llegado a ser la más baja de Europa. De todas maneras se están incrementando también en España la natalidad fuera del matrimonio, que por ahora sólo representa un 11 % (Fernández Cordón 2001; en Francia casi 40%).

Más adelante se analizará qué otros factores han contribuido al descenso de natalidad de las mujeres encuestadas respecto a sus familias de origen. La proporción de mujeres que ha tenido hijos en sus países de origen supera al porcentaje de mujeres que han tenido hijos en España con la excepción de las mujeres marroquíes. Es decir hay un 54% de mujeres marroquíes, un 76% de dominicanas y un 71% de peruanas que tuvieron algún hijo en sus países de origen mientras que en España un 63% de mujeres marroquíes, un 34% de mujeres dominicanas y de peruanas respectivamente han tenido hijos en el país de acogida. De esta forma el único grupo que ha aumentado la fecundidad es el marroquí en un 9%, hasta el momento. El colectivo dominicano y peruano ha reducido su fecundidad a menos de la mitad en comparación a la fecundidad en sus países de origen.

El número de mujeres marroquíes que ha tenido un hijo en España (35%) está muy cercano al número de mujeres que no ha tenido ningún hijo hasta el momento (36%). También hay un número significativo de mujeres que ha

tenido dos hijos (23%). Sin embargo en el caso dominicano y peruano se observa claramente que un elevado porcentaje de mujeres no ha tenido hijos en España: el 65% en ambos casos. Por lo tanto se podría elaborar la siguiente hipótesis: las mujeres marroquíes se casaron en Marruecos, sus maridos emigraron a España y cuando los maridos encontraron trabajo en España las esposas y los hijos inmigraron gracias a la legislación de reunificación familiar, se asentaron en España y continuaron su descendencia con una tendencia positiva, las mujeres que no habían tenido hijos en Marruecos comenzaron su descendencia en España.

Según Florentina Álvarez, antigua subdirectora del INE a cargo de la Estadística de Fecundidad, que disponía de datos sobre índices de fecundidad y fertilidad desglosados por nacionalidad, la población extranjera residente en España no llegaba al 2% del total cuando ella realizó su estudio (1997) y en la Comunidad de Madrid era del 3% (Álvarez Álvarez 2001:74). Entonces, de un total de 369.035 nacidos, 14.002 eran de madres de nacionalidad extranjera. Y en Madrid de un total de 48.722 nacimientos, 3.438 fueron de mujeres de nacionalidad extranjera, lo cual supone un 7,06%, casi el doble que para el total de España (3,79), siendo la tercera comunidad más importante respecto a esta natalidad después de Ceuta, Melilla y Baleares. La edad media de las madres de nacionalidad extranjera era de 28 años, dos años menos que para las españolas.

El siguiente paso en la construcción de este mapa de comportamientos de salud reproductiva de las mujeres encuestadas es averiguar si utilizan o utilizaron métodos anticonceptivos y cuáles son, tanto en sus países de origen como en España; asimismo qué eficacia perciben las mujeres encuestadas en el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto comenzaremos con los métodos que utilizaban estas mujeres en sus países de origen.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Utilización en los países de origen

Las marroquíes encuestadas son las que más utilizaban métodos anticonceptivos de mayor garantía de prevención de embarazos en su país (62%). El método anticonceptivo más utilizado era la píldora (46%) y otros métodos preventivos como el DIU (9%) o el preservativo (7%). Se observa también que un 23% utilizaban o bien el método de coitus interruptus (16%) o el ogino (7%).

Las dominicanas encuestadas constituyen el colectivo que utilizaba más métodos poco seguros (54%). Éstos son el coitus interruptus (36%) y el ogino (18%). Este porcentaje excede al número de mujeres que utilizaba un método anticonceptivo efectivo como el DIU (5%), la píldora (28%) o el preservativo (5%).

El 55% de mujeres peruanas utilizaban métodos más efectivos que las dominicanas como la píldora (20%), el DIU (20%) o el preservativo (15%) aunque un 38% practicaban el método de coitus interruptus y/o el ogino. Los métodos coitus interruptus y ogino no se consideran métodos anticonceptivos médicos como la píldora o el dispositivo intrauterino (DIU) o métodos de barrera como el preservativo masculino⁸, el diafragma o el preservativo vaginal. El método de coitus interruptus o el método ogino no ofrecen garantías de prevención de embarazo. De hecho hay un alto porcentaje de mujeres, que utilizando estos métodos, se quedan embarazadas.

En síntesis son las marroquíes (62%) y las peruanas (55%), las que más empleaban métodos anticonceptivos efectivos como la píldora y el DIU mientras que las dominicanas utilizaban métodos que no garantizan la prevención

⁸ El término «preservativo» se utiliza en este artículo para referirse al preservativo masculino, en caso contrario se especificará «preservativo vaginal».

de embarazos (54%) como el coitus interruptus y el ogino. Probablemente sea ésta la razón de la alta natalidad de las mujeres encuestadas en su país de origen. De hecho las dominicanas se destacan por haber tenido 3 hijos en su país.

Dificultades en el acceso y en la utilización de métodos anticonceptivos en el país de origen

Las razones de la alta natalidad en los países de origen son varias como exponen las siguientes entrevistadas: el coste de los anticonceptivos, el difícil acceso a un médico que pudiera prescribir el anticonceptivo adecuado, la percepción de los métodos anticonceptivos como perjudiciales para la salud, las creencias religiosas, la provisión —en Marruecos— de anticonceptivos solamente a las mujeres que demuestran estar casadas; así como la percepción de algunas marroquíes de que la procreación evitará el abandono de sus maridos. Una entrevistada revela que los habitantes que viven en la sierra de Perú, por su bajo nivel instructivo y económico, desean tener familia numerosa:

La gente que recién llega de la sierra quiere tener muchos hijos, porque se supone que son los hijos los que van a ayudar a la economía familiar.

La transición demográfica de modos de reproducción de alta fecundidad a otros de baja fecundidad depende en general de la aparición de nuevas condiciones materiales que crean unos equilibrios económicos negativos para las familias numerosas. La ampliación de oportunidades de empleo burocrático, comercial y técnico modifica rápidamente las preferencias de la cantidad a la calidad. Un/a hijo/ de campesinos pobres, liberado/a de las tareas domésticas y de la pequeña producción preindustrial de artículos básicos, mantenido en la escuela e impulsado a convertirse en médico/a, burócrata, hombre/mujer de negocios o profesor/a, puede aportar una corriente mayor de beneficios a los padres y hermanos que cinco hijos que se quedan en casa y hagan trabajos de poca monta (Harris y Ross 1987).

El número de hijos/as que se tiene también está influido por las creencias religiosas como lo explica Elsa, una mujer de 40 años, casada y con 5 hijos; auxiliar de enfermera en la República Dominicana y doméstica interna en España:

Como me crié con las monjas, la iglesia no está de acuerdo con el control de la natalidad. Yo era consciente de que existían métodos: el aparatito, las pastillas, preservativos... todo esto se conoce y la gente tiene facilidad de utilizarlo porque en los hospitales de salud pública se lo enseñan a uno. Pero como tenía mis creencias, lo que hacía era controlarlo con el método natural y me salió bastante bien aunque en 2 ocasiones falló.

Alicia, dominicana de 32 años casada con cuatro hijos, estudiante de profesión en su país y doméstica interna en España, corrobora la falibilidad del «método natural»:

Yo no tenía la idea de tener cuatro hijos lo que pasa que una no tiene esa mentalidad allí (de decidir cuántos hijos quiere tener) una lleva el método del ritmo que falla muchas veces, y ese me falló a mí. Una vez que una está embarazada, hay que parir, lo que pasa que una no se protege mucho.

Otras entrevistadas hablan de las experiencias negativas que han sufrido con los anticonceptivos. Una mujer peruana de 30 años, con estudios de postgrado, habla de los efectos de la píldora anticonceptiva para la piel y dos entrevistadas dominicanas comentan los efectos secundarios de la pastilla y del DIU que ellas experimentaron:

Yo conocía a personas que habían tomado la píldora y les habían salido manchas en la piel.

Tenía el aparatito (DIU) pero me lo quite después de una semana por el dolor. Dejé de tomar la pastilla después de un mes porque me dio náusea. Las pastillas son malas.

Unas pastillas me daban dolor de cabeza, otras ansiedad, otras me engordaban hasta que probé unas que me van bien.

Una entrevistada marroquí explica cómo se percibe el uso del preservativo, la píldora y el DIU en Marruecos:

Hay una mentalidad, de una mayoría de hombres que ve muy mal usar el preservativo y no lo acepta: «les quita sensación». Las mujeres tienen miedo de tomar la píldora antes de casarse porque piensan que cuando se casen no van a poder tener hijos, también piensan que la píldora engorda. Lo que se usa más es la marcha atrás, el ogino y el DIU; pero éste último cuando ya han tenido hijos.

Otra mujer marroquí explica el significado que la maternidad numerosa cobra para algunas de sus compatriotas:

Algunas mujeres piensan que si tienen hijos y ellas trabajan en casa el marido las va a querer más por haber concebido a sus hijos. Cuantos más hijos tiene, según esta lógica, el marido más querrá a la mujer... como estos hijos son de su marido y él debe mantenerlos entonces nunca abandonará el hogar. Ésta es una idea falsa porque hay muchos maridos que dejan a sus mujeres a pesar de que éstas han tenido 6 ó 7 hijos.

Un temor que tienen algunas mujeres entrevistadas es que el preservativo «vaya a quedarse dentro». Éstas razones son al mismo tiempo obstáculos para la protección contra el SIDA. Otra creencia es utilizar el periodo de lactancia como método para la prevención del embarazo. El porcentaje de mujeres que tienen experiencia con el uso de anticonceptivos, que los han usado o los usan actualmente es mayor en el caso de mujeres con escolaridad alta (secundaria o universitaria).

Según los datos cuantitativos y cualitativos de esta muestra las mujeres sabían de la existencia y de la variedad de métodos anticonceptivos en sus países de origen. Sin embargo los factores que influyeron en la utilización irregular de la planificación familiar fueron los siguientes:

la percepción y/o experiencias negativas que algunas encuestadas describen al haber utilizado anticonceptivos; la situación económica de ciertos sectores de la población peruana, marroquí y dominicana; razones religiosas como aducen las dominicanas entrevistadas; el miedo al abandono del esposo y la limitación en la utilización de anticonceptivos a las mujeres casadas en el caso de las mujeres marroquíes.

Esterilización

Es de destacar el bajo porcentaje de mujeres que eligió el preservativo como método anticonceptivo en sus países de origen: sólo un 5% de dominicanas, un 7% de marroquíes y un 15% de peruanas. También resalta el hecho de que 18% de dominicanas y 13% de peruanas hayan elegido un método quirúrgico definitivo como es la ligadura de trompas. Método que se elige cuando las mujeres ya tienen una familia numerosa a una edad en la que todavía son fértiles, de esta manera se evitan tanto los embarazos como su planificación. Ambas medidas, la decisión propia o impuesta de no utilizar el preservativo y la elección de la ligadura de trompas frente a la vasectomía, reflejan que en los tres colectivos la responsabilidad de la prevención de embarazos recae notablemente sobre las mujeres en sus países de origen.

Un estudio realizado en la República Dominicana (Verrijp 1997) basado en una muestra de 140 mujeres dominicanas de clase trabajadora 38 estaban esterilizadas; la mitad de las entrevistadas esterilizadas tenía 34 años de edad o menos y la mujer más joven tenía 21 años. La tasa de fecundidad de la mujer esterilizada era en término medio de 4.8 hijos por mujer. Muchas mujeres iniciaban la reproducción a edades tempranas y tenían sus hijos de seguido de acuerdo con el patrón tradicional (Verrijp 1997:75). A edades cada vez más tempranas, se usaba la esterilización como forma de poner fin a la fecundidad

(Paiewonsky 1995). La mayoría de las mujeres esterilizadas se hicieron la operación por problemas de salud, como riesgo de otro embarazo. En muchos casos la esterilización directamente después de parir, a veces cuando estaba inconsciente se tomó la decisión entre médico y marido. Apunta este autor que la razón de no tener más hijos, por lo general, es la situación económica precaria (Verrijp 1997:78).

Relaciones sexuales pre-matrimoniales en el caso marroquí: «No sé, no contesto».

En la encuesta destaca el alto porcentaje de mujeres marroquíes que han respondido «no sé, no contesto» a la pregunta sobre la utilización de métodos anticonceptivos en el país de origen. Esta respuesta puede reflejar la ocultación de una vida sexual activa y el deseo, por consiguiente, de proteger su pudor sexual y privacidad absteniéndose de dar una respuesta explícita. De esta forma el hecho de que estas mujeres hayan podido mantener una vida sexual antes del matrimonio no se desvela.

Las mujeres marroquíes entrevistadas en profundidad revelaron que habían tenido relaciones sexuales antes del matrimonio bien con el hombre con el que se casaron o bien con otros hombres. Sin embargo todas enfatizaron la importancia de permanecer vírgenes antes del matrimonio por motivos socioculturales y religiosos. Así garantizaban la posibilidad de casarse. Por una parte se observa que estas mujeres se encuentran en una dicotomía normativa, la imposición del contexto sociocultural y religioso que exige la virginidad antes del matrimonio; y por otra parte los deseos de las propias mujeres de explorar su sexualidad. Mujeres y hombres juegan con estas reglas tácitamente. Ellas no permiten la penetración para mantener su virginidad y ellos practican el sexo con restricciones impuestas por las mujeres, si desean casarse con mujeres vírgenes. De tal forma que los hombres sólo pueden mantener relaciones

sexuales completas, esto es, que incluyen la penetración vaginal, con prostitutas o «mujeres fáciles», según las denominan las mujeres entrevistadas. De este modo los hombres ganan en experiencia sexual y cuando se casan satisfarán las necesidades sexuales de sus propias mujeres, según las entrevistadas. Las mujeres «decentes» caen en desgracia si permiten relaciones sexuales completas o son percibidas socialmente como «mujeres fáciles». Éstas representan una deshonra para su familia/comunidad y no habría un hombre que estuviera dispuesto a casarse con ellas. De hecho las mujeres entrevistadas confesaron que, cuando vivían en Marruecos, sus novios practicaban el sexo con otras mujeres con las que «llegaban hasta el final» o con prostitutas. Las entrevistadas aseveran que sus novios mantenían relaciones sexuales paralelamente a la relación que tenían con ellas. En ningún caso los hombres utilizaban el preservativo por «privarles de sensación». Las entrevistadas sabían de esta práctica sexual paralela de sus futuros esposos y la aceptaban con irritación y discusiones entre la pareja pero aceptando que «no había otra opción» ya que ellas deseaban llegar al matrimonio vírgenes por las consecuencias socioculturales que la ruptura del himen implicaría: el ostracismo por parte de familiares y de la comunidad además de la imposibilidad de casarse.

Utilización de métodos anticonceptivos en España

Si se compara la utilización antes y después de la migración las diferencias son notables en el grupo de las mujeres marroquíes: el consumo de píldoras anticonceptivas (53%) y la utilización del preservativo (23%) ha aumentado. En el grupo de las mujeres dominicanas la utilización de preservativo (32%) ha aumentado considerablemente, en su país de origen sólo un 5% de mujeres lo utilizaba. Las peruanas han incrementado en más del doble la utilización de preservativos (32%) y han aumentado también el consumo de las píldoras anticonceptivas (26%). Por lo tanto ha habido una

transformación en la utilización de métodos anticonceptivos. El siguiente cuadro muestra los cambios que se han producido en el uso de los métodos anticonceptivos.

	Píldora		Preservativo		Ligadura trompas	
	País de origen	España	País de origen	España	País de origen	España
Marroquíes	46	53	7	23	0	0
Dominicanas	28	18	5	32	18	20
Peruanas	20	26	15	32	13	19

Fuente: Cuadro de elaboración propia basado en la encuesta realizada para el estudio⁹ en que se basa este artículo.

Es significativa la disminución del consumo de píldoras anticonceptivas en el grupo de dominicanas, es posible que una de las razones sea que no tengan una pareja estable en España. Por otra parte o bien están solteras o separadas/divorciadas y utilizan un método anticonceptivo puntual (cuando hay contacto sexual) frente a un método que presupone una pareja de forma continua como es la píldora o el DIU. También ha aumentado considerablemente el uso del preservativo en el colectivo de marroquíes y de peruanas encuestadas. En resumen, las mujeres muestran un más amplio uso de los métodos anticonceptivos en España incluyendo la elección de métodos que no sólo previenen el embarazo sino que protegen contra la transmisión de enfermedades sexuales. El aumento de las parejas esporádicas o las relaciones sexuales puntuales puede haber incidido en el aumento del uso del preservativo así como la divulgación de la información sobre enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA, que ha sensibi-

⁹ *Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva*, 2001, Instituto Universitario de Estudios sobre las Migraciones. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Estudio financiado por el Programa Sectorial de Estudios de las Mujeres y del Género del Plan Nacional I+D. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

lizado a la población. Otro factor importante lo constituye la facilidad de acceso o acceso gratuito a un/a médico/a o enfermera que informe y prescriba las píldoras anticonceptivas. En lo que respecta a la eficacia percibida de los métodos anticonceptivos la mayoría de las mujeres encuestadas de los tres grupos nacionales opina que la píldora anticonceptiva es el método más eficaz seguido del preservativo. Las mujeres dominicanas consideran que la píldora y el preservativo son igualmente eficaces.

Desde el punto de vista de la comunicación oral entre paciente y médico/a revela la posible divergencia de significados que paciente y médico/a utilizan. ¿Hasta qué punto las mujeres marroquíes que no dominan el español comprenden las instrucciones médicas? Y por otra parte ¿los profesionales de la salud concluyen un diagnóstico correcto basado en la sintomatología que las mujeres marroquíes (que no dominan el español) describen? Esto se puede extrapolar al caso dominicano y peruano que aunque comparten el español con los/las profesionales autóctonos/as, utilizan términos diferentes para denominar métodos anticonceptivos o pruebas ginecológicas. En algunos casos las hispanohablantes y las marroquíes pueden expresar síntomas diferentes a los de una mujer española o enmascararlos cuando padece una infección ginecológica debido a la vergüenza que esta parte del cuerpo les produce. Los síntomas se expresan en forma de metáfora, sin describir explícitamente lo que le ocurre. Una mujer peruana, de 32 años, habla de la diferente utilización de las palabras y del pudor sexual:

Hablamos en castellano pero los términos no se utilizan de la misma manera, algunas palabras tienen un significado distinto. En España me mandaron a un ginecólogo pero a mi me daba mucha cosa que un hombre me viera mis partes. En Perú es como un tabú, me chocó que fuera un hombre; así que me busqué a una ginecóloga.

Hay casos en los que las barreras culturales impiden el correcto diagnóstico de la paciente como es el caso de mu-

jeros marroquíes que no hablan español y van con sus maridos a la consulta, el marido realiza la labor de intérprete y, por lo tanto, puede darse el caso de que la mujer no desee hablar con claridad de las preocupaciones ginecológicas o de planificación familiar que la conciernen delante de su marido por la posible represalia.

Otro ejemplo de barrera sociocultural son las preconcepciones que las mujeres tienen sobre las contraindicaciones de la píldora. Por ejemplo, algunas encuestadas creen firmemente que la píldora engorda. En sus países de origen se automedican las píldoras anticonceptivas y en España mantienen este comportamiento reproductivo originado en sus países de origen. Debido a que en sus países de origen, en muchos casos, sólo es posible acceder a un ginecólogo privado para obtener la medicación anticonceptiva las mujeres compran la píldora que ha sido recetada a una amiga o conocida. Por lo tanto, si ese tipo de píldora «no les viene bien» prueban otra que ha sido recetada a otra persona. De tal forma que una misma mujer puede estar tomando píldoras anticonceptivas de diferente composición hormonal a lo largo de un año con la circunstancia agravante de que interrumpen el tratamiento por motivos de olvido o por malestar físico y comienzan un tratamiento nuevo sin haber completado el ciclo del tratamiento anterior.

Fuentes de información sobre la planificación familiar

Para continuar el análisis del perfil de estas mujeres se necesita saber si recibieron asesoramiento sobre planificación familiar en sus países de origen y/o en España, dónde se informaron y qué información escrita poseen sobre este tema, así como sus actitudes sobre la planificación familiar en su situación actual en España. Es importante averiguar la proporción de estas mujeres que ha recibido información sobre planificación familiar en sus países de origen y en España para establecer si se ha producido un

cambio cuantitativo positivo o negativo desde que residen en España. Se deriva de la muestra que existe un porcentaje similar de mujeres marroquíes y dominicanas que ha recibido asesoramiento sexual en sus países (51% y 47% respectivamente) y de mujeres que no lo han recibido (49% y 52% respectivamente). En contraste un elevado porcentaje de peruanas (69%) ha recibido asesoramiento sobre planificación familiar en su país. Una mujer marroquí entrevistada para este estudio describe el sistema sanitario en Marruecos y cómo se accede a las píldoras anticonceptivas:

La planificación familiar no existe, sólo si vas a un médico privado. En la sanidad pública a las mujeres que demuestren con el Acta Matrimonial que están casadas, tienen que dar una copia del certificado y el Centro de Planificación les abre el expediente, entonces van cada mes y se lo dan gratis. Un médico privado te aconseja sobre planificación familiar, aunque si vives en una ciudad pequeña es mejor que no te vea nadie entrar a su clínica. La medicina está toda mal en Marruecos. La sanidad privada es carísima, la gente va al médico cuando tiene una enfermedad grave. Hay un ambulatorio en cada zona pero te tienes que llevar todo lo que necesites, si te tienes que poner una vacuna tienes que comprarla en la farmacia. A las familias numerosas: de 4, 5 ó 6 hijos, la enfermera le da un bote de pastillas (píldoras anticonceptivas) para que se las tome sin hacerle pruebas. Las mujeres funcionan con la marcha atrás, con el método ogino y nada más.

Dominicanas y peruanas entrevistadas coinciden en la falta de educación sexual que existe tanto en la República Dominicana como en el Perú:

Santo Domingo es un caos porque hay mucha niña embarazada de 12, 13 años. Yo creo que hay muy poca información sobre el sexo, las madres normalmente tienen mucho tabú. Yo fui a un colegio de monjas. Mi madre nunca me habló de cómo prevenir un embarazo. Las madres más jóvenes han cambiado. En mi país cualquiera puede tomar alcohol e ir a las discotecas, les dan

alcohol a niñas menores de 16 años y a raíz de la borrachera no controlan y pueden quedarse embarazadas.

En Perú hay mucho tabú sobre el sexo. Mi familia nunca me habló nada sobre prevención de embarazos.

Si comparamos las mismas variables en el contexto español hay un mayor número de mujeres inmigrantes marroquíes que ha recibido asesoramiento sobre planificación familiar en España (69%) que en su país de origen (51%) lo cual supone un cambio positivo respecto a Marruecos. Sin embargo las dominicanas no muestran ningún cambio: la información que reciben en España es tan insuficiente como la que recibieron en su país. El número de mujeres que no recibe asesoramiento supera al número que lo recibe tanto en su país como en España. Por último las mujeres peruanas aseguran haber recibido más información sobre planificación familiar en Perú (69%) que en España donde sólo aseguran haberlo recibido un 44%.

Personas y/o instituciones en los países de origen y en España que facilitaron información sobre planificación familiar

Se observa que la mayoría de las mujeres marroquíes y dominicanas encuestadas fueron informadas por las amigas y conocidas mientras que las peruanas fueron a un centro de educación para informarse. La segunda fuente de información más importante sobre temas de planificación familiar lo representan las madres y familiares en los tres grupos nacionales. Comparando las fuentes de información entre los países de origen y España se observa que en el caso de España la responsabilidad de informar sobre planificación familiar se traslada al sistema de salud, en este caso, al/a médico/a del ambulatorio.

En el caso de las mujeres marroquíes y dominicanas los Centros de Planificación Familiar las informaron sobre métodos anticonceptivos (40% y 39% respectivamente) en un porcentaje más elevado que el/la médico/a o enfermera

del ambulatorio. En el caso de las mujeres marroquíes la enfermera o el/la médico/a del ambulatorio (21%) es la segunda fuente de información a la que acudieron (37%). Y en el caso de las dominicanas encuestadas, el Centro de Educación (26%) y el/la médico/a o enfermera del ambulatorio (21%) representan la segunda y tercera fuente de información respectivamente. La mayoría de las peruanas, en contraste, recurrieron a las amigas o conocidas (38%) y en menor proporción a los Centros de Educación (26%) y las amigas españolas (26%). Se observa claramente que los lazos familiares y de amistad quedan atrás cuando las mujeres emigran y, por lo tanto, tienen que recurrir a una fuente externa de información fuera de su red de familiares y conocidas, la cual representaba el principal foco de información en sus respectivos países. En el caso peruano se aprecia un cambio significativo. En Perú las encuestadas acudían a los Centros de Educación (49%) y en segundo lugar a la madre y familiares (38%). Mientras que en España acuden primero a amigas y a conocidas (38%) y en segundo lugar al Centro de Educación (26%) y a amigas españolas (26%). Esto muestra que posiblemente ya existía una red de amistades o conocidas cuando estas mujeres llegan a España o que las amistades se forman rápidamente a través de asociaciones de inmigrantes del mismo país y mujeres autóctonas por una necesidad psicológica de arraigo (Espín 1996). Lisa, peruana, habla de su necesidad de cariño:

Quando llegué a España me sentía muy sola, necesitada de cariño. Mi familia se encontraba muy lejos. Aquí conocí a gente y me aferré a ellos.

Información escrita sobre planificación familiar

Se deduce de la encuesta que la mayoría de estas mujeres no recibieron en sus países o han recibido en España ninguna información escrita sobre planificación familiar. El número de mujeres que carece de información escrita

supera al número que dispone de ella. El 65% de las dominicanas, el 51% de las peruanas y el 43% de las marroquíes encuestadas no posee ninguna información escrita sobre planificación familiar. Destaca el grupo marroquí con el porcentaje más bajo de mujeres que tienen esta información en su idioma (20%) y el porcentaje más alto de los tres grupos que afirma no saber si existen folletos informativos en su idioma (35%).

ACTITUD ACTUAL RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En todos los casos la mitad de las encuestadas afirma haber controlado su fecundidad tanto en sus países de origen como en España. Se observa un porcentaje muy bajo de mujeres que dice no haberla controlado nunca, a pesar de que como se vio anteriormente un 54% de encuestadas dominicanas utilizaba en su país el método ogino que sólo el 1% consideraba eficaz o el coitus interruptus que únicamente el 5% juzgaban como un método seguro. No obstante las dominicanas consideran que a pesar de que los métodos «naturales» no sean eficaces sí intentaban controlar su fecundidad. El porcentaje de mujeres marroquíes y peruanas que asegura haber controlado siempre su fecundidad (49% y 69% respectivamente), tanto en su país de origen como en España supera a las que opinan que la controlan más en España. La mitad de las mujeres dominicanas (50%) afirma que controla su fecundidad desde que residen en España frente a un 45% que asegura haber controlado su fecundidad tanto en su país como en España.

Creencias religiosas de las mujeres encuestadas

La mayoría de las encuestadas se confiesa perteneciente a una religión, las marroquíes a la religión musulmana y las dominicanas y peruanas a la religión católica. Sin em-

bargo, se observa que casi la totalidad de marroquíes se consideran practicantes en tanto que las dominicanas y peruanas se reconocen en su mayoría poco practicantes. La práctica de la religión según las respuestas de las encuestadas dominicanas y peruanas se definiría por asistir a la iglesia, pero tienen poco tiempo para asistir debido a su trabajo y al cuidado de sus hijos. Por esta razón no se consideran muy practicantes. Para averiguar si su actitud hacia la práctica de la religión ha variado sería necesario tener más datos sobre si se consideraban practicantes en sus países de origen. Sin embargo hay que destacar el contraste entre la respuesta de las marroquíes que piensan que el aborto es un derecho de la mujer y la solución a un problema y la respuesta del 98% de las encuestadas marroquíes que se consideran practicantes de su religión. Mientras que las dominicanas y peruanas recriminaron el aborto por considerarlo un crimen contra Dios y sin embargo se sienten poco practicantes. A pesar de que el rechazo al aborto por motivos religiosos podría percibirse como una confirmación de la práctica religiosa.

Seguimiento del consejo médico durante el periodo de preparto, embarazo y postparto en España

En las entrevistas con los/las profesionales de la salud, con algunas trabajadoras sociales y pediatras surgió el tema de la falta de seriedad de las mujeres inmigrantes. Los profesionales de la salud entrevistados exponían que cuando se citaba a estas mujeres para un día y una hora concreta no se molestaban en cancelar la cita y no asistían. Por otra parte a veces aparecían el mismo día que se las había citado pero dos horas más tarde o aparecían otro día sin que se las hubiera citado esperando que se las atendiese. Esta falta de seriedad que algunos/as profesionales atribuyen a las mujeres inmigrantes, en general, se contradice con los datos obtenidos en la encuesta donde se observa que la mayoría de las encuestadas ha seguido los análisis

prescritos por el/la médico/a, representando un total absoluto en el grupo peruano. Esto difiere de las opiniones de algunas trabajadoras sociales, enfermeras y pediatras que tildan a las mujeres inmigrantes de inconsistentes a la hora de seguir un tratamiento médico o de acudir a las citas médicas cuando se les dice. En la muestra existe una consistencia casi absoluta en el seguimiento de las recomendaciones médicas cuando se refiere a los análisis del embarazo. Es posible que ese comportamiento no sea el mismo cuando se trata de una condición médica que sólo les afecta a ellas.

Los datos de la encuesta indican que la mayoría de las marroquíes ha asistido al curso de preparación al parto mientras que la mayoría de las dominicanas no lo ha hecho. En el caso de las peruanas la mitad lo han seguido y la otra no, en tanto que un 12% confiesa que han asistido irregularmente. Estos datos pueden revelar la estructura familiar de los tres grupos nacionales. Las marroquíes vienen a España por reunificación familiar y sus maridos trabajan fuera del hogar mientras que ellas trabajan dentro. En el caso de las dominicanas vienen solas, sus parejas se encuentran en su país de origen al igual que las peruanas que inmigran solas en muchos casos. Por lo tanto muchas de las dominicanas y peruanas son las únicas responsables del trabajo fuera y dentro de casa. Si asisten al curso no pueden trabajar y su trabajo es la única fuente de ingresos para poder subsistir y enviar dinero a sus países.

Los datos de la encuesta presentan una mayoría de mujeres marroquíes y peruanas que han seguido un control médico después del parto. Se observa que el número de mujeres dominicanas que no han seguido este control (35%) o lo han seguido irregularmente (25%) supera a las que lo han seguido (40%). En el grupo de dominicanas encuestadas se acentúa el patrón de falta de asistencia o asistencia irregular al curso de preparación al parto o al seguimiento de un control postparto. Ambos son requisitos que muchas mujeres dominicanas entrevistadas no perciben como absolutamente necesarios o no disponen de

tiempo de ocio para dedicar a cursos. La confluencia de dos factores puede incidir en la falta de asistencia: un conflicto entre el horario laboral y el tiempo que se necesita para asistir a los cursos y una percepción de que ambos cursos son accesorios; es decir no importantes para la salud del/la hijo/a y/o de la madre.

Es preciso tener en cuenta la percepción de estas mujeres sobre la importancia de ambas actividades. Su percepción está influida por al menos dos factores: por cómo se trata la salud reproductiva en su país de origen y por cómo el sistema sanitario español presenta ambos cursos a las madres gestantes. Es posible que la madre gestante considere que instintivamente no necesita asistir a los cursos. Quizás perciba el parto como un acontecimiento ordinario frente a la visión de los países occidentales donde el parto se ha medicalizado de tal forma que el embarazo, el parto y el postparto devienen eventos que transcurren dentro del sistema sanitario del país (Helman 2001:110).

La percepción del parto en la República Dominicana, en Perú o en Marruecos dependiendo del marco socioeconómico de las mujeres y de su procedencia geográfica puede ser un suceso natural, privado, que se practica en casa con la partera y acompañada de las mujeres de la familia de la parturienta. No existe el «control» durante el parto o después del parto ya que no es un acontecimiento controlado por nadie externo a la propia mujer. Sólo cuando pare, ese acto se comparte con personas cercanas a la propia mujer pero en un ámbito familiar y privado. La percepción del parto en su país de origen y el horario laboral intensivo de las dominicanas y peruanas en el servicio doméstico pueden influir en la decisión de las mujeres a seguir los cursos de preparto y postparto.

Cambios de actitud en el contexto migratorio

Se observa una razón clara para su cambio de actitud: la situación económica de estas mujeres no les permite

mantener a más hijos de los que tienen debido a su situación laboral y a la falta de una red familiar que cuide de sus hijos. La mayoría de las mujeres dominicanas asegura no poder mantener a más hijos (77%). Atribuyen su cambio de actitud a su situación económica, «es más caro criar hijos en España» (62%). Otra razón importante es que no tienen apoyo familiar (37%). En el caso de las mujeres peruanas existen dos razones que han influido en el cambio de actitud respecto a la planificación familiar: se han visto persuadidas por las españolas (48%) y afirman que resulta más caro criar a los hijos en España (47%). Teniendo en cuenta que muchas de estas mujeres trabajan en el servicio doméstico sus razones son fundadas. Las condiciones laborales de esta profesión posibilitan a las empleadoras que cuando las mujeres inmigrantes se encuentran en un estado avanzado de gestación se prescindan de ellas. Hay casos en los que se emplea a una doméstica interna con la condición de que no se quede embarazada. La trabajadora social de una clínica privada autorizada para practicar abortos me relataba que había empleadoras que obligaban a la mujer inmigrante a abortar si deseaba seguir trabajando en la casa.

Las mujeres marroquíes encuestadas apuntan a la misma razón principal que las dominicanas y las peruanas en una menor proporción: no pueden mantener más hijos (33%). Sin embargo se debe destacar una segunda razón que es la mejora de la educación de los hijos (21%), cuantos menos hijos se tenga, de más recursos se disponen para repartir entre los miembros de la familia. Las mujeres marroquíes encuestadas aducen como factores principales igualmente importantes en su planificación familiar el poder trabajar (48%) y el poder atender mejor a sus hijos (48%), una tercera razón la constituye la posibilidad que los métodos anticonceptivos les ofrece para poder espaciar a los hijos. En el caso de las mujeres dominicanas utilizan la planificación familiar primero para poder trabajar (67%), segundo para atender mejor a los hijos (64%) y tercero para espaciar el número de hijos (52%). Las mujeres

peruanas esgriman como razones para utilizar la planificación familiar atender mejor a los hijos (53%), poder trabajar (52%) y tercero para ahorrar (47%) y espaciar a los hijos (47%). Por lo tanto la mayoría de las mujeres encuestadas utiliza métodos anticonceptivos para poder trabajar libremente y así evitar la acumulación de cargas familiares que ya tienen en sus países de origen y/o en España así como también para poder atender mejor a los hijos. Ahora se analizará cuáles son las percepciones de las mujeres inmigrantes de la atención sanitaria en España y cómo las han tratado en la consulta médica.

PERCEPCIONES DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

Se deriva de la encuesta que la mayoría de las mujeres marroquíes encuestadas (77%) piensa que un médico/a de su cultura las entendería mejor. En segundo lugar opinan que los profesionales de la salud no entienden sus creencias (65%) y finalmente un 50% afirma que por no saber la lengua no entienden las indicaciones médicas. Un 56% de las dominicanas están de acuerdo con la afirmación de que los profesionales de la salud las tratan igual que a las españolas, aunque un 41% no está de acuerdo o está poco de acuerdo con esa afirmación. En segundo lugar un 48% afirma que se entendería mejor con un médico de su cultura pero un 49% está poco de acuerdo o nada de acuerdo con esta afirmación. Por lo tanto se debe perfilar aún más cuál es la razón de estas opiniones ambivalentes. Qué otros aspectos se deben considerar para clarificar qué opinan las dominicanas de los profesionales españoles. Otros aspectos a contemplar en la evaluación de las opiniones de las encuestadas son el color de la piel y/o las facciones diferentes a las autóctonas. ¿Son aquéllas con un color de piel más oscuro o con características faciales diferentes a las autóctonas las que tienen una opinión desfavorable hacia el trato que reciben por la posible discriminación

«racial/étnica» de los profesionales? o ¿Aquellas mujeres sin pareja, de clase trabajadora, con hijos, que no utilizan anticonceptivos y que, por lo tanto, son consideradas «irresponsables» por los profesionales de la salud? Es decir los profesionales como actores socioculturales pueden tener prejuicios que influyen en el trato que imparten a las mujeres inmigrantes.

Sin embargo la encuesta no permite saber qué aspectos en la relación profesional sanitario/a-paciente son exactamente los que contribuyen a que las opiniones de las encuestadas sean tan repartidas en el espectro de buen trato o trato inadecuado por parte de los profesionales de la salud. Mintz (1985) señala que en la sociedad dominicana se niega la cuestión racial pero el color como forma de diferenciación racial toma vida propia, permeando todas las dimensiones de la vida social. Concretamente se convierte en un instrumento político-ideológico clave para lograr, mantener o reproducir la posición de clase y los privilegios de los diferentes grupos sociales. Las entrevistas en profundidad desvelan el trato que algunas inmigrantes de origen marroquí, peruano o dominicano han recibido en España. Lucía de 32 años, doctora en filología, de origen peruano y visiblemente diferente a la población autóctona, fue a hacerse una citología a un hospital del INSALUD de Madrid. Había acudido a la hora en que se la citó; sin embargo la doctora al llamar a las pacientes no mencionó su nombre. Lucía dijo a la doctora que no había sido llamada, pero que estaba citada. La ginecóloga le respondió:

Probablemente la he llamado y no me ha escuchado, no me haga perder el tiempo. Ustedes sólo vienen aquí a molestarnos, a dar problemas.

Lucía presentó una queja al Departamento de Atención al Usuario del Hospital. Al cabo de tres años Lucía preocupada porque no se quedaba embarazada acudió a otra ginecóloga para informarse de las posibilidades que tenía de acceder a un tratamiento médico. Así describe su segunda experiencia con una ginecóloga diferente a la anterior:

Estamos intentando tener un hijo desde hace un año así que fui a una ginecóloga también del INSALUD y casi me come. Me dijo: «Aquí “ustedes” se creen que regalamos las cosas. Hay otras prioridades. Hay mujeres jóvenes de 24 años que se quieren quedar embarazadas y no pueden, y tú sólo llevas un año intentándolo. Esto es un tratamiento muy caro, ¿ustedes qué se han creído para tomarse las cosas de la Seguridad Social de esa manera?»

La constante referencia a «ustedes», en esta cita, define a los/las inmigrantes, les construye como una carga social y económica para el país y un coste para la Seguridad Social. Otra entrevistada, Patricia, de la República Dominicana, describe su primera visita al médico:

Una vez me caí en unas escaleras cuando iba por la calle con una amiga, me di un golpe en la pierna y me fui a Pozuelo y no me atendieron porque no tenía papeles, me mandaron a otra consulta. Le dije al médico que me había caído y él me dijo que: cuidado a ver si no iba a ser mi marido que me había golpeado, me dijo: «dime si es así porque le denunciamos».

Ambas citas subrayan la percepción de las inmigrantes como personas de las que el Sistema de Salud Pública español puede optar por no responsabilizarse dependiendo del juicio subjetivo del profesional que la atiende. Los inmigrantes que carecen de Seguridad Social tan sólo son internados o tratados por especialistas en caso de urgencias, en el resto de los casos no reciben tratamiento alguno. Existe una discriminación institucional, puesto que aquellos españoles que carecen de recursos suficientes (ingresos anuales inferiores al salario mínimo interprofesional) o son indigentes, tienen derecho a utilizar los servicios de la Seguridad Social sin cotizar, algo que se les niega a los inmigrantes que se encuentran en estas mismas situaciones. También existe un número indeterminado de inmigrantes que no están cubiertos/as por la Seguridad Social, por ejemplo en el servicio doméstico, porque sus emplea-

dores no pagan la contribución establecida por la ley. Estas inmigrantes temen exigirles dicha contribución por miedo a ser despedidas, lo que podría ocasionarles no sólo la pérdida de ingresos sino también la residencia en España. Un 47% de peruanas encuestadas opina que son tratadas igual que las españolas. No obstante, esta afirmación contrasta con un 48% que piensa que recibe un trato desigual con respecto a las españolas. En general la mayoría de mujeres peruanas de la encuesta se siente respetada en sus creencias y se entiende bien con los médicos autóctonos (59%) frente a un 35% que se entendería mejor con un médico peruano. Por lo tanto las mujeres que perciben como más problemática la atención sanitaria son las mujeres marroquíes, en segundo lugar las dominicanas y por último las peruanas que muestran un balance más positivo que los otros dos grupos del trato que reciben en los centros de salud. En resumen la opinión de las marroquíes encuestadas de que un médico de su cultura entendería mejor sus creencias es apoyada por la afirmación de que el/la profesional de la salud no comprende sus creencias. Mientras que el balance que muestran las dominicanas encuestadas está muy repartido entre las mujeres que opinan que los/las profesionales las tratan igual que a las españolas y las mujeres que estiman que sufren un trato desigual. La opinión de las peruanas sobre el trato de los profesionales está también dividida. Hay casi tantas mujeres que piensan que se las trata igual que a las españolas como mujeres que opinan lo contrario. Al margen del trato de los profesionales de la salud las encuestadas peruanas muestran un alto grado de satisfacción del sistema sanitario español en comparación a los otros dos grupos nacionales.

CONCLUSIONES

Los patrones de fecundidad de los tres grupos nacionales se han transformado en España. El cambio de circunstancias socioeconómicas, culturales y religiosas que condicio-

nan la vida reproductiva de las mujeres inmigrantes en España no favorece la imitación del patrón reproductivo de sus madres en sus países de origen. La lista incompleta de los elementos desencadenantes de esta transformación del patrón reproductivo comienza con el trabajo remunerado como factor fundamental de ese cambio. La necesidad de supervivencia económica marca la trayectoria migratoria de la mayoría de las mujeres bien solas o bien con pareja. Sin embargo otro elemento igualmente relevante es la falta de redes sociales y políticas gubernamentales que apoyen la maternidad. Es caro criar a los hijos en España. No solamente la situación legal, la escasa retribución que ofrecen los nichos laborales que engrosan las inmigrantes o los contratos temporales son elementos que influyen en la fecundidad; sino también la ausencia de familiares que cuiden de los hijos y la carencia de guarderías públicas o subvencionadas ofrecidas a las mujeres trabajadoras inmigrantes y españolas.

En cuarto lugar la falta de educación sexual y de educación sobre prevención de embarazos en la familia y en el sistema educativo está influida por la importancia de la religión en los países de origen. Sistemas de salud públicos que se corresponden a los sistemas de valores morales y sociales de las jerarquías religiosas y políticas limitan la decisión de las mujeres sobre su vida reproductiva. Sin embargo, las clases sociales acomodadas tienen acceso a un sistema de salud privado que provee de anticonceptivos, «reparación» del himen y el correcto tratamiento de enfermedades ginecológicas en unas condiciones médicas e higiénicas adecuadas. Un sistema patriarcal arraigado que marca diferencias entre la importancia de la virginidad de las mujeres antes del matrimonio y el derecho de los hombres a la satisfacción del deseo sexual desde su juventud señalan las pautas de comportamiento sexual y reproductivo de ambos géneros en sus países de origen. Las mujeres albergan actitudes de vergüenza y pudor sexual. Algunas de ellas manifiestan una sintomatología psicósomática con el uso de anticonceptivos médicos enraizada psicológicamente en un sentimiento de culpa por el deseo

explícito de prevenir el embarazo en contra de dictámenes religiosos. La percepción y experiencia negativa del uso de anticonceptivos en los países de origen también responde al mal uso de las píldoras anticonceptivas, esto es a la automedicación. Algunas mujeres encuestadas «prueban» las píldoras de amigas, familiares y conocidas para evitar el coste que implica la visita al médico/a.

La actitud de muchos hombres en los países de origen responsabiliza a las mujeres de la planificación familiar y, en general, rechaza el uso del preservativo como instrumento para la prevención del embarazo o para evitar el contagio o la contracción de enfermedades de transmisión sexual.

La migración a España ha provocado el aumento del uso de preservativos y de píldoras anticonceptivas. Las nuevas circunstancias laborales, socioeconómicas y emocionales de las inmigrantes se contextualizan en un marco sanitario diferente que, en algunos casos, facilita el acceso a los anticonceptivos. Sin embargo el sistema sanitario español no provee de la suficiente información escrita sobre planificación familiar o no divulga ampliamente la información de la que dispone con el propósito de que alcance al mayor número de personas posible. Esto podría subsanarse mostrando la información en un lugar a la vista de todos los pacientes en el centro de salud y distribuyendo esta información en puntos estratégicos donde las/los inmigrantes se reúnen: locutorios, asociaciones, colegios, parques o mercadillos en los fines de semana. De esta forma se podría ayudar a evitar embarazos indeseados y enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto al trato recibido en la consulta médica en España las mujeres encuestadas acuden al médico cuando su horario laboral y necesidades económicas lo permiten. La mayoría acude al médico para el seguimiento del embarazo. No obstante otras visitas de tipo ginecológico se caracterizan por el trato displicente que reciben algunas mujeres en la consulta médica. La mayoría revela que no acude al médico hasta que no es «algo grave» debido a sus hábitos sanitarios. En general, en sus países no visitaban

al médico: la medicina pública era precaria y la medicina privada demasiado cara. Por lo tanto el hábito de «no ir al médico si se puede evitar» perdura en España. Esa actitud parca en asistencia a la consulta se enfrenta al obstáculo, en ocasiones, de una actitud discriminatoria por parte de los profesionales de la salud españoles. Algunos profesionales perciben a los/las inmigrantes como carga social y económica. El estereotipo mediático del/la inmigrante como ignorante, pobre y subdesarrollado/a se concreta en una actitud despreciativa en la consulta médica. Esto provoca un sentimiento de rechazo, resentimiento e inseguridad en las mujeres inmigrantes. Las barreras lingüísticas que se han encontrado en la interacción entre pacientes marroquíes y profesionales e incluso entre mujeres hispanohablantes que no utilizan la misma terminología que el/la médico/a acentúa la sensación de incompreensión de algunas pacientes inmigrantes. La presencia de una intérprete en el caso de las marroquíes que no dominan el español o la simplificación de la jerga médica en la consulta, así como una actitud más paciente de los/las profesionales de la salud mejorarían la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ ÁLVAREZ, F. (2001): «Cambios en la familia y en el mercado de trabajo», en *Demografía y cambio social*, Lourdes Gaitán (ed.), Madrid: Conserjería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, pp. 73-90.
- ANTOLÍN, L. (1997): *Cooperación en salud con perspectiva de género*, Madrid, Dpto. de Salud Internacional Escuela Nacional de Sanidad.
- APARICIO, R. (1999): «La situación sociosanitaria de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid», Madrid, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Universidad de Comillas.
- BROVERMAN, I.K. (1988): «Sex role stereotypes and clinical judgement of health», *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 34, pp. 1-17.

- DOYAL, L. (1991): «Promoting women's health», en Badura, B. y Kickbusch, I. (eds) *Health promotion research*, Copenhagen, WHO.
- DURÁN, M. A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- ESPÍN, O. M. (1996): «The role of gender and emotion in women's experience of migration», pp. 1-28 Paris *Euroconference on collective identity and symbolic representation*. (inédito).
- GRAHAM, H. (1987): «Women's poverty and caring», en *Women and poverty in Britain*, editado por C. Glendenning y J. Millar. Brighton, Reino Unido: Wheatsheaf.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA (diciembre 2000): «Demografía y salud. Mortalidad natural de la población» 51. Madrid, Conserjería de Presidencia y Hacienda.
- JANSA, J.M., y J.R. VILLALBI. (1995): «La salud de los inmigrantes y la atención primaria.» *Atención Primaria* 15, pp. 320-327.
- LORA TAMAYO, G. (1999): «Extranjeros en la Comunidad de Madrid». Madrid: Asociación de Solidaridad con los Trabajadores Inmigrantes (ASTI).
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (2001): «La situación de la fecundidad en España», en *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Demografía y cambio social*, Lourdes Gaitán (ed.), Madrid: Conserjería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, pp. 27-31.
- FILGUEIRA, C. (1996): *Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay*, Montevideo: CEPAL.
- GREGORIO, C. (1998): *Migración femenina, su impacto en las relaciones de género*, Madrid: Narcea.
- HARRIS, M. y E. B. ROSS (1987): *Death, sex and fertility. Population regulation in preindustrial and developing societies*, London: Arnold.
- HEIM, M. y N. AUSTIN. (1996): «Fertility of immigrant women in California», *Population and Environment* 17, pp. 391-407.
- HELMAN, C. G. (2001): *Culture, health and illness* London: Arnold.
- JALAL ABBASI-SHAVAZI, M. y McDONALD, P. (2000): «Fertility and multiculturalism: Immigrant fertility in Australia 1977-1991», *International Migration Review* 34, pp. 215-242.
- JANSA, J.M., y J.R. VILLALBI (1995): «La salud de los inmigrantes y la atención primaria», *Atención Primaria* 15, pp. 320-327.
- LOUSTAUNAU M. O. y SOBO E. J. (1997): *The cultural context of health, illness and medicine*, London: Bergin & Garvey.

- MAYNARD, M. (1994): «Race, gender and the concept of «difference» in feminist thought», en *The dynamics of «race» and gender: some feminist interventions*, London: Taylor & Francis.
- MINTZ, S. (1985): *Race and colour in the Caribbean contours*, Baltimore: John Hopkins University Press.
- MUYNCK, A. de (1997): «¿En qué medida los proveedores en salud belgas atienden adecuadamente a los pacientes turcos y marroquíes?», en *Inmigración, salud y políticas sociales*, O. Solas y A. Ugalde (eds.), Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- OACKLEY, A. (1976): «Wise woman and medicine man: change in the management of childbirth rights and wrongs of women», en *The rights and wrongs of women*, J. Mitchell y A. Oackley (eds.), London: Penguin.
- PAIEWONSKY, D. (1995): *Determinantes y consecuencias del aborto inducido en la República Dominicana*, Santo Domingo: Imagen Editora.
- PRADO, C. y M.D. MARRODÁN (1997): «Ciclo y patrones reproductivos en las mujeres emigrantes a España», en *Inmigración, salud y políticas sociales*, editado por O. Solas y A. Ugalde, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- ROMERO VALIENTE, J. M. (2000): «La inmigración dominicana hacia España: factores condicionantes, evolución y desarrollo», II Congreso sobre la Inmigración en España.
- SCHERZER, A. (1994): *La familia, grupo familiar e instituciones*, Montevideo: Ediciones Banda Oriental.
- SCHOENMAECKERS, R.; LODEWIJCKX, E.; GADEYNE, S. (1999): «Marriages and fertility among Turkish and Moroccan women in Belgium: results from data», *International Migration Review* 33:901-928.
- STERNBERG, P. (2000): «Challenging machismo: promoting sexual and reproductive health with Nicaraguan men», *Gender and Development* 8(1), pp. 89-99.
- VERREPT, H., y F. LOUCKX. (1997): «Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga», en *Inmigración, salud y políticas sociales*, Olga Solas y Antonio Ugalde (eds.), Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- VERRIJP, A. (1997): *Respiramos el mismo aire; salud, nacionalidad y descendencia de la mujer en siete bateyes dominicanos*, Santo Domingo, República Dominicana: Annemieke Verrijp.
- WILTON, T. (1994): «Feminism and the erotics of health promotion», en Doyal L., Naidoo, J. y Wilton, T. (eds.), *Women and AIDS: Setting a feminist agenda*, London, Taylor & Francis.