

El uso de
anticonceptivos y
de la píldora
anticonceptiva de
urgencia por la
población
inmigrante
residente en
Andalucía

El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante residente en Andalucía

Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales

HÉLÈNE BRETIN Y CARMUCA GÓMEZ BUENO

OCTUBRE, 2009

BRETIN, Hélène

El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante residente en Andalucía / Hélène Bretin, Carmuca Gómez Bueno. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]

Texto electrónico (pdf)

1. Anticoncepción-Métodos
2. Anticonceptivos poscoito 3. Emigrantes e inmigrantes 4. Andalucía I. Gómez Bueno, Carmuca II. Andalucía. Consejería de Salud
III. Título

WP 630

JV 6008-9480

Hélène Bretin, profesora titular, Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, Sciences sociales, politique, santé- IRIS, Université Paris 13.

Carmuca Gómez-Bueno, profesora titular, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada. Grupo de Investigación SEJ-339.

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-693-5754-5

DEPÓSITO LEGAL:

MAQUETACIÓN: Obemdia SC

IMPRENTA:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTICONCEPCIÓN, DATOS GENERALES	8
1.1 UN RÁPIDO RETRATO MUNDIAL DE LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS	9
1.2 VARIACIONES ENTRE PAÍSES EN LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS	10
1.3 LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	12
1.4 EL RECIENTE DESPEGUE DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE URGENCIA	13
1.4.1 FACILITAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y AL PRODUCTO (PAU).....	14
1.4.2 PRESTAR ESPECIAL ATENCIÓN A LAS POBLACIONES MÁS SENSIBLES	14
1.4.3 UN ESTATUTO PARTICULAR...	15
2. EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LA PAU EN: FRANCIA, EE.UU. Y SUECIA	17
2.1 FRANCIA: LIBRE ACCESO A LA PAU	17
2.2 ESTADOS UNIDOS: EL LARGO DEBATE ENTORNO AL ‘PLAN B’	19
2.2.1 EL EJEMPLO DE CALIFORNIA	20
2.3 LA RÁPIDA Y AMPLIA DIFUSIÓN DE LA PAU, EN SUECIA	23
3. ANTICONCEPCIÓN E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA	25
3.1 LA ANTICONCEPCIÓN	25
3.1.1 LA ENCUESTA DEL CIS-2006	26
3.1.2 ANTICONCEPCIÓN Y RIESGO DE EMBARAZO	27
3.2 LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	28
3.3 LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE URGENCIA (PAU).....	29
3.4 ANTICONCEPCIÓN Y PAU EN ANDALUCÍA	30
3.4.1 PAU: ANDALUCÍA, PIONERA CON ALGUNOS OBSTÁCULOS	31
3.4.2 ¿OBJECCIÓN DE CONCIENCIA U OBJECCIÓN AL PLACER AJENO?.....	32
3.5 LAS MUJERES DE ORIGEN EXTRANJERO: UNA POBLACIÓN IDENTIFICADA COMO VULNERABLE.....	32
4. EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE LA PAU EN LOS PAÍSES DE ORIGEN DE LAS INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA	36
4.1 LA AUTORIZACIÓN DE LA PAU Y LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS EN MARRUECOS	37
4.2 RUMANIA: ACCESO DIFERENCIAL A LA ANTICONCEPCIÓN Y LA PAU	39
4.3 ECUADOR Y BOLIVIA: EL PROGRESIVO AUMENTO DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	41
5. REPRESENTACIONES Y CREENCIAS SOBRE PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS ENTRE LAS MUJERES INMIGRANTES	43
5.1 EL CAMBIO DE VALORES DE LAS MUJERES MARROQUÍES EMIGRADAS	45
5.1.1 LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS Y EL ISLAM.....	47
5.1.2 LAS IMPLICACIONES DEL PRIMER TABÚ FAMILIAR: LA VIRGINIDAD.....	48
5.1.3 MATRIMONIO Y DOMINACIÓN MASCULINA	49
5.1.4 LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	50
5.2 LAS VISIONES Y REPRESENTACIONES DE LAS MUJERES RUMANAS	51
5.2.1 LA POSICIÓN DE LA IGLESIA ORTODOXA FRENTE A LA ANTICONCEPCIÓN	53
5.2.2 LOS MITOS ANTICONCEPTIVOS EN RUMANÍA	53

5.3 LOS ‘LUGARES COMUNES’ DE LAS MUJERES BOLIVIANAS Y ECUATORIANAS RADICADAS EN EL MEDIO RURAL ANDALUZ.....	54
5.3.1 LOS PRECEPTOS DE LA RELIGIÓN CATÓLICA.....	54
5.3.2 LAS PERCEPCIONES Y REINTERPRETACIONES REALIZADAS POR LAS MUJERES ECUATORIANAS Y BOLIVIANAS	54
6. DISEÑO METODOLÓGICO	60
6.1 OBJETIVOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	60
6.2 ESTRATEGIAS DE CONTACTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	60
6.3 TRABAJO DE CAMPO Y GUIÓN DE ENTREVISTA A MUJERES INMIGRANTES	64
7. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS Y RESULTADOS.....	67
7.1 UNA SEXUALIDAD FEMENINA SOCIALMENTE CONTROLADA	67
7.1.1 LA ESCASA EFECTIVIDAD DE LOS CONDICIONANTES RELIGIOSOS	70
7.2 SABERES Y EXPERIENCIAS.....	72
7.2.1 LAS FUENTES Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MANEJADA	72
7.3 ¿CAMBIA ALGO CUANDO UNA SE VA FUERA DE SU PAÍS?	78
7.4 ¿QUÉ ESPACIO OCUPA LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE URGENCIA EN SUS VIDAS?.....	82
7.4.1 LA INFORMACIÓN SOBRE LA PAU	82
7.4.2 LOS MITOS ENTORNO A LA PAU	85
7.5 LAS PRESIONES SOCIALES SOBRE EL ABORTO	86
7.5.1 LAS PRÁCTICAS POCO PROFESIONALES DE ALGUNOS SANITARIOS.....	86
7.6 Y, LOS HOMBRES, ¿QUÉ?	88
7.7 EL CONSUMO INFORMATIVO Y LAS POSIBILIDADES DE COMUNICARSE.....	90
8. A MODO DE RECAPITULACIÓN	96
9. POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN	100
9.1 ADAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL PÚBLICO AL QUE VA DIRIGIDA	100
9.2 LA DIFUSIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN	100
9.3 LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	101
9.4 ALGUNOS EJEMPLOS Y HERRAMIENTAS	102
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS.....	103
11. SITIOS WEB DE REFERENCIA Y CONSULTADOS.....	109

INTRODUCCIÓN

La investigación que hemos realizado y presentamos aquí pretende comprender un poco mejor los procesos que llevan a las mujeres –y a sus parejas- a tomar decisiones sobre la planificación de la natalidad: el uso de anticonceptivos (cuáles y cuándo), el uso de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia, el recurso al aborto... Son cuestiones sumamente relacionadas con el deseo y las posibilidades de tener descendencia y, conjuntamente, conforman una problemática tremendamente compleja.

El proceso seguido para intentar avanzar en este ámbito queda reflejado en la estructura del informe. Este está organizado en nueve capítulos. En el primero presentamos un retrato mundial sobre la anticoncepción, el aborto y, en especial, la Píldora Anticonceptiva de Urgencia. El segundo capítulo revisa los procesos legales y las políticas públicas seguidas en diferentes países ‘avanzados’ hasta la aprobación y comercialización de la PAU. Para ver, a continuación, la situación española y andaluza respecto a iguales cuestiones, de este modo, conseguimos una visión contextualizada de nuestra situación.

Pasamos después a revisar las políticas y las prácticas anticonceptivas en los principales países de origen de las mujeres extranjeras que residen en nuestro país: Marruecos, Rumanía, Ecuador y Bolivia. En el capítulo cinco presentamos una revisión de los estudios e investigaciones que indagan sobre las prácticas anticonceptivas de las mujeres migrantes y las representaciones y creencias en que se fundamentan esas prácticas.

El capítulo seis expone el diseño de la investigación empírica que hemos realizado a través de entrevistas con mujeres procedentes de los países que más población aportan a nuestro país. Los siguientes capítulos presentan: los análisis realizados, las conclusiones alcanzadas y las posibles líneas de actuación.

1. ANTICONCEPCIÓN, DATOS GENERALES

Comenzamos este informe contextualizando brevemente el desarrollo y la implantación de la Píldora Anti-conceptiva de Urgencia (en adelante, PAU), retomando la historia de la anticoncepción ‘moderna’ en Occidente. Para ello, nos apoyamos muy directamente en un artículo escrito por Adele Clark¹ en el *Diccionario del Pensamiento Médico*, editado en Francia en 2004 (Dir. D. Lecourt), que presenta, entre otras, la ventaja de procurar una visión sintética de los momentos claves y los periodos de desarrollo de la anticoncepción. Nos situamos, pues, en el siglo XX y revisamos el nacimiento y el desarrollo de las ciencias reproductivas modernas, marcadas por el predominio de los científicos europeos primero y de los americanos durante los 50 años siguientes a la primera guerra mundial.

La anticoncepción denominada moderna debe su desarrollo a unos científicos independientes, marginados por trabajar un tema “inconveniente” y sin legitimidad en el campo de la investigación. Además de fondos privados (de las Fundaciones Rockefeller y Carnegie, entre otras), estos científicos contaron con el apoyo fundamental de mujeres comprometidas con la causa feminista. Feministas convencidas de la necesidad de contar con métodos anticonceptivos más eficaces y más sencillos² para incrementar así la autonomía sexual de las mujeres, y, que organizaron, con otras propagandistas, clínicas y sistemas de distribución de anticonceptivos tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra. Algunas de ellas, como Margaret Sanger y Mary Stopes, tuvieron que afrontar serios obstáculos y oposiciones violentas, a pesar de su fama y del apoyo de las mujeres en general y de las feministas en particular.

El rechazo ideológico-político de la propaganda feminista sobre la anticoncepción se suavizó con la recesión económica de los años treinta y el cambio de paradigma que la acompañó. En el campo de la planificación familiar y de la regulación de los nacimientos, se habla menos de la necesidad de las mujeres de controlar su cuerpo que de la necesidad de democratización de las prácticas anticonceptivas y su extensión a las clases inferiores. Después de la segunda guerra mundial, el nacimiento del “tercer mundo” independiente y la evocación de una “bomba demográfica” impulsó un interés directamente centrado sobre la regulación de la reproducción de las mujeres (son ellas las que tienen descendencia...) y la introducción de las técnicas científicas modernas controladas, esta vez, no tanto por ellas como por los clínicos³.

La comprensión precisa del ciclo reproductivo femenino en los años 30’ impregnó todos los métodos creados a partir de ese momento: tanto el denominado “de las temperaturas” (Ogino y Hartmann) como la nueva generación de espermicidas (Voges y Baker) y la esterilización quirúrgica que, más segura con el desarrollo de los antibióticos, pasó a obtener el estatuto de método anticonceptivo permanente. La primera generación de píldoras y el DIU fueron desarrolladas entre los años 50 y finales de los 70, “fuera del santuario académico”. El apoyo financiero de Margaret Sanger y Katharine Mc Cormick –feminista millonaria- y los progresos de la química de los esteroides permitieron el desarrollo de la primera píldora por parte de Pincus y Chang. La puesta a punto del primer DIU de plástico (Margulies y Lippes) fue financiada por el *Population Council*, en 1960.

Un nuevo cambio paradigmático en el campo de la investigación y del desarrollo tuvo lugar en los años 70 con el reconocimiento de la diversidad de las necesidades biológicas, de las circunstancias personales, culturales, religiosas y económicas...de las mujeres. En otras palabras, el reconocimiento de las diferencias sustituyó a la búsqueda del método ideal para una mujer universal -representación dominante desde los años 50-. La nueva generación de investigadores trabajó más para perfeccionar las tecnologías existentes, en el marco endocrino ya muy bien establecido, que para abrir nuevas líneas de intervención. “La píldora solo fue la primera de una larga serie de métodos anticonceptivos hormonales” (Clark, 2004:290). En otras palabras: inyectables, implantes, parches, anillos vaginales, vacunas anticonceptivas ... centraron la

1.- Una de las pocas sociólogas dedicadas a investigar la anticoncepción y las ciencias reproductivas.

2.- Ya existían en la época los preservativos de caucho, diafragmas, capas, se usaban también el coitus interruptus y las duchas vaginales.

3.- Los que Clark designa como los métodos « impositivos».

atención de estos investigadores.

Además de la lucha por el acceso, el papel de los movimientos feministas nacionales e internacionales en el desarrollo de la anticoncepción fue también el de subrayar sus riesgos, su eficacia y su tolerancia. Las feministas reclamaron también más métodos, barreras más eficaces⁴ e insistieron sobre la puesta a punto de métodos para los hombres, hormonales y/o no. Alertaron, igualmente, sobre la necesaria democratización de la investigación y de su desarrollo, fomentando el asociacionismo entre las mujeres y teniendo en cuenta tanto sus necesidades como sus experiencias⁵.

1.1 Un rápido retrato mundial de las prácticas anticonceptivas

Según los últimos datos de la ONU (2007), la frecuencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15-49 años casadas o en pareja, es superior en los países desarrollados (67%) aunque en la mayoría de los países menos desarrollados, la frecuencia alcanza ahora niveles de por lo menos el 60%; con la excepción, entre otros, del África sub-sahariana y más precisamente de países localizados en la parte oeste y en el cuerno de África. La frecuencia de la anticoncepción es más alta en todas las demás regiones, alcanzando el 60% en África del norte, el 68% en Asia (un nivel similar al de Europa) y, el 71% en América Latina y el Caribe, casi el mismo nivel que en América del Norte.

La siguiente tabla muestra algunos indicadores de desarrollo humano, crecimiento demográfico, fecundidad y uso de anticonceptivos en los países que centran esta investigación.

TABLA 1. Clasificación según el Índice de Desarrollo Humano. Tasas de Fecundidad, Crecimiento Demográfico y de uso de anticonceptivos

	Nº de orden según Índice de Desarrollo Humano	Tasa de Fecundidad (2000-2005)	Tasa anual de Crecimiento Demográfico (1975-2005)	Tasa uso anticonceptivos (% casadas 15-49 años, 1997-2005)
Suecia	6	1,7	0,3	78
Francia	10	1,9	0,5	75
Estados Unidos	12	2,0	1,0	76
España	13	1,3	0,7	71,7*
Reino Unido	16	1,7	0,2	84
Rumania	60	1,3	0,1	70
Colombia	75	2,5	1,9	78
Ecuador	89	2,8	2,1	73
Bolivia	117	4	2,2	58,4
Marruecos	126	2,5	1,9	63

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2007-2008, Mundiprensa (http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_sp_complete.pdf)

*En el Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008, podemos leer que para España la tasa de uso de anticonceptivos es 81% pero el dato "se refiere a un año o un periodo diferente al especificado (1997-2005), difiere de la desviación estándar o se refiere a solo una parte del país). Por ello, nos parece menos fiable que el 71,7% aportado por el INE (1999) o que el 65,7% del CIS (2006), vide infra.

4.-Un punto reactivado con la epidemia de SIDA. A partir de este momento renace el interés por los anticonceptivos femeninos no hormonales; nuevos modos de determinación del periodo de fecundidad; preservativos femeninos y nuevos diafragmas hacen su aparición.

5.- "Científicos y dirigentes empiezan a entender que las mujeres deciden sobre la demografía; solo usan los anticonceptivos que les convienen. Han ganado su espacio en la mesa de negociaciones y consiguen, a veces, hacer oír sus voces" (Clark, 2004:292).

Actualmente 9 de cada 10 usuarias emplean un método “moderno”; prioritariamente de corta duración y reversible en países desarrollados, y “métodos clínicos altamente eficaces” y de larga duración en los otros países⁶. A escala mundial, la esterilización femenina es la más usada (20% de las mujeres de 15-49 años casadas o viviendo en pareja) con la frecuencia más alta en América Latina y El Caribe (hasta 40% en Brasil). El DIU ocupa la segunda posición con el 16% de usuarias, es más común en Asia (porcentaje superior al 40% en China, Corea Democrática...), el tercer método es la píldora (9%) con la distribución más general en el mundo⁷. En fin, con una frecuencia del 6%, el preservativo representa el cuarto método usado en el mundo con una frecuencia máxima en Japón (41%). Se puede subrayar que en África del Este y del Sur, por ejemplo, los métodos más populares son los inyectables y los implantes (representan más del 40% del uso global de la anticoncepción en esos países). Es también en África central, África del Oeste y Europa del Este donde los métodos tradicionales son más utilizados (con frecuencias del 76, 37 y 35 por ciento, respectivamente).

Respecto a los niveles estimados de necesidad anticonceptiva no cubierta, actualmente, los más altos están localizados en África y algunos países del Oriente Medio, por ejemplo, el Yemen⁸. En Asia, en América Latina y El Caribe y en Europa, la mayoría de los países con datos fiables muestran niveles de necesidad no cubierta inferiores al 20%.

1.2 Variaciones entre países en las prácticas anticonceptivas

Aunque la tasa de uso de anticonceptivos oscila entre el 58 y el 84 por ciento en los países aquí considerados, las variaciones en el tipo de anticonceptivos empleados son aún mayores. La tabla siguiente reúne los países objeto de estudio según datos del retrato mundial de las prácticas anticonceptivas de las Naciones Unidas de 2007 y muestra claramente la diversidad de los comportamientos anticonceptivos.

6.- En otras palabras: la esterilización, los implantes e inyectables.

7.- Porcentajes entre 20-55% en 4 países de África, 4 de Asia, 13 de Europa, 11 de América Latina y 3 de Oceanía.

8.- La ONU señala que este indicador debe interpretarse en relación con otros. Por ejemplo, el nivel de necesidad no cubierta es muy bajo en Albania (1%) pero el 89% de estas mujeres usan el coito interruptus, método tradicional de baja eficacia.

TABLA 2. Uso de anticonceptivos en diferentes países

	España	Francia	Reino Unido(c)	Suecia (e)	Estados Unidos	Japón	Rumanía	Bolivia	Ecuador	Marruecos (f)
Año	1999	2000	2005/06	1996	2002	2004	2004	2003/04	2004	2003/04
Prevalencia anticoncepción (%)	71,7	81,8	82 (d)	75,2	72,8	52,0	70,0	58,4	72,7	63
Prevalencia métodos modernos	66	76,5	82	64,8	68,1	43,9	38	34,9	58	54,8
Esterilización femenina	10,1		14,0		21,2		3,0	6,5	24,2	2,7
masculina	9	5,5 (b)	20,0	4,1	9,7	2,1	0,0		0,0	0,0
Píldora	13,1	43,8	26,0	27,4	18,3	1,1(a)	14,0	3,6	13,3	40,1
Inyecciones o Implantes	0,1	0,0	3,0	0,0	4	0,0	0,0	8,0	5,9	2,1
DIU	6,6	21,9	7,0	16,2	1,8	..	7,0	10,2	10,1	5,4
Preservativo	27,0	4,7	25,0	16,4	12,2	41,0	12,0	3,9	4,3	1,5
Barreras vaginales	0,1	0,6	3,0	0,7	0,2	0,3	2,0	0,2	0,2	0,1
Otras	0,0	0,0	3,0	0,0	0,7	0,0	0,0	2,5	0,0	2,8
Métodos tradicionales	5,7	5,3	8,0	10,4	4,7	19,1	32,0	23,5	14,6	8,3
Ritmo	0,8	1,6	2,0	2,6	1,5	4,2	6,5	19,3	7,5	3,8
Coito interruptus	4,0	3,1	6,0	7,8	3,2	14,7	25,5	3,8	5,7	4,4
Otras	0,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	1,4	0,1

Tabla adaptada de World Contraceptive Use 2007- United Nations • Department of Economic and Social Affairs • Population Division. http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive_2007_table.pdf

a: incluyendo DIUs, **b:** incluyendo algunos casos de esterilización por razones no anticonceptivas sino médicas, **c:** excluyendo Irlanda del Norte, **d:** las cifras por método no alcanzan el total dado que algunas son usadas de manera combinada con otras, **e:** datos se refieren a mujeres en edad reproductiva con experiencia sexual. **f:** mujeres casadas.

La tabla anterior nos muestra que en casi todos los países es mayoritario el uso de métodos modernos. No obstante, llama la atención la elevada presencia de los métodos tradicionales en países como Rumanía, Bolivia, Japón y Ecuador, así como su discreta presencia tanto en España como en Marruecos.

Vemos también que en 6 de los 10 países considerados, los tres métodos más utilizados son reversibles: la píldora, el DIU y el preservativo. Pero el orden entre los tres varía mucho. De hecho solo Japón supera a España en el uso del preservativo – España se acerca mucho al Reino Unido-, siendo mínimo su uso en Marruecos y Ecuador. La prevalencia de la píldora en España está muy cerca de la de Ecuador o Rumanía, y la del DIU, del Reino Unido, Ecuador y Marruecos.

En definitiva en dos países el preservativo es el primer método: Japón y España; en tres lo es la píldora: Francia, Marruecos y Suecia –ésta ocupa la segunda posición en España y Rumanía- y hay tres países donde lo más frecuente es la esterilización: Reino Unido, Estados Unidos y Ecuador. Sólo en Rumanía y Bolivia los métodos tradicionales siguen siendo casi tan frecuentes como los modernos.

Por último, comparando las tasas españolas con las tasas medias europeas al final de los noventa, la prevalencia del uso de anticonceptivos dejaba a España en una posición intermedia. Distinguiéndose del resto de países por el elevado uso del condón, España se acercaba a la Europa del Norte por el recurso a la esterilización, y a la Europa del Sur por el uso de la píldora y el DIU.

TABLA 3. España en el contexto europeo

	España	Europa del Oeste	Europa del Este	Europa del Norte	Europa del Sur
Año	1999	1995	1996	2001	1999
Prevalencia anticoncepción (%)	71,7	74,8	63,7	77,3	62,6
Métodos reversibles	52,6	70,2	41,7	74,1	45,5
Píldora	13,1	46,4	6,5	19,0	13,6
Inyecciones o implantes	0,1	0,0	0,0	1,6	0,1
DIU	6,6	10,5	21,0	9,6	5,7
Condón	27,0	3,9	11,0	18,0	16,5
Barreras vaginales	0,1	0,5	0,6	1,8	0,3
Otras	0,0	0,0	0,1	1,5	0,0
Ritmo	0,8	2,6	9,4	1,0	2,7
Coito interrumpido	4,0	1,6	12,5	2,1	13,9
Otras	0,9	0,4	0,1	0,1	0,5
Métodos irreversibles	19,1	8,8	2,3	22,5	9,4
Esterilización femenina	10,1	5,9	2,0	10,0	6,4
masculina	9,0	2,9	0,3	12,5	3,0

Tabla adaptada de United Nations. Department of Economic and Social Affairs • Population Division. World Contraceptive Use, 2007.

- Europa del Oeste: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, Suiza

- Europa del Este: Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Moldavia, Polonia, Rumania, Federación Rusa, Eslovaquia, Ucrania.

- Europa del Norte : Dinamarca, Estonia, Finlandia, Latvia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido

- Europa del Sur: Albania, Bosnia y Herzegovina, Grecia, Italia, Portugal, Serbia, Eslovenia, España, TFYR Macedonia.

1.3 La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Veamos, a continuación, el panorama general de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Fundamentándose en los datos disponibles en 2007, el INED (Instituto Nacional de Estudios Demográficos de París) nos dice que en 2003, aproximadamente uno de cada cuatro embarazos se interrumpe voluntariamente, lo que representa algo más de 40 millones de abortos al año en el mundo. Pero el derecho a la interrupción voluntaria de embarazo está limitado en la tercera parte de los países y, en la mayoría de estos, la ley autoriza el aborto en condiciones excepcionales (si el embarazo amenaza la vida de la madre o constituye un riesgo para la salud física o mental de la madre o del feto). Solo 52 países (27%) permiten los abortos sin motivo, acompañando, en general, este derecho de un plazo.

Se estima que la tasa de abortos era, en los diferentes continentes (en 2003 y por mil mujeres en edad fértil) de: 31 por mil en América del Sur, 29 en Asia y África, 28 en Europa, 21 en América del Norte y 17 en Oceanía. Además, estos datos presentan variaciones importantes dentro de un mismo continente.

En Europa, por ejemplo, varía desde el 7 por mil en Suiza hasta el 45 por mil que se producen en Rusia. Además, debemos destacar la dudosa fiabilidad de las evaluaciones, teniendo en cuenta la ilegalidad del aborto en gran parte de los países.

En 2005, la OMS consideraba que el 48% de los abortos provocados (20 millones) eran practicados en malas condiciones (falta de formación del personal, falta de higiene, embarazo demasiado avanzado...) generando la muerte de casi 70.000 mujeres, y complicaciones graves para millones más. El 97% de estos abortos son practicados en países que lo prohíben o lo limitan mucho.

El aborto y su difícil acceso en muchos países, la mortalidad y la morbilidad asociada a este, la gran preocupación por el embarazo “precoz”, y, por los embarazos no deseados en general, junto al reconocimiento de la falibilidad de los métodos anticonceptivos aun modernos⁹ contribuyeron a hacer salir de la sombra el tema de la anticoncepción de urgencia.

1.4 El reciente despegue de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia

El uso de métodos anticonceptivos hormonales - orales que combinan estrógenos y progestágenos como anticoncepción de urgencia, no es nada nuevo. Empezó hace más de 30 años cuando el investigador A. Yuzpe lo desarrolló durante los años setenta¹⁰. Sin embargo, hubo que esperar hasta mediados de los años 90 para que aparecieran hechos significativos a nivel internacional que apoyaran el desarrollo y la homologación de píldoras específicamente dedicadas a la anticoncepción post-coital.

En primer lugar, un grupo internacional de 24 expertos reunido en Bellagio (Italia) para trabajar en el desarrollo de la anticoncepción de urgencia y en cómo facilitar el acceso a ella, estableció recomendaciones tanto sobre las investigaciones como las políticas, las informaciones y los comunicados que deberían difundirse. Subrayaron la falta de información tanto de las mujeres como de los profesionales de la salud, la escasez de productos específicos comercializados en esa época, y, la reticencia de algunos profesionales y concluyeron: *“Women everywhere should have access to these safe and effective ways to prevent unwanted pregnancy. We must make access to emergency contraception a reality”* (CSEC, 1995: 211).

Unos meses después fue creado el Consorcio Internacional para la Anticoncepción de urgencia (ICEC) reuniendo a siete organizaciones internacionales comprometidas en el campo de la planificación familiar¹¹. Este consorcio impulsó, entre otras cosas, la creación y la difusión de píldoras específicamente dedicadas al uso de urgencia, firmando un acuerdo con el laboratorio húngaro Gedeon Richter para producir el Postinor-2 y aprovisionar al mercado a precio público preferencial. El ICEC introdujo dicha píldora en cuatro países – México, Sri Lanka, Indonesia, Kenia- como demostración. Paralelamente el ICEC desarrolló modelos y protocolos para la introducción extensiva de la PAU, recogieron datos científicos, hicieron de los datos herramientas pedagógicas, o sea, elementos útiles para apoyar discusiones y decisiones políticas y para la negociación del precio del producto. Posteriormente, también en 1995, la OMS introdujo el régimen combinado Yuzpe para anticoncepción de urgencia en su lista de medicamentos esenciales.

Dos años más tarde, en 1997, la USFDA (U.S. Food and Drug Administration) designó 6 marcas de anticonceptivos orales combinados también utilizables como método anticonceptivo de urgencia eficaz y seguro,

9.- Tanto la ausencia como los ‘fallos’ en el uso de la anticoncepción son las principales causas de los abortos, dejando al margen el caso de los abortos selectivos en algunos países de Asia.

10.- Consiste en una sobredosis de estrógenos y de progestágenos (o sea, mas o menos el equivalente a 4 píldoras combinadas juntas), en dos tomas con 12 horas de plazo entre cada toma, y eso dentro de un plazo de entre 12 y 72 horas después de la relación sexual potencialmente fecundante.

11.- The Concept Foundation, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Pacific Institute for Women’s Health, Pathfinder International, PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Population Council, World Health Organization Special Programme of Research, Development, and Research Training, in Human Reproduction (WHO/HRP).

y autorizó dos píldoras de urgencia específicas: en 1998, *Preven*, una combinada, y, en 1999, *Plan B*, una de progestágenos ya homologada en más de 39 países en esa época. De hecho, las investigaciones ya demostraban la mayor eficacia de las de progestágenos¹².

Según el ICEC (International Consortium for Emergency Contraception) y a pesar de la falta de datos para varios países, por lo menos sabemos que actualmente hay 37 fabricantes produciendo 66 píldoras registradas y que la Píldora Anticonceptiva de Urgencia está disponible en más de 140 países¹³.

1.4.1 Facilitar el acceso a la información y al producto (PAU)

Desde el principio fue subrayada la necesidad de facilitar el acceso rápido a la PAU y de elaborar políticas públicas en este sentido. Blackburn, Cunkelman y Zlidar (2000) destacan cuatro puntos claves:

- 1- Simplificar los recursos: con la implantación de líneas telefónicas que ofrezcan información a las mujeres e indiquen los dispensadores disponibles (USA, México, China, Inglaterra, Sri Lanka...)
- 2- Formar a diversos distribuidores: es decir, los que pueden proporcionar la píldora a demanda de las mujeres, por ejemplo, los farmacéuticos (USA -estado de Washington; Reino Unido...)
- 3- Eliminar los obstáculos médicos inútiles: como los exámenes ginecológicos o la prueba urinaria para diagnosticar un embarazo.
- 4- Ofrecer la píldora en venta libre: la mayoría de las mujeres deciden por si mismas cuando necesitan usar la PAU y no es necesario un examen médico previo. Con un producto especializado fácilmente identificable, tampoco se necesita una receta. La venta libre puede además aumentar la eficacia del tratamiento, reduciendo el plazo para procurárselo.

Norlevo fue la primera píldora de progestágenos distribuida sin receta en Europa (precisamente en Francia), decisión sostenida por la evidencia científica y las pruebas de inocuidad de las píldoras de progestágenos. Actualmente la PAU se puede obtener sin receta (“*over the counter*”) en 44 países. Pero en realidad, observa el ICEC, sería mas conveniente decir “*behind the counter*”, porque en la mayoría de los casos, a pesar de que esté disponible sin receta, hay que pedírsela al farmacéutico. En pocos casos (Holanda, por ejemplo) las mujeres la encuentran directamente sobre las estanterías de las farmacias sin necesidad de pedírsela a persona alguna.

La venta libre sigue provocando debate y oposición en diversos países (entre ellos España, volveremos luego sobre este punto). Paralelamente, el modo de distribución varía según el país, la política adoptada, y las organizaciones comprometidas.

1.4.2 Prestar especial atención a las poblaciones más sensibles

En la literatura de las organizaciones internacionales se considera que cualquier mujer del mundo en edad reproductiva debería acceder fácil y libremente a la Píldora Anticonceptiva de Urgencia, sin embargo, grupos de población con necesidades “especiales” aparecen, de forma argumentada, como más sensibles aún a la accesibilidad a la PAU.

- las jóvenes. Se considera que las adolescentes corren riesgos psicológicos, sociales y sanitarios

12.- La mayoría de estas informaciones se encuentran en un capítulo especialmente dedicado a la píldora de urgencia, en un número de Population Reports (Blackburn, R.D., Cunkelman, J.A., & Zlidar, V.M. 2000).

13.- Confrontar los datos reunidos en el sitio web <http://www.cecinform.org> (última consulta, agosto 2008).

mucho más acentuados, en caso de embarazo no deseado, que el resto de la población; se caracterizan por una actividad sexual más esporádica y menos previsible que la de los adultos y esperan más tiempo antes de solicitar los servicios de salud reproductiva. La desaprobación general en cuanto a su actividad sexual contribuye a la falta de información adecuada. Por lo tanto, el recurso a la PAU puede contribuir a evitar abortos y también a derivar las chicas hacia otros servicios sanitarios donde recibirán consejos adaptados a su salud reproductiva.

- las mujeres víctimas de violencia doméstica. Frecuentemente, estas mujeres no pueden negociar ni el uso de anticoncepción ni tampoco el ritmo y las circunstancias de las relaciones sexuales con su pareja y, algunas de ellas, rechazan todo recurso anticonceptivo de larga duración. Además, en estas circunstancias relacionales, un embarazo – aun mas, cuando no deseado- puede provocar episodios de violencia. De aquí la importancia de que cada servicio de acogida de mujeres (hospitales, casas de acogida, pisos tutelados, refugios, etc...) pueda disponer del producto y proponerlo. En documentos recientes del Centro por los derechos reproductivos (2004), se insiste mucho sobre el hecho de que la violación es una violencia extendida que afecta a las mujeres tanto casadas como solteras en varios países del mundo.
- las refugiadas. Las mujeres refugiadas, frecuentemente pierden el acceso a la anticoncepción y pueden además ser víctimas de violencia sexual tanto durante su huida como en los campos de acogida. Por eso, la OMS introdujo los anticonceptivos de urgencia en su cartera sanitaria de urgencia, y subraya la importancia de su suministro en los manuales dedicados a la atención sanitaria y a la salud reproductiva de las poblaciones refugiadas.

1.4.3 Un estatuto particular...

A pesar de una difusión cada vez más amplia desde finales de los años 90', el acceso a la píldora anticonceptiva de urgencia sigue encontrando obstáculos. Unos son políticos, otros más ideológicos y movilizan varias normas de género en cuanto a la sexualidad, la procreación y la actitud ante la anticoncepción.

Ziebland (1999) observa que el tema de la falta de información y de conocimiento sobre la PAU (tanto de los médicos como de las mujeres) surge sistemáticamente en toda la literatura especializada como LA dificultad principal, cuando se trata de analizar el poco uso del método y el retraso de algunos países para homologarlo y/o elaborar políticas de difusión eficaz. A pesar de un mejor conocimiento del funcionamiento de la PAU, la asimilación errónea de dicha píldora a un medicamento abortivo persiste y sigue teniendo repercusiones sobre las actitudes negativas de los médicos y sobre las de las mujeres susceptibles de usarla.

Pero la falta de información no puede, por si sola, explicar y justificar las variaciones situacionales entre países y/o estados dentro de un país (por ejemplo, USA) ni tampoco las actitudes de los sanitarios que se encuentran las mujeres cuando solicitan este producto. Normas y representaciones sostienen actitudes y valoraciones de las prácticas sexuales, de las mujeres y del método en sí mismo. Más concretamente, se pueden observar categorizaciones entre usuarias responsables / irresponsables en los servicios de planificación familiar, expresadas por médicos o enfermeros, particularmente cuando se trata de jóvenes y/o de mujeres que han utilizado varias veces la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (Hawkes, 1996;cf. Ziebland, 1999).

Existe también el temor a las consecuencias del uso sin receta, una medida particularmente discutida. Algunos médicos (e, incluso, otro personal sanitario) se oponen utilizando como argumentos, los siguientes: el riesgo de que las mujeres renuncien al uso de otros métodos anticonceptivos más “normales”; el acceso todavía más fácil a la sexualidad y a prácticas desprotegidas; la pérdida de oportunidades para orientar a las mujeres hacia otras soluciones anticonceptivas. Sin hablar del temor de las consecuencias físicas del uso repetido de la píldora, etc. (Ziebland, 1999, op.cit).

Examen ginecológico, prueba urinaria para comprobar el embarazo -ambos inútiles-, la literatura muestra

varios obstáculos a un acceso sencillo y rápido al método (ICEC 2003, Blackburn, R.D., Cunkelman, J.A., et Zlidar, V.M. 2000); obstáculos también a un uso sereno, cuando el consumo se acompaña de un discurso y/o una actitud que transmite a las usuarias que el uso repetido perjudicará su salud y que mejor utilizar un método más adaptado.

Como observa Ziebland, refiriéndose a Hawkes (1996), representaciones y ansiedades parecen transmitirse a las mujeres de manera indirecta; empleando un discurso de apariencia 'médico-científico' más que del discurso moral en sí mismo. Según Ziebland, eso puede ser resultado de la tensión existente entre, por un lado, las preocupaciones en términos de salud pública (desarrollar medidas para limitar los embarazos no deseados) y, de otro lado, las preocupaciones de los profesionales centrados en las necesidades anti-conceptivas individuales. Pero más allá, todo parece ocurrir como si el hecho de que intervenga después del acto sexual, diera a la anticoncepción de urgencia un estatuto y una posición muy particular. "Una diferencia-clave entre la Píldora Anticonceptiva de Urgencia y otros métodos (a parte del DIU post-coital, comparativamente menos utilizado) es el momento del uso. Una demanda de anticoncepción que se formula en la estela inmediata de un encuentro sexual, perturba lo que Hawkes refiere como "el ordenado, racional ethos del planning familiar" (Hawkes, 1995) [...] La organización de la planificación familiar y el lenguaje específico empleado para referirse a este, fue descrito a través de su contribución a la 'de-sexualización' del control de los nacimientos (Stycos, 1977). Algunos investigadores han observado que, mientras las imágenes sexuales se usan para vender todo tipo de productos desde confitería hasta automóviles, estas fueron rigurosamente evitadas en la promoción de la anticoncepción. La anticoncepción de urgencia ocupa quizás una posición particularmente incómoda en el campo, porque ella desobedece la de-sexualización, al necesitar una respuesta a un episodio sexual específico y reciente. La incomodidad y el apuro, a veces agudo, que acompañan los casos de demanda y suministro de la PAU pueden reflejar la posición anormal que ocupa la anticoncepción de urgencia como método que se usa después del acto sexual (Ziebland, 1999, 1416).

2. EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LA PAU EN: FRANCIA, EE.UU. Y SUECIA

A continuación, presentamos la situación de algunos países que han desarrollado políticas públicas sobre el acceso a la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (Francia, California-USA y Suecia) y analizamos las medidas específicas orientadas a la población inmigrante en ellos radicada.

2.1 Francia: libre acceso a la PAU

Francia introdujo la Píldora Anticonceptiva de Urgencia más tarde que otros países europeos pero fue el primero en dispensarla sin receta. La primera píldora fue una combinada (Tetragynon), ésta fue autorizada en diciembre de 1998, y, una píldora de progestágenos (Norlevo) lo fue en abril de 1999. Un mes después de la autorización de comercialización, apoyándose en la evidencia científica respecto a la seguridad y la eficacia, y, con el objetivo de mejorar su uso, el Ministerio de la Salud puso en marcha la distribución sin receta del Norlevo, directamente en las farmacias.

En diciembre 1999, se implementaron medidas para facilitar el uso de la PAU a los menores. Las enfermeras escolares tuvieron la autorización oficial de proveer Norlevo a los adolescentes en los colegios e institutos. Esta medida fue suspendida entre junio del 2000 y marzo del 2001. Asociaciones muy conservadoras como “Elegir la vida: por la objeción de conciencia al aborto”; “Promover”, “Asociación por el Respeto del Ser Humano”, “Francia-Valores” etc., pusieron un recurso al Consejo del Estado argumentando la ilegalidad de la estrategia de Royal (Segolène Royal era ministra delegada de educación, en ese momento). El Consejo de Estado declaró ilegal el protocolo nacional con lo cual la ministra no tuvo otro remedio que recurrir a la redacción de una ley específica.

El marco de la aplicación concreta de la ley n°2000-1209, del 13 de diciembre de 2000 (decreto de aplicación del 23 de marzo 2001) es muy estricto. Para las menores, la enfermera debe indicar los lugares existentes para su consecución, proponer una visita al médico y una entrevista con los padres o tutores legales- proposición que la menor puede rechazar-. Si no hay un médico o un centro de planificación accesibles y, en caso de desamparo, la enfermera puede excepcionalmente dar la píldora, asegurándose de la toma y del respeto de la posología. Para las mayores, la enfermera indicará los lugares para conseguirla y ayudará, si es necesario, a concertar una cita. Propone también el contacto con la familia. Otra vez, si no hay disponibilidad de médico o centro y en caso de desamparo, suministrará la píldora de forma excepcional (cf. Ley 2000-1209 del 13 de diciembre, 2000 relativa a la anticoncepción de urgencia, decreto de aplicación N°2001-258 DU 27-3-2001- JO DU 28-3-2001, Boletín Oficial del Ministerio de Educación Nacional y del Ministerio de Investigación n°15, 12 de abril 2001. www.education.gouv.fr/bo/2001/15/ensel.htm

Después, en agosto del año 2001, el Gobierno decidió reembolsar el 65% del costo de dicha píldora (precio 7,58€) cuando había sido prescrita por el médico y, cinco meses después, fue decidida la distribución gratuita en las farmacias para las menores de edad. Las mujeres de más de 18 años pueden conseguirla en la farmacia pagando el precio total si no tienen receta médica, y pagando el 35% del precio cuando sí la tienen. La otra píldora – Tetragynon- disponible sólo con receta, fue retirada del mercado francés en 2004.

En 2005, según la encuesta Baromètre-Santé, el 15,2% de las mujeres de entre 15-49 años declararon haber usado la píldora de urgencia, frente a un 8,9%, en 2000. Por grupos de edad habían utilizado la PAU, el 31,5% de las más jóvenes (15-19 años) y el 31,8% de las de entre 20-24 años. La proporción alcanza al 16,8% para las mujeres entre 25-34 años y al 8,6% de entre 35-49 años. Por tanto, son los dos grupos más jóvenes los que muestran un aumento más acusado del uso de la PAU; para ambos grupos el uso se ha duplicado entre 2000 y 2005. Casi el 20% de las mujeres de entre 15 y 19 años la usaron en los 12 meses anteriores a la encuesta (DREES, 2007).

Una encuesta pionera llevada a cabo en 2003, con una muestra de 397 mujeres, compara las características de las usuarias de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia con las que nunca la han usado. Según los resultados, el 71% de las mujeres conocen la PAU y el 9% la han usado al menos una vez - la mayoría la usaron una sola vez-. La tasa de uso es más elevada para las jóvenes, las solteras, las de mayor nivel educativo (estudios superiores). No se observan diferencias en función del tamaño del hábitat, el hecho de vivir en pareja o no, ni según la importancia atribuida a la religión.

Las usuarias de la PAU se caracterizan por: haber tenido más parejas sexuales en su vida, más antecedentes de ETS y haber realizado una IVE con más frecuencia que las no usuarias. Pero, sobre todo difieren en los métodos anticonceptivos que utilizan unas y otras: las usuarias de la PAU utilizan, en general, menos anticonceptivos y declaran más abstinencia periódica que las no usuarias.

Las circunstancias que llevan a utilizar la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (PAU) a estas mujeres francesas son: tener un problema con el anticonceptivo: ruptura o retención del preservativo u olvido de la píldora pero, no siempre que se dan estas circunstancias se toma la píldora de urgencia. Solo un tercio lo hicieron, a pesar de ser muchas más las que declaran conocerla. Esto revela un problema de acceso y de conocimiento de las modalidades de uso (la cuarta parte de las mujeres conocen el plazo de 72 horas pero la mayoría piensan que es menor) (Goulard et al., 2003).

Otro estudio, con 1365 mujeres que habían solicitado abortar en 2002, muestra que la mayoría de las mujeres muestrales (89%) habían oído hablar de la píldora de urgencia antes de ir a hacer una IVE. Pero el acceso a la información se muestra desigual. Una mala situación económica, el origen extranjero (fuera de Europa), y, el bajo nivel de estudios son factores que contribuyen al desconocimiento. Solo el 23% saben que se puede conseguir sin receta y el plazo de la toma. Las mujeres de más de 25 años, con niños y las mujeres que reciben ayudas sociales son las que menos conocimientos tienen sobre estas cuestiones.

El 38% de estas mujeres declaran que tuvieron conciencia del riesgo de embarazo en el momento de la relación sexual que lo causó, el 32% pensaron que no tenían riesgo; y, el 25,5% no pudieron identificar la relación que causó el embarazo. Esta conciencia depende del tipo de método usado: más alta cuando se usa el condón, la marcha atrás, o nada, que cuando se usa la píldora o la abstinencia periódica. Ello depende también de la condición social (las mujeres con más estudios, solteras, sin niños) y se revela más alta para las mujeres que no querían tener la relación sexual que causó el embarazo: 57,7% para las que la aceptaron pero no la deseaban; 80% para las que fueron forzadas y 46,7% para las que la deseaban.

Sin embargo, la principal razón para no tomar dicha píldora es considerar no correr riesgos; es el caso del 48% de las candidatas a la píldora (las que no desean el embarazo, conocen la píldora, y, tuvieron conciencia del riesgo) y del 61,2% de todas las mujeres que no han tomado la píldora en esta muestra. Luego, el 22,4% piensan que es demasiado tarde y el 13,8% no saben dónde encontrarla. En otras palabras, una parte de las mujeres han cambiado su percepción del nivel de riesgo, entre el momento de la relación sexual, y más tarde. Los autores subrayan que la percepción de las mujeres cambia con el tiempo, el caso más común es una relación sin condón o con olvido de píldora, las mujeres consideran de hecho que corren un riesgo pero después piensan que no están en la fase crítica de su ciclo menstrual. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta posible reevaluación (en los dos sentidos pero sobretodo del riesgo al no riesgo y, muy pocas veces, al revés) sería importante tener píldoras de reserva para facilitar la toma inmediata cuando hay conciencia inmediata del riesgo (Moreau et al. 2005).

Otro estudio comparando las características de las usuarias y los determinantes del uso antes y después de permitirse el acceso directo a la PAU en las farmacias, muestra el crecimiento claro del recurso a la píldora por parte de las más jóvenes entre los dos periodos. Pero las desigualdades de uso y acceso según el nivel educativo y la localización geográfica persisten en 2004 a pesar del acceso sin receta introducido en ese período.

Se ve también la fuerza de la norma social en cuanto a la paternidad/maternidad de los jóvenes, estos se muestran más motivados para evitar un embarazo demasiado temprano y, por tanto, son más propensos a recurrir a la Píldora Anticonceptiva de Urgencia.

Los casos de uso reciente (durante los últimos 12 meses) de la PAU dependen de los perfiles socio demográficos. Se trata de mujeres más jóvenes, solteras y sin niños. Y, dentro de este grupo, el uso varía según la religión declarada y se revela más alto para las musulmanas. En la variación según la religión, se puede ver la situación de las mujeres musulmanas enfrentadas a normas contradictorias sobre el sexo premarital, entre las normas familiares tradicionales y los valores seculares franceses. La presión social para no tener relaciones sexuales antes del matrimonio conduce a descuidar la sexualidad y rechazar el proyecto de uso regular de un anticonceptivo y a expresar la necesidad de evitar un embarazo solamente cuando ya han tenido relaciones sexuales. Para ellas, el acceso directo a la PAU es una ventaja, por la privacidad que permite (Moreau et al., 2006).

Hasta el día de hoy los estudios hechos en Francia sobre la píldora de urgencia no se han dedicado específicamente a la población inmigrante. Que sepamos, y según nuestras informantes en Francia, no existen actualmente acciones específicas para diseñar la información sobre la Píldora Anticonceptiva de Urgencia orientada a un público inmigrante. Dicha píldora fue incluida en la última campaña nacional sobre anticoncepción (2006), aparece en un folleto que presenta los diferentes anticonceptivos y cómo se consiguen, en una parte consagrada al tema “que hacer en caso de problema”.

La Asociación Francesa para la Anticoncepción presenta en su sitio web una animación sobre la PAU: su funcionamiento y la manera de conseguirla (www.contraceptions.org). Sin embargo, las herramientas de comunicación desarrolladas por el INPES (Instituto nacional de prevención y educación para la salud) en varios idiomas (ruso, inglés, español, árabe, cróele) incluye la promoción del preservativo femenino pero no de la PAU.

2.2 Estados Unidos: el largo debate entorno al ‘Plan B’

El caso de los Estados Unidos es algo más complejo que el caso francés, como lo ilustran los puntos principales de lo que podemos denominar el “novelón” del Plan B, expuestos a continuación¹⁴.

En 1999, la US Food and Drugs dio su autorización de comercialización / distribución a la píldora de progestágenos ‘Plan B’, con receta¹⁵. En abril de 2003 el laboratorio Barr cursó una petición a la Food and Drugs Administration (FDA) para dispensar ‘Plan B’ en venta directa y sin receta -“over the counter” (OTC). La FDA convocó un comité consultivo cuyos miembros se posicionaron casi todos a favor de dispensar ‘Plan B’ directamente y sin receta (OTC). A pesar de eso, la FDA retrasó su decisión hasta anunciar, un año después, que rechazaba la petición (en mayo de 2004) por falta de información respecto a las chicas menores de 16 años. En junio, el congreso americano pidió un informe sobre la decisión de la FDA, este fue entregado en mayo de 2005 y concluye que la decisión de la FDA sobre el ‘Plan B’ era muy poco común y quizás ya hubiera estado tomada meses antes de su anuncio oficial.

Mientras tanto el laboratorio Barr solicitó, en julio 2004, una autorización para distribuir ‘Plan B’ con receta para las chicas menores de 16 años... y, sin receta para las demás. La FDA sobrepasó el plazo de respuesta de 6 meses. Todavía 5 meses más tarde, respondió que el ‘Plan B’ era seguro para las chicas mayores de 17 años pero anunció que se precisaba un plazo adicional indefinido para tomar la decisión debido a que

14.- Los datos e informaciones destacados en este capítulo provienen de dos sitios web principalmente: <http://ec.princeton.edu>; <http://www.pharmacyaccess.org>;

15.- Plan B (progestágenos) es la única píldora de urgencia disponible en los Estados Unidos. Existía Preven, una combinada autorizada desde 1998, pero desapareció del mercado.

quedaban tres cuestiones por resolver. Esas cuestiones eran :

- ¿Puede 'Plan B' estar disponible a la vez sin receta y con receta, en función de la edad?
- ¿Se pueden comercializar las versiones con receta y sin receta con el mismo paquete?
- ¿Puede 'Plan B' cumplir la restricción sobre la edad?

Para responder a las dos primeras preguntas se abrió un plazo complementario, para el debate público, de 60 días.

En julio 2006 la FDA sugirió al laboratorio que sometiera otra vez su petición proponiendo el cambio de la restricción de edad para la venta sin receta a 18 años y más. En agosto, el laboratorio cursó la solicitud para la venta OTC a consumidores de 18 años y más, y con receta a las chicas de 17 años y menos. A finales del mismo mes, la FDA, aceptó la petición.

'Plan B' solo se puede conseguir en farmacias, para ello se debe presentar un documento demostrando la edad. Según la FDA, el laboratorio es responsable de que se cumpla la restricción de edad. El laboratorio tiene que formar a los farmacéuticos sobre la píldora y la prueba de edad, vigilar la aplicación del reglamento y enviar compradores-controladores para verificar si se cumplen las normas.

Evidentemente la decisión de la FDA en cuanto a las menores (obligarlas a ver a un medico) parece muy poco eficiente salvo para complicarles la vida. De hecho parece muy fácil eludir la restricción. Basta pedir a un familiar, una amiga o un amigo mayor que la compre. Los chicos a partir de 18 años pueden comprar 'Plan B' pero no pueden hacerlo ni con receta antes de los 18 años. Además, no hay restricción sobre la cantidad de píldoras que se pueden comprar.

Según parece, la FDA evitó durante todo el debate responder a las preguntas sobre la viabilidad de la restricción de edad. A pesar de dicha restricción varios estudios internacionales muestran que un acceso fácil a dicha píldora (Plan B u otras, en otros países) no aumenta los riesgos que corren ni adolescentes ni adultos. Y de hecho, las secciones de revisión y el comité asesor de la FDA, además de varias organizaciones medicas importantes - American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics, Society for Adolescents Medicine- apoyan el acceso sin receta y sin restricciones de edad a 'Plan B'.

Nueve estados (California, Washington, Alaska, Hawaii, Nuevo Mexico, Maine, New Hampshire, Massachusetts y Vermont) han votado una legislación que permite a farmacéuticos especialmente cualificados proveer 'Plan B' sin receta a las mujeres, en el marco de un acuerdo de colaboración con médicos. A menos que dichos estados cambien su legislación, la decisión de la FDA de 2006 no cambiará estas prácticas y programas especiales.

2.2.1 El ejemplo de California

En California, los farmacéuticos comprometidos en el programa de distribución de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia han seguido sesiones de formación. La Asociación de Farmacéuticos de California ha prestado la mayoría de estas sesiones de formación en el Estado con Pharmacy Access Partnership¹⁶. Otros grupos y universidades participaron también en la fase de inicio - demostración del programa que empezó en 2000/2001. Inicialmente eran cursos de 20 horas (8 de trabajo personal en casa y 12 de "clases"). Después de un año se redujeron a 2 horas en casa y 4 horas de formación directa. La mitad del programa estaba dedicado a los asuntos médicos y la otra mitad a la promoción de competencias para una comunicación eficaz y a la gestión de situaciones sensibles como el derecho del menor de edad a un

16.- Pharmacy Access Partnership (1999 es un centro del Instituto de Salud Pública – Public Health Institute, una de las mas importantes organizaciones independientes y sin ánimo de lucro en Salud Pública, en Estados Unidos. La vocación de Pharmacy Access Partnership es: extender el acceso de los consumidores a los servicios de anticoncepción y de salud reproductiva en las farmacias, y dar a estas un papel más importante en la promoción de la salud comunitaria.

servicio confidencial, los abusos, etc. La mayoría de las sesiones eran conducidas por un farmacéutico y un educador de salud y planificación familiar. Una organización reconocida en formación para la planificación familiar (*Center for Health Training*) ayudó al desarrollo de herramientas y programas de estudios por la parte no clínica.

Las sesiones se desarrollaron en todo el Estado incluso las zonas rurales y alejadas durante los 18 primeros meses de implementación¹⁷. Después, varias cadenas de farmacias lanzaron su propio programa. De modo que, actualmente, es más difícil de estimar el número de farmacéuticos formados. Según los datos encontrados en el sitio web, en junio de 2007, 3.500 farmacéuticos han recibido una formación en anticoncepción de urgencia en California y 1.100 farmacias proveen la anticoncepción de urgencia. El precio de 'Plan B' varía según las farmacias. Generalmente, los farmacéuticos que la dispensan cobran entre 20 y 50 US\$, o sea, entre 14 y 34 euros y pueden cobrar 7 euros más por la consulta. Varias clínicas de planificación la suministran gratuitamente a mujeres desfavorecidas o adaptan el precio según una escala de ingresos.

Desde 2004, un mínimo de una hora de formación es exigido por la ley californiana para ser acreditado y proveer la anticoncepción de urgencia. Pharmacy Access Partnership lanzo un programa "online", revisado y re-acreditado en julio de 2007. Después de esta hora de formación, el profesional debe ser capaz de describir el papel de los profesionales de la salud en el aumento del acceso a la anticoncepción de urgencia; listar sus beneficios en salud; establecer las indicaciones de uso, la dosis, y el plazo del tratamiento; describir la farmacología tanto de la píldora de progestágenos como de la combinada; y, listar las cuestiones clínicas en cuanto al suministro de dicha píldora a las mujeres.

Este vasto programa de promoción de la anticoncepción de urgencia en California se apoyó sobre una estrategia de comunicación basada en:

- 1) el envío masivo de correos a 2000 entidades repartidas en todo el país – organizaciones comunitarias, clínicas de planificación familiar, de salud comunitaria, departamentos locales de salud, etc.
- 2) el lanzamiento de la EC-Help Hotline (hasta 2006) y del sitio web (www.ec-help.org). Ambos recibieron 60.000 visitas y llamadas durante los dos primeros años de funcionamiento. También fueron desarrollados materiales de información tanto para el público como para los farmacéuticos (ver anexos).

Los farmacéuticos son legalmente acreditados por el Estado, para distribuir a cada mujer que recibe la anticoncepción de urgencia un folleto aprobado por el consejo de farmacias del Estado. Este existe en 11 idiomas: inglés, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong¹⁸, coreano, ruso, español, tagalo¹⁹, vietnamés.

El folleto de instrucciones de uso es un documento opcional disponible en ocho idiomas: inglés, camboyano, chino, hmong, coreano, español, tagalo, vietnamés. Otras herramientas (que la ley no obliga a distribuir) existen en inglés y español : hoja de consentimiento, ficha para el farmacéutico que recoge información clave sobre la situación de la mujer con el fin de mejorar el servicio dado; folleto sobre el uso apropiado de la anticoncepción después de la toma de la píldora de urgencia; folleto de información sobre la obtención de 'plan B' en el mostrador (derechos y procedimiento – lo que el consumidor debe saber) y otro diseñado por el personal de la farmacia – lo que el personal debe saber; folleto de información sobre los mecanismos de acción: cómo y dónde conseguirla y el programa desarrollado en California; folleto de primera información "sabías que..."; carta para adolescentes. Todos estos documentos se pueden descar-

17.- Las 4 horas de formación directa costaban 45 \$ US.

18.- Uno de los dialectos del pueblo Hmong, pueblo originario de la parte sur de China. Dos de los dialectos del idioma Hmong son particularmente usados en Laos, Vietnam, Birmania y Tailandia.

19.- Idioma oficial en Filipinas, junto con el inglés.

gar directamente del sitio web del Pharmacy Access Partnership²⁰.

Queremos subrayar que uno de los programas desarrollados por Pharmacy Access Partnership está dedicado a la acogida y la comunicación en salud reproductiva con pacientes latinos – más de un tercio de la población de California. El programa de competencia lingüística y cultural se compone de un video, un documento de 50 páginas y un folleto de referencias rápidas.

En fin, recientemente el Instituto del Pacífico para la Salud de las Mujeres²¹ junto con Pharmacy Access Partnership pusieron en marcha una campaña de información sobre la píldora dedicada a los adolescentes de origen latino y afro-americano, cuyas tasas de embarazos y nacimientos son, en el condado de Los Ángeles, de las más altas del Estado, e incluso, del país. Las postales en español y en inglés están basadas en una investigación que muestra que las chicas quieren más información sobre anticoncepción de urgencia, y sobre donde encontrar servicios confidenciales y respetuosos. Las postales serían distribuidas primero en las escuelas de Los Ángeles, las farmacias, las peluquerías, los bares y restaurantes, después en todo el estado, y, finalmente, a nivel nacional.

Otra investigación llevada a cabo en California, estudió el impacto de tener una Píldora Anticonceptiva de Urgencia de reserva sobre las prácticas de consumo de las mujeres. Para ello, trabajaron con 1.130 mujeres, de ellas el 53% tenían un paquete de reserva y el 47% restante recibieron solamente folletos informativos. Comparando estos dos grupos, los investigadores observaron que el hecho de tener la píldora de reserva contribuye a aumentar su probabilidad de uso, pero no presentaban diferencias en los comportamientos anticonceptivos ni en la asunción de riesgos entre los dos grupos. Sin embargo, incluso con una píldora de urgencia a mano, muchas mujeres – casi la mitad- siguieron teniendo relaciones sexuales sin tomar la PAU después, debido a la baja percepción del riesgo de quedar embarazada.

Los autores han observado diferencias entre los grupos étnicos en cuanto a las prácticas anticonceptivas. Las hispanas son las que más usan métodos barreras (condones, diafragma...) y también las que declaran menos eventos arriesgados (o sea, coito interrumpido; olvido de la píldora, sexo sin protección) comparando con los otros grupos. Las mujeres blancas declaran menos fallos del condón y más uso del coito interrumpido y las asiáticas son las que declararon más uso del coito interrumpido. Las afro-americanas declararon la tasa más alta de eventos arriesgados (64% de los casos): mayor uso incorrecto de la píldora y mayor número de relaciones desprotegidas. El uso de la píldora de urgencia varía también según el grupo, más alto para las asiáticas (21%) que para la afro-americanas (17%). Las jóvenes parecen adoptar una posición más liberal en el sentido de que son significativamente menos numerosas las que manifiestan que no pedirían el permiso de su pareja para tomar la píldora de urgencia y que dicha píldora es peligrosa porque incita a la gente a no usar otros métodos. Pero otra vez hay diferencias significativas: las hispanas son más propensas a pedir permiso a su pareja, las blancas a considerar que la píldora de urgencia es segura, las asiáticas a pensar que se sentirían más tranquilas si pudieran hablar con una enfermera antes de tomarla, y las afro-americanas las que menos la tomarían si se las olvidara usar otro método. Mientras que la religión no aparece globalmente como una causa importante de rechazo de la PAU (solo 7%), sí lo es el hecho de no saber donde conseguir la píldora (caso del 25% de las hispanas) (Walsh et al. 2006).

20.- Consultar el folleto de información básica, la hoja opcional para el farmacéutico, el folleto de instrucciones de uso, el folleto sobre la toma de anticonceptivos después de la píldora de urgencia, el poster para la farmacia, los folletos sobre lo que debe saber el consumidor/ farmacéutico y la carta para adolescentes, en: <http://www.pharmacyaccess.org/ECServiceMaterials.htm> y <http://www.pharmacyaccess.org/ECPromotionalOpps.htm>

21.- El Pacific Institute for Women's Health (PIWH), es una ONG fundada en 1993 por un grupo de investigadoras feministas y expertos en salud pública. Su misión es incrementar la habilidad de las mujeres y jóvenes para tomar decisiones informadas y controlar su sexualidad y reproducción.

2.3 La rápida y amplia difusión de la PAU, en Suecia

La primera anticoncepción de urgencia (método Yuzpe) fue autorizada en Suecia en 1994. La píldora de urgencia de progestágenos (Norlevo) fue comercializada en mayo de 2000 y se puso a la venta sin receta (OTC), en abril de 2001. Su venta creció rápidamente después de su introducción: de 23.809 en 2000 a 167.283 en 2003 (Larsson, 2004). En 2004, su precio era de 13 €.

Estudios comparativos han mostrado diferencias en el uso de la anticoncepción, entre mujeres inmigrantes y suecas. El análisis de los datos producidos a partir de una muestra de 1.289 mujeres que solicitaron un aborto reveló que el 36% habían nacido fuera de Suecia, procediendo de 77 países y 4 continentes. El grupo más importante lo conformaron las iraníes (11%). Las inmigrantes están sobre-representadas, respecto a su proporción en la población general, tienen menos experiencia anticonceptiva, más embarazos previos y abortos que las nativas de Suecia. El nivel de educación y el estatuto de inmigrante aparecen como factores de riesgo para abortar. Teniendo en cuenta la gran heterogeneidad de orígenes de las mujeres, los autores consideran que no hay razón para pensar que estas comparten un rasgo cultural común que explique esta mayor propensión al aborto. Más bien entran en juego las condiciones de vida y el estatuto de inmigrante, frecuentemente asociado a un menor nivel educativo, una red social debilitada, pobreza, desempleo y a la posición alejada de las “vías” comunes de acceso al sistema de salud (Helström et al., 2003).

Esta sobre representación se verifica también en un estudio realizado en Estocolmo, sobre las adolescentes nacidas fuera de Suecia y la segunda generación de inmigrantes. Las chicas tienen más experiencias previas de embarazo y menos de uso de anticonceptivos que las suecas. Todas comparten el deseo de terminar sus estudios y por eso abortan y las nativas se refieren también a su edad (o sea, indirectamente a una dimensión de la norma reproductiva), más que las otras. Según los autores, la falta de experiencia y también de consejo e información anticonceptiva pueden ser determinantes (Helström et al., 2003).

En 2004, Larsson et al. subrayan que la desregulación (venta libre : sin receta y disponible directamente en las estanterías) es una medida importante que favorece el acceso : el 61% de las mujeres de la muestra, afirmaron preferir conseguirla directamente en la farmacia. Sin embargo, casi la cuarta parte tienen dudas y miedos en cuanto a los efectos secundarios y la tercera parte piensan que es un aborto. Larsson subraya que la desregulación no aumenta automáticamente el conocimiento y que se debe acompañar de campañas de información y de mejor acceso a la asistencia sanitaria. La metodología de la encuesta (cuestionario postal) probablemente contribuyó a la pequeña proporción de mujeres inmigrantes que la respondieron (9%), lo que impide el análisis por grupos de población específicos (Larsson et al., 2004).

Tampoco tenemos informaciones más precisas cuando se trata de evaluar con un cuestionario a domicilio el impacto de una campaña de información local sobre dicha píldora, por las mismas razones. Sin embargo, la comparación de la zona de intervención con otra, muestra que el conocimiento, las prácticas y la intención de usar dicha píldora crece tanto en la zona de intervención como en la otra... y los autores concluyen “la píldora de urgencia se está convirtiendo progresivamente en un método más conocido, aceptado y usado en Suecia, una tendencia que puede haber limitado el impacto de la intervención” (Larsson et al., 2004).

Con ocasión de una investigación previa sobre el parto, habíamos constatado hasta qué punto el multiculturalismo está asumido en esta sociedad, por lo menos cuando se trata de informaciones disponibles en Internet y dedicadas al público. Otra vez lo podemos verificar con el sitio web sexaktuell.com. Sirva como prueba, este pequeño extracto de la página de presentación en español:

“Sexaktuell es una página informativa para el que requiera más información sobre sexo y convivencia. Un importante punto de partida para esta página web es que vivimos en una sociedad multicultural, con muchos idiomas diferentes. Por ello, hemos decidido presentar la información en trece idiomas, incluyen-

do el sueco. La idea es que usted, independientemente de su lengua materna, pueda obtener fácilmente información sobre el sexo y la convivencia”.

La información dedicada a la anticoncepción de urgencia incluye una introducción general, la presentación del Norlevo y del método Yuzpe, los DIU de urgencia y los lugares a los que acudir para conseguir estos métodos. Se puede también descargar en PDF un librito de información general de 19 páginas dedicado a los anticonceptivos disponibles en el mercado sueco. Este documento como cualquier otra información -a cualquier nivel de acceso del sitio web- está disponible en: sueco, albanés, árabe, croata, español, inglés, finlandés, francés, farsi, ruso, somalí, tailandés y turco

3. ANTICONCEPCIÓN E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA

En España, la legislación sobre salud reproductiva presenta una historia reciente y lenta. La ley del 11 de octubre 1978 despenalizó el uso de los métodos anticonceptivos reversibles. Cinco años más tarde, en 1983, los métodos irreversibles (bloqueo tubárico y vasectomía) fueron legalizados y dejaron entonces de ser considerados una mutilación. En 1985 se aprobó la ley que despenalizó el aborto en tres supuestos²². Fue preciso esperar hasta mayo de 2001 para que fuera autorizada la comercialización de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia.

3.1 La anticoncepción

Para tener una visión del uso de la anticoncepción en España, disponemos actualmente de diversas fuentes de datos a nivel nacional. Por un lado, la encuesta nacional llevada a cabo por la Sociedad Española de Anticoncepción (SEC) y la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), patrocinadas por el laboratorio Schering. Los resultados están publicados en el Libro blanco sobre la situación de la anticoncepción en España (SEC-FPFE-Schering, 2005) para el período que va desde 1997 hasta 2005. A partir de 2005 la encuesta pasa a ser publicada por el equipo Daphne²³.

Por otro lado, disponemos de los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad del INE llevada a cabo en 1999. Posteriormente, el Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS realizó la Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores en 2006.

Al comparar la información disponible, observamos discrepancias en los datos. Así, encontramos una prevalencia del uso de anticonceptivos del:

71,7% en la encuesta del INE de 1999 (referenciada por Naciones Unidas en 2007); del

61,2% en la encuesta SEC-Schering de 1999; del

71,2% en la encuesta SEC-Schering de 2003, (2005); del

69,6% en 2006 (CIS), y, del

79,7% en el último documento del equipo Daphne (2007).

La diferencia entre los datos aportados por las dos encuestas más recientes, la del equipo Daphne (2007) y la encuesta de Fecundidad del CIS (2006), muestra una discrepancia de 10 puntos en el transcurso de un año. Por lo que no se pueden atribuir fácilmente esos desajustes a las diferencias de fecha de aplicación. Respecto a la definición de la población diana hay un filtro que introduce diferencias. El del CIS calcula la prevalencia para las mujeres sexualmente activas (aquellas que mantuvieron relaciones sexuales completas en las cuatro semanas previas a la encuesta), con pareja estable residiendo en el hogar (casadas o en pareja) y para el resto. La encuesta Daphne se refieren a todas las mujeres en edad fértil, con o sin pareja estable. Además, todas las encuestas utilizan las convenciones generalmente establecidas en cuanto a la edad fértil (15-49 años). Para comprender esas diferencias habrá que recurrir a otros aspectos metodológicos. El tamaño muestral, nos informa sobre los márgenes de error, y, por tanto, sobre la precisión de los datos y las estimaciones.

22.- Primero que esté en riesgo la salud física o psíquica de la embarazada; segundo que el embarazo sea consecuencia de una violación, previamente denunciada; y tercero que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas. En los dos últimos supuestos, la interrupción deberá hacerse dentro de las doce o veintidós primeras semanas de gestación respectivamente. No hay actualmente plazo establecido por el primer supuesto. Un nuevo proyecto de ley está actualmente en debate a nivel nacional, para establecer una ley de plazos del aborto. La casi totalidad (más de 90%) de los abortos responden al primer supuesto, alcanzando hasta el 99% de los casos de las mujeres de menos de 25 años (Delgado y Barrios, 2007).

23.- Se descarga en el sitio web http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/03_Encuesta%20Anticoncepcion%202007%20rueda%20de%20Oprensa%20231007.pdf

Según este criterio, consideramos los datos del INE (N= 7.749 mujeres de 15 a 49 años) y del CIS (5.782 mujeres de 15 a 49 años) más precisos que los del equipo Daphne (N= 2.105 mujeres, en la encuesta de 2007). Pero, pensamos que para explicar las variaciones en los datos sería preciso analizar los diseños muestrales y los cuestionarios: la formulación de las preguntas, los filtros y las convenciones adoptadas en cada encuesta (ver nota número 32). Suponemos que los matices introducidos a través de los instrumentos, explicarían las discrepancias.

No obstante, otorgar mayor credibilidad al INE y al CIS, supone aceptar que el uso de anticonceptivos ha descendido ligeramente en los últimos años, tal vez, debido a la incorporación de mujeres procedentes de otros países o a una iniciación de las chicas más temprana y desprotegida. O, quizás, a la relajación de las costumbres de las mujeres autóctonas, en este ámbito.

3.1.1 La encuesta del CIS-2006

El CIS distingue las mujeres sexualmente activas con pareja estable conviviendo en el hogar, de las sin pareja estable conviviendo en el hogar. Estas últimas constituyen una muestra mucho más pequeña (787 frente a 3.100), de la cual casi el 80% tienen menos de 30 años. La prevalencia anticonceptiva alcanza 85% en este sub-grupo, siendo del 65,7% para las que conviven con una pareja estable. La media ponderada entre estos dos porcentajes es de 69,6%. Por tanto, la prevalencia de uso de anticonceptivos para las mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años era en 2006 en España del 69,6%.

Los datos del CIS de 2006, distinguen también entre los métodos reversibles e irreversibles. Entre los reversibles, el condón es el método más usado: el 24,8% de las mujeres con pareja estable conviviendo en el hogar, y el doble (49,7%) para las otras²⁴. Esto vale para cualquier grupo de edad, salvo el grupo 25-29 años donde el uso de la píldora supera (por poco) al del condón (25,8% vs. 24,8%). La píldora es el segundo método usado: 17,2% de las mujeres con pareja estable, y 27,7% de las otras. Su posición cambia, sin embargo, en dos grupos de edad: el de las de 25-29 donde pasa a primera posición, y en el grupo 45-49 años donde pasa a tercera posición. Detrás se sitúa el DIU, usado por el 6,4% de las mujeres con pareja en casa frente al 2,4% de las otras, y cuyo uso crece con la edad, a partir de 35-39 años. La cuarta posición la ocupa el coito interrumpido, usado por respectivamente el 1,9% y el 0,4% de las mujeres conviviendo con su pareja en el hogar y sin ella, alcanzando hasta el 3,7% de las mujeres de 45-49 años con pareja estable.

No hay sorpresas respecto al uso de la píldora, este uso está más extendido entre las mujeres más jóvenes mientras que el uso del DIU presenta la distribución inversa, igual que la esterilización. Por lo que se refiere al coito interrumpido, subrayamos que tanto las menores de 25 años -para quienes representa el tercer método-, como las de 45-49 años son los dos grupos de edad que más utilizan este método tradicional (Delgado, 2007:120).

Existe también una fuerte asociación entre la tasa de mujeres en edad fértil, con pareja en casa, que no usan anticonceptivos y la edad. Las proporciones pasan del 13% por las de 15-19 años al 38% para las mujeres de 45-49 años. "Aunque la tasa de embarazo es muy baja en los grupos que sobrepasan los cuarenta años, esta relación tiene su reflejo en la proporción de embarazos que acaban en abortos en tales edades, que se sitúan, junto con los menores de veinticinco años, entre las más elevadas (Delgado y Barrios, 2007:120).

Como destaca Delgado, las diferencias de uso de anticonceptivos según el nivel educativo de las mujeres aparecen cuando se distingue entre los métodos reversibles y los irreversibles: así la esterilización es un recurso más frecuente entre quienes tienen menor nivel educativo (16% frente al 8,3% de los universitarios²⁵); dado que tanto la maternidad como el logro del número de hijos deseados suele ser más temprano entre las mujeres con menor nivel educativo. En lo que concierne a los métodos reversibles, son las mujeres con mayor nivel educativo las que presentan la prevalencia más alta. Por lo que respecta a la actividad

24.- Sexualmente activas, sin pareja estable conviviendo en el hogar.

25.- Porcentajes correspondientes a ambos sexos, por ejemplo, el 16% de esterilizados se reparte entre el 8,8% de los varones y el 7,2% de las mujeres.

laboral, ésta no introduce diferencias significativas en el uso de anticonceptivos.

Las mujeres sin pareja estable conviviendo en el hogar no se diferencian mucho de las otras sino por su edad – esta forma de vida es característica de las menores de 30 años-. La casi totalidad de estas mujeres jóvenes usan métodos reversibles: preservativo y píldora anticonceptiva preferentemente.

3.1.2 Anticoncepción y riesgo de embarazo

Si tenemos en cuenta, primero, el uso frecuente del preservativo, segundo, la tasa relativamente baja de uso de anticonceptivos reconocidos por su mayor eficacia y tercero, los fallos inevitables en el uso de los métodos incluso de los considerados más fiables – por ej. la píldora-, el aborto no parece una realidad tan extraordinaria, sino mas bien el resultado de una conjunción de factores ‘propiciatorios’. En diferentes países, las encuestas muestran, por ejemplo, la dificultad del uso regular y sistemático de la píldora, los olvidos que le acompañan y los riesgos de embarazo no deseados que eso implica (Rosenberg et al, 1995; cf. Lete et al, 2008; Trussel et al, 2004). En Francia, a pesar del uso muy expandido de los anticonceptivos considerados eficaces, se estima en un 33% la proporción de embarazos no deseados, de los cuales la mitad acaban en aborto. En el 65% de los casos, las mujeres usaban un anticonceptivo (21% la píldora 9% el DIU, 12% el condón y 23% otros métodos) (Bajos et al. 2003).

Las mujeres españolas no escapan a la ‘regla’ del fallo. Algunos estudios muestran que la menor probabilidad de olvido es una razón para que las mujeres elijan el parche o el anillo (Lete et al., 2007). En otro estudio, son el 71% de las usuarias de la píldora las que mencionan olvidos o tomas retrasadas, frente al 32% y 21,6% de las usuarias del parche y del anillo vaginal que olvidan su aplicación / inserción o que retrasan su retirada (Lete et al, 2008). Estas mujeres tampoco saben qué hacer en caso de olvido o de retraso de la píldora. El estudio de Lete muestra que solo el 14% de las usuarias de la píldora solicitan la píldora post-coital y que el 55,6% no toman medidas para protegerse después ni llaman o van a ver al médico, al farmacéutico o a una enfermera, tampoco se hacen un test de embarazo; se limitan a esperar a la siguiente regla (Lete. et al., 2008).

Más allá de los ‘fallos’ con los métodos anticonceptivos documentados en muchos países, el uso considerado todavía poco desarrollado de la píldora en España tendría también que ver con la confianza relativa en este método y la potencia de algunos “mitos”, según Moran (El País, 26/09/08). La legalización tardía de la anticoncepción moderna (fin de los setenta), la promoción del uso del preservativo con la aparición del sida, y, varias “creencias” – algunas extendidas durante los años setenta por los medios y médicos reacios²⁶⁻, contribuyeron a desarrollar un entorno poco favorable. Paralelamente, varios estudios y profesionales observan que el uso del preservativo no resulta tan fácil; no se usa -sobre todo entre los jóvenes- de manera sistemática o se hace demasiado tarde, etc.

Estos hechos incrementan el riesgo de embarazos no deseados, algunos de los cuales acaban en aborto. Pero no son razones suficientes para explicar su número. Hay que contar también con una tolerancia cada vez menor al embarazo no deseado por parte de las propias mujeres y sus parejas.

26.- La píldora puede ser mortal, provocar artritis, formaciones anormales de la sangre, anomalías biológicas y genéticas, es peor que la talidomida, puede provocar la caída del cabello hasta quedarse calva, etc.

3.2 La Interrupción voluntaria del embarazo

Desde su despenalización, el aborto ha conocido un crecimiento importante en la sociedad española. Los datos analizados por Margarita Delgado y Laura Barrios muestran que la década de los noventa cambió la posición del país respecto al resto de Europa, en lo que concierne la proporción de embarazos que terminan en abortos para las mujeres de entre 15-19 años y las de entre 20-24 años. A la cola de los países de Europa para estos grupos de edad en 1991, en 1999 España superaba al Reino Unido en lo que concierne al grupo de edad de 15-19 años, y a Francia, Italia, Reino Unido, Dinamarca en lo que concierne las 20-24 años. Considerando globalmente la proporción del total de embarazos que acaba en aborto, España sigue en la penúltima posición, a pesar del aumento de la proporción de 8,46 por mil hasta 13,5 por mil entre 1991 y 2008. Durante este periodo, el rejuvenecimiento del aborto es paralelo al envejecimiento de la edad de acceso a la primera maternidad (29 años en 2001) (Delgado y Barrios, 2007).

Entre 1991 y 2001, el perfil socio-demográfico de las mujeres que abortan en España no ha cambiado mucho. Comparadas con la población general femenina en igual tramo de edad, predominan las solteras con estudios secundarios, ocupadas, residiendo en municipios entre 50.000 y 500.000 habitantes y sin hijos. Un cambio notable para las mujeres mayores de 30 años: el desplazamiento del aborto hacia las madres con número menor de hijos (de dos o más en 1991 a ninguno o dos como mucho en 2001). Otro cambio a subrayar: entre las mujeres mayores de 40 años las ocupadas dominan en 2001, frente a las inactivas que lo hacían en 1991.

Delgado y Barrios muestran que son: la situación laboral y el estado civil los determinantes socioeconómicos con mayor fuerza explicativa “así los abortos entre las mujeres paradas, trabajando a sueldo y pensionistas (activas en su mayoría, ya que las pensionistas se sitúan en torno al 1%) se duplican en el año 2001 respecto a 1991. Si son solteras, viudas, separadas o divorciadas –es decir no casadas- cuando conviven en pareja, la cifra está a punto de triplicarse, con independencia de su situación respecto al resto de los determinantes (Delgado y Barrios, 2007:76).

El número anual de abortos registrados por el Ministerio de Sanidad y Consumo sigue subiendo. Se multiplicó por dos entre 1997 y 2006 (alcanzó los 101.592 en 2006 frente a 49.578 en 1997, con una tasa que pasa de 5,52 a 10,62 abortos por 1000 mujeres). Sin embargo, en 2008 por ejemplo, la tasa española de abortos por 1000 mujeres seguía estando entre las más bajas de Europa (13,5 por mil mujeres).

TABLA 4. Tasas de IVEs por 1000 mujeres de cada grupo de edad, 1997-2006. España.

	Año de intervención									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	5,52	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62
19 y menos años	5,03	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53
20-24 años	8,13	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57
25-29 años	6,84	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44
30-34 años	7,57	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12
35-39 años	4,45	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34
40 y mas años	2,27	2,35	2,4	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05

Fuente: Informe 2006, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Por supuesto, este aumento cuestiona también la evolución del registro de las IVEs instaurado en 1986. Y ya sabemos que este mejoró tanto en calidad como en cobertura territorial a lo largo de los noventa. En 1990, sin embargo, se estimaba que alcanzaba al 33% de los abortos declarados, la proporción de los

abortos todavía no registrados. Lo que cambiaba por supuesto la tasa global más cercana del 6,5 que del 4,3 registrado (OSM, 2005). ¿Qué sube, entonces, la calidad del registro o el número de actos? Según el Cimop, si el aumento del número de centros que notifican los abortos incrementó consecuentemente el número de IVEs notificadas, uno duda que se pueda atribuir a esta mejora “administrativa” la totalidad de la subida. El incremento de centros notificantes significa también en parte un aumento de los centros que prestan este servicio y quizás una mayor accesibilidad para un número creciente de mujeres decididas a no seguir con un embarazo inesperado.

La tasa media de IVEs para España fue de 10,62 por mil mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, en 2006. En este período la tasa andaluza fue ligeramente inferior: 10,46 /000. Andalucía es la sexta comunidad detrás de Madrid (14,18/000), Baleares (14/000), Cataluña (13,57/000), Murcia (13,10/000) y Aragón (11,85/000). Las otras 12 comunidades autónomas presentan tasas inferiores.

3.3 La Píldora Anticonceptiva de Urgencia (PAU)

El uso de la PAU en España fue autorizado en marzo de 2001 por el gobierno Aznar, y su difusión comenzó dos meses después. A nivel nacional, el acceso a la anticoncepción en general y a la PAU es muy variable: no hay estandarización de las prácticas ni de las políticas. Los autores del Libro Blanco sobre la Anticoncepción (2005) ya subrayaban tanto la “disparidad absoluta en cuanto a los dispositivos donde se realiza anticoncepción en el Sistema Nacional de Salud, que no sólo es dispar entre Comunidades, sino dentro de una misma Comunidad”, como “la clara discriminación y falta de equidad en la financiación de los métodos anticonceptivos” (SEC-FPFE, 2005:158). El sistema nacional de salud financia solamente algunos anticonceptivos, que además, subraya la FPFE, son las que usan un número reducido de mujeres: la píldora hormonal con solo gestageno (Cerazet), el combinado Ovoplex 30/150, el DIU Mirena y el implante Jadele, considerados los dos últimos de “diagnostico hospitalario” por lo que en atención primaria se necesita visado de inspección; el Diane 35 diario y su genérico (aunque se ha retirado la indicación anticonceptiva). “Pese a que en la cartera de Servicios consta la necesaria asistencia en todos los métodos, no se financian ninguno de los nuevos anticonceptivos orales que contienen menor dosis hormonal, el DIU, los métodos barrera ni la anticoncepción de urgencia” (FPFE, 2008:12).

Recientemente, un artículo del País apoyado en datos de la FPFE subrayaba la variedad y la complejidad de la casuística española para la dispensación de la píldora anticonceptiva de urgencia. señalando que en lo que sí suelen coincidir las administraciones, “para más confusión, es en la falta de información que reciben las mujeres que la necesitan para evitar un embarazo no buscado”. Y mientras unas comunidades la prescriben y dispensan gratuitamente en servicios autonómicos, otras expiden receta sin financiación para comprar en farmacias por 20 euros la pastilla “un precio excesivo” para adolescentes y personas con rentas muy bajas (El País, 11/09/2008).

Concretamente, son ocho las comunidades autónomas que han establecido algún tipo de normativa propia para regular la prestación, estableciendo las pautas y la organización de la dispensación de la PAU: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Navarra. No existe normativa de ámbito comunitario pero sí Protocolos o Guías de ámbito provincial en Madrid y en el País Vasco. Y, no existe ningún tipo de normativa en Canarias, Castilla-la Mancha, Comunidad Valenciana, La Rioja y Murcia.

Por no ser incluida entre las prestaciones farmacéuticas del Servicio Nacional de Salud, la PAU no es financiable con las recetas oficiales y no se puede adquirir con las recetas de la seguridad social en ninguna comunidad. En diez comunidades se prescribe y dispensa en centros del Servicio Autónomo de Salud, hay una financiación autonómica y la usuaria no tiene que abonar ningún importe. Son las ocho comunidades ya mencionadas más Castilla y León y Extremadura. En las otras siete comunidades autónomas se prescribe en los centros del servicio autónomo de salud mediante receta blanca y se dispensa en farmacia con

un coste de 19 euros²⁷.

Tener una normativa, sin embargo, no significa que no haya varios obstáculos concretos para su desarrollo y aplicación. Entre otros obstáculos, destacamos: rechazos y derivaciones de las mujeres a otros centros por falta de información o escasez de medios; pocos servicios de fin de semana; y profesionales que se acogen a la objeción de conciencia- práctica muy extendida en algunas comunidades.

3.4 Anticoncepción y PAU en Andalucía

Ya hemos comentado que Andalucía ocupaba, en 2006, la sexta posición entre las Comunidades Autónomas en cuanto a la tasa de abortos (10,46/000) alcanzando así la media española pero sin superarla. Paralelamente, hay pocos datos globales sobre el consumo de anticonceptivos en Andalucía. La encuesta del CIS: *Fecundidad, familia y valores* (2006), aporta datos para cada comunidad autónoma. En la pequeña parte de la muestra andaluza que respondió a la pregunta sobre el uso de anticonceptivos durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta (N= 282/N total Andalucía= 937)²⁸, el preservativo aparece el primer método (39%), seguido por la píldora 25,2%, la esterilización masculina y femenina (12,4 % y 10,6%) y el DIU (6,7%). En esta pequeña muestra, ninguna de las mujeres usaron crema, espumas o esponjas espermicidas, ni la abstinencia periódica ni tampoco la Píldora Anticonceptiva de Urgencia.

Según Isabel Ramírez, en la mayoría de los casos en Andalucía, la planificación familiar se realiza en los centros de salud (primer nivel de atención sanitaria), está incluida en la consulta de medicina general -la información y los consejos sobre métodos anticonceptivos son realizados, en ocasiones, aparte por un profesional de enfermería (matrona o enfermero/a). Existe también el segundo nivel de atención especializada donde se remiten los DIUs, si el medico correspondiente no les pone. Al tercer nivel -quirúrgico, son remitidos los bloqueos tubáricos y las vasectomías-. La autora del capítulo andaluz en el Libro blanco, observa que los desplazamientos de personal dificultan el conocimiento claro de la oferta en los centros de salud, y, por ejemplo, es difícil saber si existe una consulta específica o no, si se ofrece solo la información o si se prescribe también el DIU, incluso si finalmente se lo pone (Ramírez Polo, 2005).

Para obtener un método anticonceptivo hormonal, el tiempo de espera está calculado entre menos de 1 mes y 2 meses. La obtención del DIU a través de atención primaria necesita entre 1 y 2 meses. Si se necesita pasar al segundo nivel (en el caso que el propio medico no ponga el DIU) 1 a 2 meses más se añaden a los 2 primeros (hay que acudir primero a atención primaria) o sea 4 meses de proceso en total. En cuanto a los métodos irreversibles, legalmente la lista de espera debe ser de menos de 6 meses. Pero la gente no conoce este derecho y el tiempo de espera es superior.

En Andalucía son financiadas dos píldoras (Ovoplex y Cerazet) además de la PAU, el implante de levonogestrel (Implanon) en el marco de investigaciones o si el profesional hace una demanda justificada y por escrito al hospital, el DIU de cobre, el DIU de levonogestrel (suministrado en algunos hospitales para menorragia y en muy pocos centros de salud para anticoncepción), la vasectomía y la ligadura tubarica.

27.- Para un retrato más detallado sobre la situación de cada comunidad autónoma, ver el documento de la FPFE (2008). El libro blanco de 2005 también mostraba muy claramente la fuerte inequidad entre comunidades e incluso entre provincias.

28.- Respuesta a la pregunta hecha solo a quienes tienen menos de 50 años, han tenido alguna relación heterosexual completa, no están embarazadas, han tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y utilizaron algún método anticonceptivo: ¿qué método de protección anticonceptiva, o combinación de métodos, ha utilizado Ud. o su pareja en las últimas cuatro semanas?

Estudio 2639. Fecundidad y valores en la España del siglo XXI. Fecha: abril 2006. Lugar: Comunidad de Andalucía. Tamaño muestra: 937. Población: residentes, mujeres de 15 años y más. Edición: Opiniones y actitudes. CIS, 59.

3.4.1 PAU: Andalucía, pionera con algunos obstáculos

Andalucía fue la primera comunidad autónoma española en administrar la PAU gratuitamente en mayo de 2001. La normativa establece que la prescripción y dispensación la debe realizar el personal facultativo de los Centros de Salud, Hospitales, Servicios de urgencias hospitalarios y de Atención primaria, aunque establece como servicio de atención preferente centros de planificación familiar, atención y educación sexual a jóvenes. Es de tenencia obligatoria en los botiquines de todos los centros asistenciales del SAS al formar parte de la medicación de urgencia de los mismos (FPFE, 2008).

La posición pionera del gobierno Andaluz y de la Consejería de Salud en 2001 contribuyó a que se siguiera la evolución de la distribución de dicha píldora y a que el SAS procurara datos anuales. Estos datos muestran el crecimiento de la demanda, pasando de una media de 3.223 mujeres atendidas al mes en 2001 a 5.156 en 2006. Entre Mayo y diciembre 2001, 25.785 mujeres fueron atendidas en toda Andalucía. En 2006, fueron 61.870. Desde 2001, las mujeres que solicitaron la PAU tenían menos de 20 años (un 30-35%) y más de 20 años el resto (65-70%). La mayor parte de las prescripciones concierne a mujeres entre los 20-24 años. El número de menores de 14 años es ínfimo y las adolescentes de 14-16 años constituyen un 8,9% del total de las demandas, un porcentaje sin variación a lo largo de los años. En cuanto al uso reiterado de la PAU, en 2006, más de un tercio (37%) de las mujeres demandantes había ya usado anteriormente dicha píldora (Vizueté Rebollo, 2007 y 2006).

En suma y según la misma fuente, en Andalucía, las tasas anuales por cada 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) muestran un aumento progresivo del uso de la PAU, pasando del 14,91/000 en 2001 al 35,63/000 en 2005.

Un informe interno del SAS, evalúa la distribución de la PAU en Andalucía (2006). En él se estudia la situación en 51 centros de salud, 12 servicios de urgencia extrahospitalarios, 11 servicios de urgencias hospitalarios y 1 centro de enfermedades de transmisión sexual. Este informe identifica e informa sobre los siguiente fallos en el sistema:

- falta de accesibilidad en dos zonas: por restricción de horarios u oferta únicamente en un centro de la zona
- falta de material de apoyo y folletos: 30% de los centros evaluados,
- la información que algunos centros envían a los servicios centrales no se puede constatar (información incompleta o sin rellenar...).
- registro de la actividad: dos hospitales no cumplimentan la ficha y paralelamente se solicitan y registran los datos de identificación de las usuarias.
- los facultativos que se niegan a la prescripción no cumplimentan la ficha, en consecuencia, no se sabe nada de los rechazos.

Como en muchos otros países, el objetivo de los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza, era bajar la tasa de abortos que estaría creciendo “dramáticamente” entre la población adolescente. Para ello, la administración sanitaria autonómica incluyó entre sus prestaciones la dispensación gratuita de la píldora postcoital²⁹. De hecho, en 2007 se constata un aumento de las IVEs más moderado que en años anteriores para la población de 15-19 años, aunque ese descenso no se puede atribuir directamente al incremento del uso de la PAU “no hemos realizado un análisis pormenorizado del tipo de mujeres que hacen uso de uno y otro servicio” afirma su autora (Vizueté, 2006). Por otro lado, ni los datos recogidos en cuanto a las IVEs ni los datos sobre el uso de la PAU procuran información sobre las mujeres extranjeras.

29.- Cita textual : “con el objetivo fundamental de evitar embarazos no deseados en adolescentes y reducir el número de IVEs” (Informe del grupo de trabajo sobre dispensación de la píldora postcoital en la provincia de Granada, Abril, 2008, Delegación de Salud, J.A.).

3.4.2 ¿Objeción de conciencia u objeción al placer ajeno?

En Andalucía, al igual que en el resto del territorio nacional, se producen variaciones, en la relación entre la demanda y el número de mujeres finalmente atendidas, entre las diferentes provincias. Buscando elementos que expliquen esta situación, los responsables del SAS subrayan el desajuste que existe entre la situación “prescrita” (accesibilidad y oferta universal) y la situación real. En la práctica, muchos facultativos usan la objeción de conciencia, mientras que la actitud de otros provoca la desconfianza en las mujeres, sobre todo en las jóvenes. Las y los profesionales que se inhiben de la prescripción de la PAU, lo hacen por: “consideraciones morales, desconocimiento del mecanismo de acción del tratamiento; por hacer una interpretación restrictiva del ‘menor maduro’, negando la prescripción a menores de 16 e incluso de 18 años; por miedo a posibles acciones judiciales de padres y tutores. En muchos casos este comportamiento es el resultado del aumento de las demandas de usuarios del sistema que lleva a muchos profesionales a practicar la denominada ‘medicina defensiva’” (FPFE, 2008). Otros argumentan que la alta tasa de actividad durante los fines de semana en los servicios de urgencia impide dar la información adecuada a las jóvenes. De hecho, las tasas de mujeres atendidas por provincia en 2005 pasan del 25/28 (por cada mil mujeres en edad fértil) en Jaén, Sevilla o Almería, al doble en Granada, provincia con la tasa más elevada de mujeres atendidas: 60/000.

Fue uno de nuestros observadores privilegiados, un médico de familia de un centro de salud de una capital de provincia andaluza quién nos facilitó el titular de éste epígrafe. En su opinión no hay lugar para la objeción de conciencia respecto a la PAU, por tanto aquellos que lo utilizan como argumento para no dispensarla son simples ‘objectores del placer ajeno’. Objectores que plantean una seria problemática al sistema de salud porque este servicio queda desatendido en numerosas ocasiones. Para intentar paliar sus efectos el SAS habría arbitrado un sistema que garantizaría que no coincidan dos médicos objectores en la misma guardia.

Según la autora del balance andaluz sobre anticoncepción y aborto, Ramírez Polo (2005): es necesario tener cuidado al valorar los datos: el programa oficial de la comunidad se ajusta poco a la realidad. Más allá de las buenas intenciones, en muchos casos hay profesionales que no están preparados, ni motivados ni sensibilizados. En los 20 centros sondeados para este estudio, una media del 30% de los profesionales son objectores, aspecto fundamental en los centros en los que no hay una consulta específica con un profesional concreto. Por tanto, “lo que debiera ser un acceso fácil y de atención rápida se convierte en un supuesto y hay grupos poblacionales para los que acceder a un método anticonceptivo es muy difícil ya que si se lo niegan en su centro no disponen de dispositivos de apoyo ni otras posibilidades de asistencia, salvo reclamaciones, otras complicaciones o que otro profesional del centro se haga cargo del caso sin contraprestación alguna”. Los testimonios de las mujeres insisten en las dificultades arbitrarias impuestas por numerosos profesionales médicos, al uso de la PAU y el peregrinaje al que se ven sometidas.

3.5 Las mujeres de origen extranjero: una población identificada como vulnerable

Las estadísticas generales tanto en lo que concierne a la anticoncepción como al aborto no procuran información sobre la situación de las mujeres de origen extranjero. Por ello, tenemos que remitirnos a los resultados de investigaciones específicas³⁰. Llama la atención el hecho de que de manera general, en la literatura encontrada, tanto en las presentaciones en congresos como en artículos sobre anticoncepción y/o salud reproductiva, las mujeres de origen extranjero son designadas como un grupo vulnerable, muy presentes entre las que solicitan IVEs, y con dificultades de acceso a la anticoncepción.

30.- Sin embargo, una marca del interés cada vez mayor por una situación “nueva” y todavía poco conocida, es la presencia más frecuente de ponencias y comunicaciones sobre el tema de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, en los congresos de la Sociedad española de anticoncepción (SEC) a partir de 2004. Ver el área científica del sitio web de la SEC http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/index.php

En lo que refiere a las IVEs, según un informe reciente del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), los datos recogidos y analizados en la clínica Dator de Madrid muestran el crecimiento progresivo de la proporción de usuarias no españolas entre 1994 y 2005 (del 11% al 45%) y según los datos del Boletín epidemiológico de la comunidad de Madrid (BECM) más de la mitad de las IVEs notificadas en Madrid en 2004 corresponden a mujeres no españolas (53,3% del total) con las proporciones más altas entre los 20 y 34 años (BEMC, 2005). El estudio dirigido por Victoria Virtudes a partir de 15.000 encuestas en 12 clínicas privadas de Madrid, Barcelona, Valencia, Tenerife y Andalucía muestra el mismo fenómeno: casi la mitad de las mujeres que acudieron eran extranjeras (48,8%), pero la proporción varía según la comunidad, el porcentaje más alto registrado corresponde a Valencia (70%) y el más bajo a Canarias (26%). Según esta encuesta, son las ecuatorianas las que más recurren al aborto, seguidas de las rumanas, las bolivianas, las peruanas y las colombianas. Por su parte, el estudio de Pilar Barroso García et al. sobre las solicitudes de IVE 1998-2002 en el distrito sanitario Levante-Alto Almanzora de Almería, muestra una proporción del 52,7% de solicitudes de mujeres inmigrantes³¹. Sus demandas no son más tardías que las del resto de las mujeres -95% del total de las IVEs solicitadas presentaban menos de 12 semanas de gestación-. A partir de 20 años y hasta 34 años, las solicitudes de mujeres inmigrantes son más numerosas que las de las autóctonas - 60,6% del grupo 20-24 años, 58% de las entre 25-29 años y 70,7% de las entre 30-34 años. Antes (15-19 años) y después (35 hasta 49 años) no se observan diferencias. Los datos muestran también que las demandas de las mujeres inmigrantes han crecido durante este periodo, pasando del “0”% de las solicitudes en 1998 hasta el 69,7% de estas en 2002, evolución paralela al aumento de la presencia de inmigrantes desde 1999 en esta zona (Barroso García, 2005).

A partir de los datos madrileños sobre las IVEs, que son los únicos disponibles por país de origen, los autores del informe del ministerio de sanidad y consumo hicieron una extrapolación, calculando las tasas madrileñas por edad y aplicándolas al conjunto de la población inmigrante femenina de España en edad fértil³² entre 1996-2004. A partir de la estabilidad de las tasas para las mujeres españolas resultantes de la extrapolación, los autores deducen que el reciente incremento de las tasas de aborto “se relacionan fundamentalmente con el cambio en la composición de la sociedad española que incluye ahora colectivos que modifican, al menos temporalmente, las estadísticas” y que las diferencias estimadas de las tasas (de 6 por mil para las mujeres españolas hasta casi el 30 por mil para las otras) “reforzarían la hipótesis de la relación entre las dificultades de las mujeres inmigrantes para acceder a métodos anticonceptivos adecuados y a servicios de salud sexual y reproductivos y el recurso al aborto” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006:25).

Sin embargo, también podemos leer en Delgado (2005) que las extrapolaciones basadas sobre la realidad madrileña “son estimaciones arriesgadas por dos motivos: los datos de Madrid, con fuerte peso de población inmigrante, no son “extrapolables a toda España” y los otros estudios “carecen de una muestra estadísticamente representativa”. “De todas formas, es evidente que aumenta la incidencia del aborto entre las extranjeras”, añade Delgado (Consejo de las mujeres del municipio de Madrid, 2005).(www.consejomujeresmadrid.org/noticia.asp?id=792).

Lo dicen los autores del mencionado informe, no deberíamos quedarnos sólo con las cifras, sería pertinente investigar sobre las dinámicas que contribuyen a configurar esas cifras. Así, las prácticas anticonceptivas utilizadas en el país de origen, las normas en cuanto a la construcción de la familia y a la edad de tener hijos, el peso de los hijos en la identidad social y de género, las relaciones de género y las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, son aspectos que podrían contribuir a explicar esos números.

31.- La población inmigrante recibe asistencia sanitaria mediante tarjetas de reconocimiento temporal con una validez de un año hasta que se regulariza su situación. Esta tarjeta permite acceder a cierta información sobre ellas como grupo.

32.- Lo que no deja de tener sus límites, subrayados por los mismos autores: esta estimación tiene dos limitaciones de importancia: 1) al elaborar las tasas específicas, probablemente el denominador (población extranjera del padrón) podría estar sub-representado, con lo que las tasas estarían sobre-estimadas; 2) si la población total de mujeres inmigrantes no tuviera el mismo perfil que las inmigrantes de Madrid respecto al país de origen, hábitos reproductivos, situación socio-económica y laboral -y por lo tanto tasas de IVE- esta estimación variaría. En todo caso, y mientras la variable país de origen no esté recogida en el protocolo de IVEs, es un acercamiento que nos puede ayudar a entender la evolución de las tasas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006:25).

Una investigación cualitativa realizada en Madrid en 2003 con profesionales socio-sanitarios que atienden a las mujeres que solicitan una IVE, en diferentes momentos del circuito de la demanda, muestra que según sus experiencias, las características socio-demográficas de las mujeres son variadas. Las ecuatorianas son las más numerosas, luego las colombianas, las rumanas y las marroquíes. Se trata de mujeres de más de 25 años en su inmensa mayoría, con un nivel escolar bastante alto para las mujeres de Europa del Este (superior) hasta situaciones de analfabetismo para, entre otras, las mujeres latino americanas procedentes de zonas rurales. Trabajan en el servicio doméstico, o son amas de casa (las marroquíes). En conjunto, podría hablarse de mujeres en situación de precariedad tanto laboral como económica, con poca cobertura social, sin regularización, poco apoyo familiar y sin su pareja en España.

El aborto está relacionado con la ausencia del uso de anticonceptivos o con el uso de métodos poco seguros, y, sin recurso posterior a la Píldora Anticonceptiva de Urgencia. Para las pocas mujeres que usaban un método anticonceptivo en el país de origen, la llegada a España supone una ruptura por dos razones: tratarse de métodos diferentes y venir solas, sin su pareja. Estas circunstancias conducen a embarazos no deseados, especialmente a las mujeres latino americanas que desorientadas con las diferencias, desconfían del método de sustitución³³ y se enfrentan al rechazo del preservativo por parte de la pareja, -cuando la tienen, dado que la mayoría dejaron a su pareja en el país de origen- o compañero esporádico.

En este estudio, las mujeres marroquíes según los profesionales usaban menos anticonceptivos, por desconocerlos, no querer (ellas o sus parejas) o por creencias religiosas y/o rechazo de la pareja. Las rumanas tuvieron frecuentemente la experiencia del aborto en su país y recurrirían a él de nuevo si les fallará su método anticonceptivo.

Otros obstáculos son: no tener receta y el precio del anticonceptivo, los profesionales subrayan también de manera transversal, la resistencia masculina a usar los preservativos. Desde el punto de vista de los profesionales, se trata también de trabajar por la adecuación y la extensión de las prácticas anticonceptivas y particularmente de la píldora de urgencia a la cual según ellos, estas mujeres suelen tener peor acceso (Llacer Gil de Ramales et al., 2006).

La reducción de los embarazos no deseados y de los abortos de las jóvenes/adolescentes fue el argumento más recurrente para tomar la decisión a nivel nacional en 2001 sobre la difusión de la anticoncepción de urgencia. En el debate que acompañó la decisión tanto a nivel nacional como a nivel de las comunidades autónomas, las mujeres extranjeras no aparecían. Pero de nuevo, en las investigaciones, las inmigrantes son frecuentemente designadas como el segundo grupo más vulnerable -junto con las jóvenes- y con menos accesibilidad a la PAU. En un pequeño estudio con trabajadoras del sexo extranjeras en Asturias (188 mujeres procedentes de varios países) presentado en el congreso 2004 de la SEC³⁴, se dice que la PAU fue poco usada en la última relación sexual y que sólo el 12% manifiestan saber usar la PAU. Más recientemente, un estudio llevado a cabo entre 2006-2007 en las comunidades madrileña y valenciana, en 8 clínicas privadas acreditadas y con 783 mujeres solicitantes de IVE, muestra que más del 60% de las mujeres inmigrantes de cualquier origen nunca han recibido asesoramiento sobre anticoncepción, y que la proporción de las que lo solicitaron en los 2 últimos años es menor entre las inmigrantes. El acceso a la información escrita fue más importante en la Comunidad Valenciana. No saber a dónde acudir es mucho más común entre las inmigrantes que entre las españolas. La proporción de no uso de anticoncepción como causa del embarazo actual era más importante entre las extranjeras, pero disminuye a medida que aumenta la duración de la estancia. Las razones para no usar anticoncepción varían poco según el origen. La primera expresada incluso para las españolas es la dificultad de negociación del uso de preservativo y son las mujeres de América del Sur las que más lo mencionan (49%). La oposición de la pareja al uso del preservativo es la segunda razón para todas, excepto las africanas que mencionan antes la falta de familiaridad con los anticonceptivos de aquí - tercera razón para el resto de las mujeres. La posibilidad de hacer una IVE es la cuarta razón mencionada y, finalmente, se señalan las creencias.

33.- Allí predominan la esterilización femenina, los inyectables y los métodos tradicionales.

34.- La presentación desafortunadamente no menciona a los autores.

Ahora bien, de manera general, las creencias cuentan muy poco comparado con los obstáculos concretos: materiales y relacionales, muy condicionados estos últimos por la dominación masculina. La diferencia entre las mujeres no reside tanto en el orden de las razones expresadas como en las proporciones. Estas diferencian más a las españolas de las otras mujeres que a las extranjeras entre ellas. El estudio muestra también el menor conocimiento de las inmigrantes: más de la mitad no conocen la PAU (vs. 6% de las españolas), las tres cuartas partes no saben dónde procurársela (vs. 21%), y, sólo el 10% de las mujeres extranjeras la habían usado alguna vez frente al 30% de las españolas (Rio et al. 2008).

4. EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE LA PAU EN LOS PAÍSES DE ORIGEN DE LAS INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA

A continuación presentamos datos más específicos para: Marruecos, Rumanía y Ecuador - Bolivia. Subrayamos, para empezar, que los datos recopilados por la ONU y presentados en su retrato mundial bianual, no permiten aislar cifras e informaciones precisas sobre el uso de la PAU. Dicha píldora entra en la categoría estadística “otros métodos modernos” que reúne “la PAU, el preservativo femenino y métodos modernos no presentados separadamente”, sin más precisión. Entran quizás también en esta última sub-categoría el parche intradérmico hormonal y el anillo hormonal vaginal. Tenemos pues, que buscar por otros caminos la información sobre este método.

Hemos decidido centrarnos en los países de origen de los grupos de inmigrantes en función de su representación numérica en territorio español. Estos países son, según el último Anuario Estadístico de Inmigración: Rumanía, con 686.733 ; Marruecos, con 672.864 y Ecuador con 388.157, le siguen Colombia, Bulgaria... Por lo que se refiere a la presencia de mujeres inmigrantes, los números siguen el mismo orden y son los siguientes: rumanas, 304.452; marroquíes, 253.064; ecuatorianas, 195.951 (Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor según nacionalidad y régimen de residencia, INE, 30-6- 2008).

Si nos centramos en Andalucía vemos que hay 522.806 extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia y se distribuyen del siguiente modo por provincias: Almería, 125.000; Cádiz, 31.997; Córdoba, 20.569; Granada, 58.620; Huelva, 34.058; Jaén, 19.279; Málaga, 173.316 y Sevilla con 59.967 (INE, 30-6-2008). Los datos sobre las principales nacionalidades de los residentes en cada provincia corresponden al 31-12-2006 y reflejan lo siguiente:

TABLA 5. Principales nacionalidades de los residentes en las provincias andaluzas

	1ª Nacionalidad	2ª Nacionalidad	3ª Nacionalidad
ANDALUCÍA	Marruecos	Reino Unido	Rumanía
Almería	Marruecos	Rumanía	Reino Unido
Cádiz	Reino Unido	Marruecos	Alemania
Córdoba	Marruecos	Ecuador	Colombia
Granada	Marruecos	Reino Unido	Rumanía
Huelva	Marruecos	Rumanía	Portugal
Jaén	Marruecos	Ecuador	Colombia
Málaga	Reino Unido	Marruecos	Italia
Sevilla	Marruecos	Ecuador	Colombia

Fuente: INE; Anuario Estadístico de Inmigración, 2006:180.

Ya sabemos que el crecimiento de la población extranjera censada residente en Andalucía fue muy importante durante los noventa pasando de 48.722 en 1991 hasta 143.394 en 2001 (IEA). La población extranjera se convirtió en los 90' en uno de los factores clave del crecimiento de la población andaluza hasta suponer entre un cuarto y un tercio de su crecimiento al final de esta década. En 2005, había 326.831 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, el 40% de ellos en el régimen comunitario. Este mismo año, en Andalucía, 67.803 extranjeros tuvieron una respuesta favorable en el último proceso de normalización documental. La repartición geográfica de la población extranjera empadronada se caracteriza por una concentración en las zonas de Málaga y Almería, seguido por Sevilla, Granada y Huelva. En las dos primeras zonas, el porcentaje de nacidos de madres extranjeras superaba la media andaluza: 24,8 (Almería) y 17,6 (Málaga) frente al 10,2 para toda la comunidad, en 2004 (Fernández Merino y Lama Herrera, 2007).

Siguiendo a estos autores, la razón hombre/mujer muestra un equilibrio relativo entre los dos sexos, salvo en el caso de los africanos para quienes residían 2,3 hombres por cada mujer en 2003. Al revés, la pro-

porción de hombres de América Latina es un poco inferior a la de las mujeres, sin embargo, el índice sube paulatinamente desde finales de los noventa, hasta alcanzar 0,9 en 2005. Se trata de una población joven; el grupo predominante es el de 15-39 años.

En 2005 (31/12), se evaluó en 64.485 el número de documentos de reconocimiento temporal a la asistencia sanitaria. Este documento emitido en los distritos de atención primaria permite la asistencia sanitaria a la población inmigrante sin normalización documental, durante un año, renovable si la situación administrativa no ha cambiado. Almería y Málaga eran, en 2005, las provincias que reunían el número de documentos más importante (respectivamente 25.637 y 14.546), luego Sevilla (7.742) y Granada (4.724).

A partir de este documento temporal se puede obtener una aproximación sobre la procedencia de la población no regularizada en 2005; la mayor parte procedía de la Europa no comunitaria antes de la incorporación de los países del Este (EU-15) seguida de América del Sur y del norte de África; este orden cambia según las provincias. Se trata sobre todo de una población joven (el grupo 15-39 años es mayoritario y los 20-29 años representan casi su mitad). Los hombres predominan entre los 15-45 años (57,2% vs. 42,8%) y a mayor edad, las mujeres (57,4% vs. 42,6%) (Fernández Merino y Lama Herrera, 2007).

Tras este breve retrato de la población extranjera residente en Andalucía, nos trasladamos a sus países de origen para observar qué está ocurriendo en ellos en el campo de la anticoncepción.

4.1 La autorización de la PAU y las prácticas anticonceptivas en Marruecos

Según nuestras búsquedas, la PAU está autorizada en Marruecos desde hace muy poco tiempo (mayo del 2008) y fue el primer medicamento autorizado por la nueva ministra marroquí de salud, después de su llegada al puesto. Su decisión puso un punto final a casi 10 años de espera -desde la primera demanda de autorización del laboratorio marroquí Sothema (en 1999)-, de silencio ministerial y de movilización de la Sociedad Marroquí de Fertilidad y Anticoncepción (SMFC). Dos laboratorios han conseguido en 2008 la autorización. La PAU cuesta 94 DHs y se expide con receta –medida lamentada por los profesionales que subrayan la contradicción que esto supone con las recomendaciones de la OMS y el carácter de “urgencia” de dicha píldora-. Teniendo en cuenta tanto su precio como la necesidad de la receta y de la consulta, los médicos piensan que el método Yuzpe tiene todavía mucho futuro. Hay que subrayar también que no hay prevista ninguna campaña de sensibilización por parte del ministerio de salud (Ziraoui, 2008).

A pesar de diferencias persistentes entre las zonas rurales y urbanas y según el nivel educativo³⁵, la evolución del índice sintético de fecundidad (ISF)³⁶ muestra un drástico cambio de la situación en los últimos 40 años: pasó de 7 niños/mujer en 1962 a 5,6 en 1979- 80 y 2,5 en 2000-05. Esta bajada de la fecundidad es muy clara en todos los grupos de edad (Ayad, 2005, cap 4). El porcentaje de mujeres que son madres antes de los 18 años es, en este país, del 8%.

35.- El analfabetismo de la mujer rural alcanzaba cuotas de hasta un 89% en 1999, mientras que en las zonas urbanas era del 49%. Para el conjunto del país, el analfabetismo era del 52% en 2001, cifra que se reduce al 34% para las generaciones entre 15 y 24 años (cf. Samper, 2006 :112)

36.- El número medio de niños por mujer durante su vida fértil, teniendo en cuenta las tasas de fecundidad específicas para cada grupo de edad.

Según los datos de la última encuesta sobre la población y la salud familiar (EPSF) 2003/ 2004³⁷ (El-Arbi, 2005, cap 5) el programa nacional de planificación familiar establecido en Marruecos en 1966 con la responsabilidad del ministerio de la salud, ganó terreno a partir de los setenta y ochenta con la intervención de subsidios privados y la extensión de las “visitas a domicilio de motivación sistemática” (VDMS). El uso de la anticoncepción subió consecuentemente. En 2003/04, el 63% de las mujeres de 15-49 años, casadas, usaban un método anticonceptivo en el momento de la encuesta: el 55% un método moderno y el 8% un método tradicional o popular³⁸. Esto supone un aumento global de 5 puntos desde 1997 (58%), de 21 puntos desde 1992 (42%) y de 44 puntos desde 1980 (19%).

El método más usado sigue siendo la píldora (3/4 de los métodos modernos), luego el DIU (5,4%), el coitus interruptus (4,4%), el ritmo (3,8%), el amamantamiento (2,8%) y la esterilización femenina (2,7%).

Es interesante subrayar la reducción de la diferencia en el uso del anticonceptivo según la zona rural (60%) o urbana (66%); una diferencia todavía más pequeña cuando se trata de los métodos modernos: 53% vs. 56%. La frecuencia dentro de las zonas urbanas no ha cambiado desde 1997, pero sí la de las zonas rurales que recuperan su retraso rápidamente (+8 % desde 1997). Paralelamente, las diferencias persisten según el nivel educativo (61% para las mujeres sin educación vs. 69% para las más instruidas); el número de niños (11% para las nulíparas vs. 65% para las que tienen 1 o 2 niños y 74% de las con 3 o 4 niños); y el nivel económico (58% para las mujeres pertenecientes a las familias más pobres frente al 70% para las de las familias más favorecidas.

El recurso a la anticoncepción sigue haciéndose mayoritariamente después del nacimiento del primer vástago (53,3%). Sin embargo, ahora casi una cuarta parte (23,3%) de las mujeres no tenían hijos cuando usaron un anticonceptivo por primera vez y este uso que retrasa la llegada del primer descendiente ha aumentado mucho para los grupos de edad más jóvenes (actualmente, el 66% de las de 15-19 años, el 45% de las de 20-24 años), y también mucho desde 1992 (respectivamente, para estos grupos de edad en 1992: 21% y 18%).

El sector público³⁹ -y esencialmente los centros de salud- proporcionan métodos anticonceptivos a más de la mitad de las mujeres (56,4%), pero eso cambia según el tipo de método. Los métodos de larga duración o definitivos se consiguen casi exclusivamente en el sector público (inyectables, DIU, esterilización femenina). La mitad de las mujeres (49,3%) consiguen la píldora (método más usado) en el sector privado (las farmacias) y la otra mitad en el sector público. La píldora, luego el DIU y, después, en proporciones equivalentes, los inyectables y la esterilización femenina son los métodos con más potencial de demanda y de uso ulterior.

Entre las mujeres casadas, una buena parte de las usuarias, especialmente del DIU y de los inyectables, han dejado de usarlos (una o varias veces) durante los últimos cinco años, evocando los efectos secundarios y las problemas para la salud como razones de su discontinuidad. Si se trata de todos los métodos juntos, el deseo de tener otros hijos es la causa de abandono más constantemente evocada. Paralelamente, más de 8 de cada 10 mujeres casadas han declarado no tener información sobre los efectos secundarios del método elegido (El Arbi, op cit, 2005). Respecto al divorcio, se calcula que afectaba entre el 30 y 40% de las mujeres, dejando de ser un fenómeno característico de las clases más bajas para afectar a gran parte de la estructura social, afirmaba Chafai en 1998 (cf. Samper, 2003:115)

37.- El nivel educativo de las mujeres ha mejorado para las generaciones más jóvenes, sin embargo, menos de la mitad de las chicas de entre 15 y 19 años alcanzan el nivel secundario -la casi totalidad sin terminarlo, y más de la cuarta parte de las chicas de esta edad no tienen estudios (la tasa alcanza al 73% de las mujeres de entre 45-49 años). Se estima, en la encuesta, en la mitad del conjunto la proporción de mujeres analfabetas. La inserción en el mundo laboral tampoco está muy desarrollada. Menos del 20% de las mujeres muestrales trabajaron durante los 12 meses anteriores a la encuesta (esencialmente trabajo manual cualificado y agricultura) y el empleo es todavía menos frecuente cuando las mujeres están casadas. Las 3/4 de las mujeres que trabajaron y ganaron dinero deciden solas la manera de usarlo pero, sobre todo, las divorciadas y las viudas y un poco menos las casadas (70,6%). Y en realidad, muchas de ellas dedican este dinero a la economía familiar y soportan gran parte de los gastos del hogar.

38.- Métodos modernos = esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, inyecciones, implantes, condón, diafragma, espermicidas vaginales y el método del amamantamiento materno y de la amenorrea (MAMA). Métodos tradicionales = el ritmo, el coito interrumpido y otros métodos populares como hierbas, tisanas, etc.

39.- Hospital gubernamental, maternidad, centro de salud, dispensario, visitas a domicilio, equipo móvil, etc.

En Marruecos, el aborto está inscrito al capítulo de los crímenes contra el orden de las familias y la moralidad pública del código penal. La ley reconoce únicamente el aborto terapéutico cuando está en peligro la salud de la madre (hemodiálisis, cardiopatía, diabetes aguda, trastornos psiquiátricos). Con lo cual el aborto clandestino está muy extendido, con las condiciones características de este tipo de situación: desigualdades de acceso a las prácticas más seguras, abusos financieros, dramas relacionales y trastornos psicológicos, secuelas físicas, muerte de la mujer, etc⁴⁰. Según la Asociación Marroquí de Planificación Familiar, se hacen entre 300.000 y 400.000 abortos clandestinos cada año. Estimación que no deja de sorprendernos dada la clandestinidad de las prácticas.

4.2 Rumanía: acceso diferencial a la anticoncepción y a la PAU

La anticoncepción de urgencia (tanto DIUs como PAU) existe en Rumania y forma parte de las estrategias para reducir el recurso al aborto e incrementar el uso preventivo de anticonceptivos. La PAU se puede conseguir en clínicas de planificación familiar públicas y privadas. Según un informe de la OMS de 2004 “no hay cifras exactas de la frecuencia de uso de este método porque no existe un sistema de registro de la información” (OMS, 2004). Podemos leer también que antes de 1989, la píldora que contiene 750 µg de levonorgestrel era llevada a Rumania desde Hungría, y era una de las más vendidas en el mercado negro⁴¹ de anticonceptivos. “Aun sin información adecuada sobre la forma de usarlas, estas píldoras eran frecuentemente utilizadas como anticonceptivos regulares, especialmente en la parte norte del país” (WHO, 2004:41). Después de 1989, ante la inexistencia de píldoras anticonceptivas de urgencia, se usaba el régimen Yuzpe. Una nueva píldora, especialmente dedicada al uso de urgencia fue registrada y comercializada en los años 2002/2003. El precio era de 120.000 lei, equivalentes a 4\$USA, en 2004, es decir, más cara que la píldora anticonceptiva tradicional, pero menos que el aborto. Sólo se puede conseguir con receta médica. Según refleja el informe de la OMS, pocas mujeres entrevistadas en el marco del estudio sabían algo del asunto y el nombre del producto disponible en farmacias. No hay programa nacional dedicado a la promoción de dicha píldora pero sí el proyecto. Y se pueden encontrar referencias al producto en varias revistas (WHO, 2004).

Según el informe del Population Reference Bureau de 2003, la mayoría de los países de Europa del Este conocieron una fuerte bajada de la natalidad durante los años 90', alcanzando en los 2000' tasas de fecundidad inferiores al límite de relevo generacional (2,1 descendientes por mujer). En Rumania, el Índice Sintético de Fecundidad en 1998-99 era de 1,3 niños/mujer (Ashford, 2003). La tasa de fecundidad de 2008 es de 1,38 niños/mujer (<http://www.statistiques-mondiales.com>). El porcentaje de mujeres que tienen hijos antes de los 18 años es del 5% (Population Reference Bureau).

La estabilidad de la tasa de la fecundidad que ha bajado fuertemente desde los 90' esconde cambios estructurales importantes y particularmente el retraso de la edad del primer embarazo. Si la tasa total de fertilidad sigue siendo de alrededor de 1,3 nacimientos/ mujer (15-44 años), la de las mujeres entre 20-24 años ha bajado mientras que la de las mujeres entre 30-34 años ha subido, desde 1993. Eso con una persistente diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una tasa de fertilidad más alta en zonas rurales (1,7 vs. 1,0). También las variaciones regionales son importantes (por ejemplo, 1,8 en el Norte-Este – Moldavia-, frente a 0,9 en la zona de Bucarest).

Legalizado en 1957, el aborto era el método más común de regulación de los nacimientos en Rumania hasta la promulgación del decreto 770 por el régimen de Cauçescu, en 1966. El decreto 770 prohibía el aborto a todas las mujeres menores de 40 años que no tenían un mínimo de 4 hijos-as. Las dificultades

40.- Cf. Maréchaud, C. y H. Hamdani (2005).

41.- Pensamos, sin poder verificarlo, que se trataba de un anticonceptivo de urgencia producido por el laboratorio húngaro Gedeon-Richter que se benefició años después del apoyo del ICEC (cf capítulo 1 del informe) para producir dicha píldora a partir de 1995/96. En los datos del consorcio internacional para la anticoncepción de urgencia (ICEC) hemos encontrado 12 referencias diferentes de anticonceptivos de urgencia producidos por Gedeon Richter y su presencia en 106 países del mundo.

materiales para el acceso a la anticoncepción moderna, la falta de formación sobre su uso y el cierre de las fronteras -impidiendo el aborto en otros países del entorno- dieron lugar, primero, a una dramática subida de la natalidad, y después, al desarrollo del aborto ilegal y a la bajada de la tasa de natalidad (a pesar de los férreos métodos de control estatal), y, por supuesto, al crecimiento de la mortalidad materna⁴².

El decreto 770 fue uno de los primeros textos abrogado cuando cayó el régimen, en 1989. Se organizó una política liberal: el aborto es legal hasta la 14ª semana de amenorrea si es practicado por un médico, sin ningún plazo de reflexión exigido. Después de un fuertísimo aumento, entre 1989 y 1990, el número de abortos volvió a la situación de antes del decreto 770. La mortalidad materna por aborto también bajó. Sin embargo, el número de IVE/mujeres durante su vida reproductiva alcanzaba 2,2 en 1999, o sea, uno de los más altos de Europa del Este (Moldavia 1,3; Rumania 2,2; Rusia 2,3; Ucrania 1,6). Siendo, las tasas de aborto en Europa del Este y en algunos países del Cáucaso, de las más altas del mundo (Ashford, 2003).

En la mayoría de los países del Este y del Cáucaso, las mujeres entre 20-34 años son las que más abortan, y lo hacen porque no quieren ni pueden tener otro vástago, incluidas las razones económicas. La gran mayoría de los abortos son consecuencia de embarazos no deseados, sobre todo, de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales. Según Ashford, entre el 70% y el 90% de los embarazos no deseados desembocan en una IVE, lo que demuestra la fuerte motivación para evitar un nacimiento no planificado (Ashford, 2003:5). A pesar del progresivo acceso a los métodos anticonceptivos modernos, el aborto sigue siendo considerado un método aceptable para controlar los nacimientos, afirma Ashford.

El uso de anticonceptivos por las mujeres casadas de entre 15 y 44 años alcanzaba el 64% en Rumania, en 1999, y más de la mitad (34%) de las mujeres usaban métodos tradicionales (el coito interrumpido y el calendario) mientras que el 30% de las mujeres usaban métodos modernos (Ashford, 2003). Datos más recientes (2004) muestran un incremento del uso de anticonceptivos hasta el 70,3% de las mujeres casadas (15-44 años), y, el cambio de la tendencia: 38% utilizan métodos modernos frente al 32% que emplean métodos tradicionales. Sin embargo, Rumania sigue con la tasa más alta de Europa del Este en el uso de métodos tradicionales. Así pues, el coito interruptus sigue siendo el método anticonceptivo más usado (25,5%) que sumado al calendario o ritmo (6,6%) le otorga esa primera posición en el uso de métodos tradicionales en el contexto europeo, seguido de la píldora (14,1%), el preservativo (12,1%) y el DIU (6,7%).

No es sorprendente que las mujeres pertenecientes al quintil más rico de la población sean las principales usuarias de métodos anticonceptivos modernos (49% de mujeres con altos ingresos económicos versus el 23% de las mujeres con menores ingresos). Y, es importante destacar que el 41,5% de los métodos modernos utilizados por las mujeres proceden del sector sanitario, tanto público como privado, y de las ONGs; el 47% proceden de las farmacias, el 7,7% del comercio al por menor (tiendas, kioscos ...) y el 3,8% de otros lugares (Scíntee et al., 2005).

En 2003, Ashford escribía "las mujeres de la región normalmente conocen los métodos anticonceptivos que existen, pero con frecuencia no saben dónde obtenerlos, cómo usarlos, o lo efectivos que son para evitar el embarazo. Si bien hoy en día hay más mujeres que usan métodos anticonceptivos que hace una década, relativamente pocas toman la píldora, debido principalmente a la extendida creencia incorrecta (incluso entre los proveedores de atención sanitaria) de que conlleva riesgos para salud" (Ashford, 2003:5). Según la investigación de 2001 "las mujeres siguen considerando el aborto como un procedimiento tradicional, seguro, accesible, rápido, y relativamente barato, aunque sea desagradable y estresante. Ellas ven el aborto como un medio para resolver un embarazo no deseado ya existente, mientras la píldora es vista como menos accesible, más costosa y una manera complicada de prevenir un problema "posible", no real (un posible futuro embarazo no deseado) (OMS, 2004:2). De donde se deduce que la 'percepción del riesgo' puede ser un elemento clave para analizar y comprender las prácticas anticonceptivas de los diferentes grupos de mujeres.

Aun a riesgo de simplificar demasiado, el retrato de las prácticas de planificación familiar en Rumanía se

42.- La película de Cristian Mungiu «4 meses, 3 semanas, 2 días» nos dio, en 2007, una visión muy impactante sobre el aborto en la Rumania de Cauçescu. Realista, desgarradora y sobria, esta obra ilustra más que muchos informes sobre el tema.

podría resumir en: elevada prevalencia de métodos tradicionales y de IVEs y la baja prevalencia de métodos altamente eficaces. Unido a una percepción sesgada del riesgo que conlleva una IVE propiciada por su prolongada prohibición y la propaganda negativa sobre los anticonceptivos.

4.3 Ecuador y Bolivia: el progresivo aumento del uso de métodos anticonceptivos

El Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de urgencia (CLAE)⁴³ aporta información sobre la situación de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia en los países de América Latina.

En Ecuador, la píldora de urgencia está integrada en las normas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva (ley orgánica de Salud) y en las normas sobre la violencia sexual. La Constitución aprueba su uso desde 1998, y en 2004, se autorizó el registro y la comercialización de 2 productos específicos: Glanique y Postinor-2 (CLAE, 2005). Según los datos más recientes - año 2008- cinco píldoras específicas están registradas, de las cuales tres están disponibles en el mercado. Se expiden con receta médica. Apparentemente, no se pueden conseguir en los servicios de salud, donde sólo el método Yuzpe se dispensa de forma gratuita.

La tasa de fecundidad ecuatoriana⁴⁴ ha bajado drásticamente en treinta años, pasando de 6,8 hijos-as/mujer en 1964-69 hasta 3,4 en 1994-99, sin embargo, los menores de 20 años constituían el único grupo donde la fecundidad no había disminuido. En el siguiente quinquenio (2000-2005) la tasa continuo descendiendo hasta el 2,8 (PNUD, 2007-08). Según los últimos datos nacionales (2004), el 73% de las mujeres entre 15-49 años, casadas o viviendo en pareja, usan un método anticonceptivo (más del doble que hace 25 años), el 58,7% utilizan métodos modernos mientras que el 14% usan métodos tradicionales⁴⁵.

La esterilización femenina es el método más usado (24,1%) seguido por la píldora (13,3%), el DIU (10%), el ritmo o calendario (7,5%) y la inyección (5,9%). Se observa, desde 1994, un incremento de la inyección hormonal y del condón. También se observan variaciones de la frecuencia de uso según la edad (con menor uso entre 15-19 años), el grupo étnico (indígena, mestiza, blanca), el nivel económico y educativo. Encontramos un uso más frecuente en las zonas urbanas (77% vs. 67%), por parte de las poblaciones mestizas y blancas (75-77 % vs. 47% para las indígenas), en mejor situación económica (78% para el 5° quintil económico vs. 65% para el 1°) y, con mayor nivel educativo (80% para el nivel superior vs. 51% para los sin estudios) (Cepar, 2004).

Según la encuesta 2004, la píldora ocupa solamente la cuarta posición de los métodos con mayor demanda potencial. La inyección y la píldora son las técnicas más deseadas por las jóvenes entre 15-24 años, y la esterilización por las mujeres entre 30-39 años y las que tienen 4 hijos vivos o más. Es importante subrayar que “las tres fuentes más importantes para obtener los anticonceptivos modernos son el Ministerio de Salud Pública (MSP), las farmacias particulares y las clínicas o consultorios médicos privados, quienes brindan servicios de anticoncepción al 30.7, 27.0 y 20.2 por ciento de las usuarias, respectivamente [...] Por tanto, la principal fuente de métodos modernos en el país es el sector privado con el 63,3% de la oferta. Este sector es la primera fuente, indistintamente del área de residencia, región y grupo étnico, y es usado mayormente por mujeres con mayor nivel educativo o económico. El sector público provee el 35.6% de los métodos, su principal oferente sigue siendo el MSP con el 30.7%. Este sector es más importante en

43.- El CLAE es “una red de organizaciones e instituciones no gubernamentales, públicas y privadas, que trabajan en el campo de la salud, la educación y los derechos sexuales y reproductivos” y que se “constituyó en el año 2.000 en el marco del encuentro anual del Consorcio Internacional de Anticoncepción de urgencia” (extracto de la presentación del sitio web del CLAE, septiembre 2008).

44.- Encontramos la información en la ponencia de Cevallos de Pérez, 9° Congreso de la SEC, Sevilla 2008, y en la encuesta demográfica y de salud materna e infantil – Endemain 2004, del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social – Cepar, Ecuador (<http://www.cepar.org.ec/endemain-04/nuevo005/indice.htm>).

45.- Modernos = esterilización, inyección, píldora, DIU, condón, vasectomía, Norplant y métodos vaginales. Tradicionales = ritmo, retiro, método de lactancia y amenorrea- MELA

el área rural, Amazonía, entre la población indígena y para mujeres con menores niveles de instrucción y económico” (Cepar, 2004: Endemain, cap 7).

En Ecuador, como en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la práctica del aborto está sometida a condiciones restrictivas. El aborto está legalmente autorizado si el embarazo constituye un peligro para la vida de la mujer; si pone en peligro su salud mental o física, y, en caso de violación solamente si la mujer presenta retraso mental o demencia (Guillaume y Lerner, 2007). Sin embargo, el aborto existe y se practica de manera clandestina con consecuencias perjudiciales para la salud y la vida de las mujeres.

En Bolivia la píldora de urgencia está integrada en la norma de seguro materno infantil (en casos de violencia sexual) desde 2002 y en la norma de planificación familiar desde 2003 (CLAE, 2005). Hay actualmente siete píldoras específicas registradas de las cuales cinco podrían estar disponibles. Ninguna se puede conseguir sin receta y tampoco están disponibles en los Servicios de Salud Pública; solo el régimen Yuzpe se puede facilitar de forma gratuita en servicios de salud (CLAE 2008). En un documento de 2004 del Centro por los Derechos Reproductivos dedicado a la anticoncepción de urgencia, leemos que en muchos países, los productos específicos salen al mercado con precios prohibitivos. Dan el ejemplo de Bolivia, “donde el 34% de la población vive con menos de 2\$ US al día, Imediat N – el único anticonceptivo de urgencia disponible- se vende en las farmacias por el equivalente de 10\$ US (Center for Reproductive Rights, 2004)⁴⁶. En la misma época, Glanique costaba 7,6\$ US en Ecuador.

Según los últimos datos de la Encuesta Demografía y Salud para 2003/04, la frecuencia del uso de la anticoncepción de las mujeres casadas o viviendo en pareja (15-49 años), alcanza al 58,4% de las bolivianas; el 34,9% usan métodos modernos y el 23,5% métodos tradicionales. El ritmo es el método más usado, y, (19,7%), seguido por el DIU (10,2%), los inyectables y los implantes (8%), y, la esterilización femenina (6,5%). La píldora ocupa casi la misma posición que el coito interrumpido y el condón; respectivamente 3,6%, 3,8% y 3,9%. Subrayamos que el uso de métodos modernos se ha casi triplicado en los últimos 20 años: alcanzaba el 12% en 1986-1989 entre las mujeres casadas.

El sector público proporciona más de la mitad (57%) de los métodos modernos pero con importantes matices según el método. Así proporciona el 68,5% de los DIUs y el 74,4% de los inyectables, además de realizar el 70,3% de las esterilizaciones. Pero la píldora y el condón son distribuidos mayoritariamente por las farmacias: 66,9% de las píldoras y 83,8% de los preservativos.

La prevalencia anticonceptiva es claramente más alta en las zonas urbanas (64% vs. 48%) y varía mucho según el nivel educativo, pasando del 33,6% para las mujeres sin estudios al 73,0% de las mujeres con estudios superiores. Las tasas de uso de las mujeres con estudios primarios y secundarios son respectivamente de 55,1 y 68,1% (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, Measure DHS+/ORC Macro 2004).

Como en Ecuador, la práctica autorizada del aborto está limitada a los casos en que está en peligro la vida de la madre; cuando se trata de preservar su salud física o mental; y, en caso de violación y de incesto (Guillaume, Lerner, 2007). Tanto en Ecuador como en Bolivia, existe una fuerte oposición a la implementación y al acceso de las mujeres a la píldora de urgencia. Esta oposición se manifiesta de diversas maneras: recursos jurídicos de grupos “por la vida” alegando el carácter abortivo del producto (Ecuador, en 2005), violaciones de oficinas de coaliciones pro-derechos de las mujeres apoyando su difusión (Ecuador, en 2006), oposición a la integración en las normas de planificación familiar por parte de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el nuevo ministerio de la salud (Bolivia, en 2005), debate y oposición de la iglesia católica (Bolivia, 2006), etc. En estos dos países el porcentaje de mujeres que dan a luz antes de cumplir los 18 años alcanza al 21% en Ecuador y al 19% en Bolivia (Population Reference Bureau, 2008).

46.- En 2005, el CLAE daba una lista de 5 productos registrados en Bolivia. De hecho, Inmediat-N fue registrado en 2003 y cuatro más en 2004. El registro del producto no se acompaña necesariamente de su comercialización, pero en 2003, se podía también conseguir Imediat-N por el equivalente de 5\$USA en la clínica privada “Marie-Stopes”.

5. REPRESENTACIONES Y CREENCIAS SOBRE PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS ENTRE LAS MUJERES INMIGRANTES

En Madrid, en el 2001, se llevó a cabo una investigación (cuantitativa y cualitativa) sobre la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes que centraba su atención en la diversidad cultural. La muestra estaba formada por 250 mujeres (93 marroquíes, 80 dominicanas y 77 peruanas). Bravo (2003) señala que sus hipótesis de trabajo fueron:

- 1- Existe una fecundidad diferencial entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas en edad fértil, condicionada por las prácticas propias del país de origen que se utilizan en los primeros años de permanencia en el país de destino. Esa conducta diferencial cambia a lo largo del tiempo; las inmigrantes acaban adoptando los patrones reproductivos del país de destino⁴⁷.
- 2- “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 se ven afectadas por: las percepciones que tengan en cuanto a los riesgos y los beneficios de la anticoncepción, las concepciones 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” (Bravo, 2003:148).

Además, observa Bravo (2003:146), que 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”, cuando, en realidad, la problemática es la discordancia entre la manera en que enfoca el/la profesional la práctica anticonceptiva y la manera de enfocarlo de las mujeres inmigrantes que acceden al servicio. Según constata esta autora: “no es un problema de desconocimiento, sino que son los factores socioculturales” los que pueden explicar las conductas anticonceptivas de las inmigrantes. Porque: “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” (2003:147). Además, en aquel momento, al amparo de la Ley 4/2000 de extranjería, el embarazo y el parto eran mecanismos eficientes para entrar o, al menos, no ser deportada, constituyéndose el fenómeno conocido como ‘niños ancla’⁴⁸.

Patrones reproductivos

La mayoría de las encuestadas en Madrid procedían de familias numerosas, es decir, las mujeres de los tres colectivos (marroquíes, peruanas y dominicanas) tienen de 4 a 6 hermanos, destacando que el 31% del colectivo marroquí tienen de 7 a 9 hermanos. La mayoría de estas mujeres tuvo descendencia antes de llegar a España y “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”. En conjunto, se concluye que “ha habido un descenso de la natalidad respecto a sus madres, hasta el momento”.

Respecto al empleo de métodos anticonceptivos: las marroquíes encuestadas son las que más utilizaban métodos anticonceptivos modernos en su país (62%), siendo la píldora el método moderno más utilizado (46%), luego el DIU (9%) y el preservativo (7%). Mientras que los métodos tradicionales eran utilizados por el 23%: coitus interruptus (16%) y ogino (7%). Las dominicanas encuestadas eran las que empleaban métodos menos eficaces: coitus interruptus (36%) y ogino (18%), frente a un 28% que tomaba la píldora o un 5% que utilizaba el DIU y otro 5% el preservativo. Las peruanas ocupaban una posición intermedia entre

47.- Bravo cita el estudio de Jalal Abbasi-Shavazi y McDonald (2000) para mostrar que la fecundidad de las mujeres italianas y griegas inmigrantes en Australia siguen los patrones reproductivos de las mujeres australianas (2003:144). Este fenómeno se observa también en otros países como Francia.

48.- La Ley 4/2000 establece que no podrá expulsarse a las mujeres embarazadas, independientemente de su situación legal, porque puede suponer un riesgo para la gestación o para la salud de la madre (Cf. Bravo, 2003 :147).

los dos colectivos anteriores. Así, entre las peruanas se usan: la píldora (20%), el DIU (20%), el preservativo (15%), siendo un 38% las que recurren al coitus interruptus y ogino.

Estas cifras del uso de anticonceptivos se explican por: el elevado coste económico, el difícil acceso al médico, la percepción de perjuicios para la salud, las creencias religiosas, y, en Marruecos: el acceso a los anticonceptivos de sólo las mujeres casadas y la creencia de que los hijos evitaran ser abandonadas por los maridos.

Destacamos, a continuación, algunos testimonios de las mujeres entrevistadas en esta investigación y recogidos por Bravo (2003:159 y ss.):

- Influencia de la Religión Católica: dominicana, 40 años, 5 hijos: **“...la iglesia no está de acuerdo con el control de natalidad [...] como tenía mis creencias, lo que hacía era controlarlo con el método natural y me salió bastante bien aunque en dos ocasiones falló”.**
- Mitos: peruana, 30 años, estudios de postgrado: **“yo conocía a personas que habían tomado la píldora y les habían salido manchas en la piel”**
- Prejuicios: marroquí: **“hay una mentalidad, de una mayoría de hombres que ven muy mal usar el preservativo y no lo aceptan: ‘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”.**
- Estrategias: marroquí: **“algunas mujeres piensan que si tienen muchos hijos y ellas trabajan en casa el marido la 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 él 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”.**

La esterilización fue otra de las prácticas analizadas en esta investigación, encontrándose que: el 18% de las dominicanas y el 13% de las peruanas habían optado por la ligadura de trompas, lo que refleja, según Bravo que la responsabilidad de la planificación recae, preferentemente, sobre las mujeres en sus países de origen.

Respecto a las relaciones prematrimoniales, las mujeres marroquíes dejaron en blanco las preguntas relativas a este tema en el cuestionario y, en las entrevistas en profundidad, destacaron la importancia de llegar vírgenes al matrimonio por motivos socioculturales o religiosos y para así tener posibilidades de casarse. No obstante, algunas revelaron haber mantenido relaciones sexuales –con su marido o con otros– antes del matrimonio.

La mayoría de las mujeres inmigrantes del estudio se consideraban religiosas (musulmanas o católicas) pero, las musulmanas se definían como más practicantes que las católicas. No obstante, la aceptación del aborto como un derecho de la mujer está mucho más extendido entre las musulmanas que entre las católicas (lo consideran un crimen contra Dios) (Bravo, 2003:171).

Respecto a la relación médico / usuaria, se destaca que además de las diferencias lingüísticas, “en algunos casos las hispanohablantes y las marroquíes pueden expresar síntomas diferentes a los de una mujer española o enmascararlos cuando parece 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 ocurre” (2003:165). También es frecuente que la asistencia de un ginecólogo varón choque con todo tipo de tabúes, y, prefieran, por tanto, tratar con ginecólogas. No obstante, con las ginecólogas también se enfrentan a situaciones tensas:

Mujer peruana, 32 años, doctorada, fue tratada en los siguientes términos por la ginecóloga:

- **“No me haga perder el tiempo. Ustedes sólo vienen aquí a molestarnos, a dar problemas”.**
- (un año después, otra ginecóloga): **“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 que se han creído para tomarse las cosas de la seguridad social de esa manera”.**

El acceso a la información sobre salud sexual en sus países de origen alcanzó al 51% de las mujeres marroquíes, al 47% de las dominicanas y al 69% de las peruanas. Una vez en España, el número de mujeres marroquíes que han recibido asesoramiento sobre planificación familiar alcanzó al 69%. Las dominicanas no muestran ningún cambio y las peruanas serían menos (44%). En los países de origen, las fuentes de información fueron, para marroquíes y dominicanas: 1º) amigas y conocidas, 2º) madres y familiares (también para las peruanas). Mientras que en España fueron los profesionales de la salud, los que procuraron este tipo de información: centro de planificación familiar y médico o enfermera del ambulatorio. En el momento de la encuesta gran parte de las mujeres carecían de información escrita sobre salud sexual y reproductiva, en los siguientes porcentajes: 65% dominicanas; 51% peruanas y 43% marroquíes. De estas últimas, sólo el 20% disponen de información escrita en su idioma.

Todos los colectivos estudiados han aumentado el uso de anticonceptivos modernos desde que están en España: píldoras y preservativos son los métodos que más han aumentado. Por ejemplo, entre las marroquíes se habría pasado, en el uso de la píldora de un 46% a un 53% y, del preservativo de un 7 a un 23%, la ligadura de trompas se mantiene en 0%, en este estudio (2003:164). Estos cambios en las prácticas reproductivas en el país de destino son atribuidos, en la mayoría de las ocasiones, a la situación económica, laboral y a la ausencia de una red familiar que ayude a criar a los hijos. Así: no pueden mantener más hijos. “La mayoría de las mujeres encuestadas utilizan la planificación familiar para poder trabajar libremente” y poder atender mejor a los hijos que ya tienen (Bravo, 2003:175).

A continuación presentamos los resultados de diversas investigaciones sobre las percepciones y representaciones respecto a la planificación familiar y el aborto llevadas a cabo con mujeres inmigrantes, según sus países de origen.

5.1 El cambio de valores de las mujeres Marroquíes emigradas

La socióloga marroquí Chafai caracteriza Marruecos como “un país dentro del cual se desarrollan dos proyectos de sociedad. Un proyecto de sociedad moderno, basado en los derechos del individuo, y, un proyecto de sociedad tradicional, organizado entorno a la religión”. Ello produce innumerables conflictos entre los valores tradicionales y los valores asociados a la modernidad. Los derechos de las mujeres marroquíes dependen de quien tenga la última palabra, si los islamistas o los progresistas dentro del juego político. Aunque, ninguno de los dos grupos ha hecho de la igualdad de la mujer un tema prioritario (1998:54; cf. Samper, 2003:120).

Algunos autores identifican 3 fases en la migración de Marruecos a España: la primera de varones de origen rural, arrancó en los años 60; la segunda, durante los 70’ y 80’, supone la consolidación de la migración masculina y arranca la femenina en el contexto de la reagrupación familiar; y, la tercera, a partir de los 90’ sería la migración femenina autónoma (solteras, divorciadas o viudas) con proyectos laborales en las grandes ciudades. “La procedencia de estas mujeres es urbana, normalmente de los suburbios de una ciudad marroquí (Tánger, Larache, Rabat...) en su mayoría pertenecientes a la clase baja o media” (Samper, 2003:123), nivel de estudios medio o bajo (no nulo), con experiencia laboral previa y, la mayoría, solteras.

Según esta autora las inmigrantes marroquíes en España se ubican principalmente en la Comunidad de Madrid y en Andalucía. “A pesar de los prejuicios que pesan sobre las mujeres que emigran solas, las expectativas de mejora económica son suficientes para relajar la posible vergüenza (*hachuma*) que podría provocar en la familia” (2003:124). De hecho, en España, hoy en día las residentes marroquíes representan la segunda nacionalidad extranjera con 253.064 mujeres residentes en situación regular (AEI, INE, 2008).

Así, la emigración femenina autónoma – de mujeres urbanas solteras o divorciadas- está muy relacionada con la contradicción entre referentes tradicionales y modernos en que vive la sociedad marroquí. Estas mujeres se ven enfrentadas a la contradicción entre lo inviable del ideal musulmán tradicional que propugnan la segregación espacial de géneros y las dificultades materiales que obligan a las mujeres a trabajar fuera del hogar. Asimismo, es inviable para las mujeres de clase baja cumplir con el ideal occidental de mujer emancipada y autónoma ya que las oportunidades de estudios y trabajo digno son escasas.

En este contexto, la emigración femenina se convierte en una aspiración más fuerte que las restricciones y prejuicios sociales y/o culturales que pesan sobre ellas. “La emigración femenina se justifica como una ‘trasgresión’ necesaria en nombre de la familia. La mujer no emigra para mejorar su bienestar personal, o al menos nunca lo justifica así. Su proyecto vital, en última instancia, sigue siendo casarse y formar una familia, demostrando así ante los suyos que sigue siendo una ‘buena musulmana’ (cf. Samper, 2003:122).

Cuando llegan a España, la inserción en el mercado laboral es el principal condicionante de su integración. La importancia económica que adquiere la inmigrante para su grupo familiar es tal que puede ser el detonante de cambios de trascendencia en sus relaciones de género y parentesco; cambios que remiten a una reformulación de sus valores como musulmana. Pero el contexto discriminatorio en que se produce su inserción laboral rebajara ese poder transformador. “La precariedad legal, laboral y social que recae sobre las inmigrantes limita y condiciona el proceso de cambio en las relaciones de género y la reinterpretación cultural religiosa que las sustenta⁴⁹” (Samper, 2003:125).

Aunque sea prematuro sacar conclusiones sobre las reinterpretaciones de las creencias islámicas que hacen las mujeres autónomas marroquíes –debido a lo reciente de la experiencia generalizada-, Samper (2003:128-9) apunta que “se produciría una relectura en clave igualitaria del Corán y una mayor individualización de la conciencia religiosa (lo cual implica también una mayor diversificación), aunque sin negar la propia musulmanidad [...] La inmigrante traza la línea que distingue el islam de las costumbres propias de su país. El Islam es sagrado pero no así las costumbres, tradiciones y cultura del país, que se pueden apartar sin dejar de ser una buena musulmana. La ideología de género, ratificada legalmente en Marruecos bajo justificaciones de orden religioso, es susceptible de pasar a ser cuestionada por la inmigrante, que la situará dentro del ámbito de una cultura machista. De este modo y, con muy pocas excepciones, el sentido de musulmanidad se mantiene aunque cambie el estilo de vida y la ideología de género de las mujeres inmigrantes”. En definitiva, estas mujeres realizarían una reapropiación secularizada del islam que les permitirá cuestionar –y criticar- la validez de los dogmas asociados a la mujer (2003:131).

En consecuencia, concluye Samper (2003:132), no será el islam el que imposibilite una mayor emancipación de las inmigrantes en nuestro país. El islam no es algo que estas mujeres acepten como impuesto sino que, muchas veces, ellas se apropian de su religión como un recurso identitario necesario. Más bien, serán las escasas posibilidades laborales las que dificulten el logro de mayores cotas de independencia.

49.- ¿Cómo interpretar que las jóvenes urbanas con estudios utilicen el hiyab? Samper (2003:121), siguiendo a Martín, apunta que no supone una regresión ni una aceptación de la sumisión de la mujer tradicional sino que expresa el deseo de vivir con normalidad su presencia en el espacio público sin renunciar a su musulmanidad. Con el hiyab, la salida y la visibilidad de las mujeres urbanas en el espacio público se hace en y a favor del islam. De este modo, la salida de la mujer al espacio público queda legitimado y es más fácilmente asimilado por las familias.

5.1.1 Las prácticas anticonceptivas y el Islam

Según señala Farzaneh Roudi Fahimi (2005), los países islámicos presentes en la Reunión Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en el Cairo, en 1994, dieron esencialmente su apoyo al programa de acción de la conferencia, reservándose la posibilidad de interpretar y adaptar las recomendaciones al Islam. Entre otros puntos, el programa exige a los países invertir para mejorar la salud, la educación y los derechos de la mujer y procurar servicios de planificación y, recomienda, el acceso universal a una gama completa de métodos fiables y seguros de planificación familiar.

Según el Islam, la anticoncepción está limitada al contexto del matrimonio. “Como sistema social, cultural y civilizador, el Islam considera la familia como una unidad social fundamental. El Corán, libro sagrado del Islam y principal fuente de la ley islámica o *Shari’a*, considera el matrimonio como sagrado e identifica al marido y la mujer como principales pilares de la unidad familiar [...] si bien la procreación se espera en el contexto del matrimonio para garantizar la continuidad de la especie humana, las relaciones sexuales en el matrimonio no se limitan exclusivamente a fines reproductivos. En este punto, el Islam se aleja de otras religiones que consideran que el único objeto de las relaciones sexuales es la procreación” (Roudi Fahimi, 2005:2). La procreación está para reforzar la serenidad del matrimonio y no para perturbarla.

Los juristas islámicos que han estudiado el tema de la planificación familiar, aportan varias justificaciones para el empleo de la anticoncepción. Por un lado, el Corán no prohíbe el control de los nacimientos ni su espaciamiento ni su limitación. El silencio del texto sagrado sobre el tema no debe considerarse como una omisión divina, además el coito interrumpido ya era utilizado por los compañeros del Profeta. Según la mayoría de los teólogos de las escuelas de jurisprudencia islámica el coito interrumpido es aceptable si se realiza con el consentimiento de la mujer, ya que ella tiene derecho tanto al placer sexual como a la reproducción (2005:3). Por otro lado, el Islam se caracteriza por la profunda compasión por su pueblo, sin intención de hacerle soportar cargas y restricciones intolerables, “el Islam sería favorable a la planificación si el espaciamiento de los embarazos y la limitación de su número mejoraran la condición física de la madre y la situación financiera del padre” (2005:3). De hecho, la lista de razones que justifican el uso de la anticoncepción según el Islam -teniendo en cuenta diferentes fuentes de jurisprudencia islámica consultadas por el Dr Omran⁵⁰-, detalla 10 razones diferentes, desde la preservación de la salud y de la belleza de la mujer (contribuyendo así a la fidelidad del marido), hasta facilitar la educación de los hijos -al ser menos-, la separación de los hijos varones y mujeres en la casa después de la pubertad, la preservación de la fe islámica, etc.

Según los juristas islámicos el método elegido no será arriesgado y será utilizado por buenas razones. La mayoría de los teólogos han apoyado el uso de métodos modernos, sin embargo, se muestran más reservados en cuanto a la esterilización tanto femenina como masculina.

Pero no todo es consenso y armonía, diversos grupos islámicos y un pequeño número de juristas se oponen a la planificación familiar (al coitus interruptus y a otras prácticas de prevención), argumentando que la potencia islámica depende del crecimiento demográfico de los musulmanes. En cuanto a la dimensión política de la planificación, Roudi Fahimi rescata las experiencias de Irán o Argelia en los años setenta -ambos países se oponían a los programas de planificación por considerarlos un complot de Occidente (Irán) o del Imperialismo que impediría el crecimiento de los pueblos en desarrollo (Argelia)-, mostrando que “el pragmatismo siempre termina por prevalecer”: el gobierno islámico iraní puso en marcha, en 1989, uno de los programas más exitosos del mundo en desarrollo y Argelia ha adoptado una política de población fundamentada en el desarrollo de la planificación.

50.- Abdel Rahim Omran redactó *Family Planning in the Legacy of Islam* (1992), con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) y en colaboración con varias instituciones islámicas del mundo, especialmente, la Universidad Al Azhar del Cairo, donde era Consejero Principal para las cuestiones de población.

Marruecos como otros países del Magreb (Argelia, Túnez) cuenta con el 90% o más de población musulmana. Como destacan Turki, Bajos y Ferrand (2003), el Islam magrebí no prohíbe la anticoncepción, pero tampoco autoriza la sexualidad fuera del matrimonio que sigue siendo la única norma de unión y guarda su fuerza como rito de paso a la edad adulta.

Siendo exclusivamente marital, la sexualidad es objeto de prescripciones muy codificadas sobre los comportamientos individuales. Se ejerce un fuerte control colectivo sobre las mujeres, en especial, sobre el mantenimiento de la virginidad hasta el matrimonio. Para ello se utiliza la estigmatización de aquellas que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio, consideradas como pérdidas, carentes de valor social, no son respetables, y, en consecuencia, son marginadas.

5.1.2 Las implicaciones del primer tabú familiar: la virginidad

Si bien se puede notar una eventual especificidad cultural de las mujeres magrebíes, ésta no reside tanto en la relación con la anticoncepción y con los diferentes métodos, como en las condiciones en las que se considera lícito su uso. La anticoncepción revela la existencia de una vida sexual independiente de la procreación y del matrimonio, y, la ruptura con el primer tabú familiar: la virginidad. Ahora bien, la mayoría de las mujeres magrebíes encuestadas por Turki, Bajos y Ferrand (2003) en Francia, le atribuyen un valor importante y la consideran como una garantía para conseguir un marido y su respeto. Las casadas la guardaron hasta el matrimonio y casi todas las solteras viven su distancia a la norma como un pecado, una culpa o una pérdida que puede hasta impedir la vuelta a su país y a su familia y, que solo se puede reparar con el matrimonio con el hombre responsable de la desfloración.

Construir una autonomía y una vida amorosa por un lado y, por otro lado, cumplir con los compromisos que tienen que asumir en su familia de origen puede conducir a las mujeres a una vida especialmente complicada. La prohibición de la vida sexual fuera del matrimonio atañe también a las mujeres mayores, divorciadas o viudas, que tampoco consiguen siempre conjugar la ilegitimidad y la clandestinidad de su vida amorosa con la toma de anticonceptivos. Es más, ese consumo podría llegar a ser demasiado angustiante, llevando a la mujer a rechazar la píldora y no soportar el uso de anticonceptivos. Como señala Bravo (2003:180), « 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 ». Bravo relata como algunas de las mujeres encuestadas « prueban las píldoras de amigas, familiares o conocidas para evitar el coste que implica la visita al médico ».

Sin embargo, otros relatos muestran el establecimiento de cierta distancia a las normas del país de origen, bien por una educación parental poco tradicional bien por la propia trayectoria social y afectiva de la persona. En este caso, el fracaso de la toma de anticoncepción no tiene que ver con rasgo cultural alguno y no se distingue de las situaciones comunes a la mayoría de las mujeres. Es decir: la falta de información, la preferencia dada al placer masculino limitando el uso del condón, la infertilidad socialmente percibida (demasiado joven o mayor), el rechazo de la esterilización por el médico, el olvido de la píldora, los problemas médicos, la imposibilidad anticonceptiva, la ambivalencia frente al deseo de tener un hijo (Turki et al., 2003:329). Quizás, se puede notar, según Turki, más intolerancia cuando el método está asociado al riesgo de esterilidad, aunque las mujeres saben que parte de los 'lugares comunes' a los cuales se refieren esos riesgos, son rumores sin fundamento ni verificación alguna (en Marruecos y en Argelia, se dice que una chica que toma la píldora antes de casarse nunca podrá tener hijos).

En otras palabras, los fracasos anticonceptivos resultan de la combinación de diferentes factores y la influencia del origen cultural está lejos de ser determinante. Sin embargo, el peso del tabú de la virginidad (el no reconocimiento de la sexualidad fuera del matrimonio), la relación matrimonio-procreación, la do-

minación masculina de la pareja⁵¹ y la ejercida a través de la familia⁵² son puntos más “específicos” a tener en cuenta.

La educación sexual y anticonceptiva, sólo para casadas

El tabú de la virginidad y la prohibición de la sexualidad fuera del matrimonio contribuyen a la ausencia de una educación anticonceptiva de las jóvenes dado que se supone que no precisan usar ningún método. Y, es también un freno para las mujeres con una sexualidad extra-marital o las viudas y las divorciadas. Hablar de sexualidad y de anticoncepción es como dar autorización; de aquí que todo tipo de discurso tenga forma de recomendaciones y de prohibiciones, y no de información como tal. “Para las chicas es suficiente saber, a través de las obligaciones y de lo no-dicho, que su cuerpo no les pertenece. Este condicionamiento instala una verdadera “cultura del silencio”. Uno prefiere ignorar, eludir el asunto. La sexualidad, siendo imposible usar la anticoncepción o simplemente informarse sobre las posibilidades anticonceptivas, ya es una transgresión” (Turki et al. 2003:308).

Así pues, no hay educación sexual ni reproductiva en la familia pero tampoco en la escuela pública. Los sistemas públicos de educación, salud...se rigen por « los sistemas de valores morales y sociales de las jerarquías religiosas y políticas y limitan la capacidad de 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 » (Bravo, 2003 :179).

5.1.3 Matrimonio y dominación masculina

La encuesta marroquí sobre Población y Salud Familiar realizada en 2003-2004 (Ministère de la Santé, ORC Macro et Ligue des Etats Arabes, 2005) muestra, de hecho, que el matrimonio cambia la situación en cuanto a la fecundidad. La mitad de las mujeres de la encuesta (15-49 años) están casadas y, el 40% de las casadas de entre 15-19 años ya tienen un hijo por lo menos, frente a un 4% del total de las mujeres de esta edad (casadas y no casadas). El 85% de las mujeres casadas de entre 25 y 29 años tienen al menos un hijo frente al 52% del conjunto de mujeres de esta edad. La fecundidad precoz (total -casadas y solteras- de adolescentes de entre 15 y 19 años) es considerada escasa; el 6,5% han empezado su vida reproductiva: el 4,3% eran madres y el 2,2% estaban embarazadas en el momento de la encuesta.

Tener un trabajo remunerado, estar casada, tener varios hijos⁵³ y más edad son elementos de estatus que facilitan la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Sin embargo, la toma de decisiones está claramente dividida por sexos: las comidas, las visitas a los familiares y la salud podrán ser comentadas por ellas (estiman poder decidir solas o con alguien en los siguientes porcentajes 67,8%; 48,4%; 42,1%, respectivamente). Su poder es menor para decidir sobre las compras cotidianas y las grandes compras.

La dominación masculina en su forma más brutal sigue siendo poco cuestionada: menos de 4/10 dicen oponerse a que un marido pegue a su mujer, sea cual sea la razón. Y, las dos terceras partes siguen considerando el hecho justificado por, al menos, una de las razones expuestas en la encuesta. La proporción es todavía más alta en el entorno rural, para las mujeres más mayores, las que no tienen instrucción y tienen un trabajo externo no remunerado. En la mitad de los casos, discutir las opiniones de su marido, salir sin

51.- Se pueden reforzar la interiorización de las normas del país de origen y la imposición de una dominación masculina fuerte, cuando la pareja impone su deseo sexual usando argumentos impactantes como la perspectiva del matrimonio y la promesa de tener hijos. Estos hechos intervienen en momentos de la vida de la mujer caracterizados por una vulnerabilidad social, económica y afectiva, el sufrimiento de la soledad y la búsqueda de apoyo incluso sentimental.

52.- Otras formas de dominación masculina se revelan a través de la vigilancia de los hombres de la familia – padre, hermanos-, el matrimonio forzado, o la vida con una pareja violenta. Es decir, diferentes formas de violencia -física o psíquica- que dificultan enormemente la realización personal y la toma de decisiones.

53.- La mala consideración de la condición de soltera impide conseguir el estatus completo de mujer. Este sólo lo logrará cuando tenga hijos, más concretamente, hijos varones.

decírselo y desatender a los niños aparecen como razones que justifican el castigo físico del marido. El 42% de las mujeres piensan que rechazarle sexualmente también lo justifica.

Al contrario, menos de un tercio del conjunto de las mujeres consideran justificado el hecho de que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su marido, (porcentaje un poco mayor entre las que tienen educación secundaria y las que trabajan). La razón más legítima para negarse (90% de los casos) sería la de saber que él tiene una ETS, y saber que tiene relaciones sexuales con otras mujeres. Estar cansada o sin deseo ya parece menos legítimo (59% de los casos) y haber parido recientemente todavía menos (39% de los casos). Es importante subrayar aquí que la dominación masculina está en el centro del sistema de relaciones de género con una sumisión exigida, y, como estamos viendo, consentida y alimentada por las propias dominadas⁵⁴. La superioridad masculina está inscrita en el Corán, y la ley islámica incluye la jerarquía de los sexos en el derecho civil y penal. Por lo tanto “las relaciones sociales entre los sexos en los países del Magreb se caracterizan por una desigualdad de derecho y de hecho consensual” (Turki, Ferrand, Bajos, 2003).

Este contexto marcado por desigualdades sociales y de género, tanto entre hombres y mujeres como dentro del propio grupo de mujeres, no impide sin embargo un conocimiento extendido de la existencia de la anticoncepción. Más del 90% de las mujeres conocen un método o más, y, de las que conocen, el 99% conocen un método moderno: ‘la píldora’. El 90% de las mujeres casadas han utilizado un método en su vida; un método moderno en la mayoría de los casos.

En realidad, el uso de anticonceptivos parece avanzar, con el aumento de su uso por parte de las nulíparas, para retrasar el primer embarazo, y, en menor proporción, de las primíparas para retrasar la llegada del segundo hijo. Sin embargo, la información de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos y sus efectos secundarios parece poco precisa. Así, por ejemplo, el 13% de las mujeres esterilizadas declaran desconocer que era una práctica definitiva, y, sólo el 19% de las mujeres que eligieron su método en los 5 años anteriores a la encuesta fueron informadas de sus efectos e inconvenientes – todavía menos en el caso de la píldora (14%), pero más por el DIU (42%) y el inyectable (56%). Las mujeres del medio rural y con menor nivel educativo sufren todavía más estos importantes fallos informativos sistemáticos. Finalmente, el 84% de las mujeres declaran no saber qué hacer en caso de problemas con su método anticonceptivo. Sólo el 28% de las mujeres afirman haber sido informadas sobre otros métodos diferentes al que utilizan.

Esta falta de: conocimiento, seguimiento, apoyo y acompañamiento, favorece los abandonos y la discontinuidad en el empleo de anticonceptivos. De hecho, casi un tercio de las mujeres renunciaron al método usado durante el primer año porque: el método fracasó, querían tener un hijo o porque querían cambiar a otro método. En general, la mayor causa de discontinuidad es el deseo de tener hijos (28,5%) mientras que: el fracaso, los problemas de salud, el deseo de un método más eficaz y la ausencia del marido representan, juntos, las causas de más de la mitad de los abandonos.

La previsión de rechazo de la anticoncepción que declaran una parte de las mujeres de la encuesta, responde al hecho de querer tener el mayor número de descendientes posible, de oponerse a su uso, y, el miedo a ser poco fecunda o estéril, son factores importantes para las más jóvenes (15-29 años). La subfecundidad es una razón todavía más importante para las mujeres de entre 30 y 49 años. Por último, subrayar que tanto para unas como para otras, la referencia a una prohibición religiosa es casi inexistente (1%).

5.1.4 La interrupción voluntaria del embarazo

La investigación de Turki et al, con mujeres magrebíes en Francia, aborda el tema de los embarazos inesperados, y, nos muestra las dificultades que estas mujeres encuentran y la variedad de situaciones vividas que conducen a tomar la decisión de abortar, a veces, de manera reiterada. La especificidad del grupo -mujeres procedentes, en su mayoría, de medios populares, algunas en situaciones de fuerte precarie-

54.- Como señalara Bourdieu en La dominación masculina, (2000) “las dominadas contribuyen a su propia dominación”.

dad- no permite la generalización de las reflexiones ya que no capta la diversidad de situaciones existente. Pero sí ilustra cierta realidad de la situación de la población inmigrante y de la confrontación a sistemas de referencia diferentes, con todos sus matices. Como subrayan las autoras, “si se pueden definir como pertenecientes, en términos de referencia cultural, al mundo musulmán del Magreb, la proximidad con la cultura de la familia de origen declina según varias modalidades. Pertenecer a la primera o la segunda generación de migrantes, el tiempo de estancia en el país de acogida, los motivos y circunstancias de la migración, son factores distintivos. A eso se debe añadir el propio posicionamiento en cuanto a los valores y normas de la cultura de origen. También, y esta no es la menor diferencia, los recursos personales y el contexto singular que pueden autorizarlas a “resistir” a un modelo en el cual no se reconocen necesariamente. Esta adhesión o resistencia además no se declina de manera sistemática según las características “objetivas” de cada mujer” (Turki et al, 2003:313-314).

Como subrayan estas autoras, tampoco es cuestión de caer en un determinismo cultural. Por ejemplo, el uso iterativo del aborto por parte de las mujeres magrebíes, encuentra sus razones no tanto en el origen cultural o religioso como en las condiciones de vida, de acceso a los métodos anticonceptivos y la naturaleza de las relaciones de pareja.

5.2 Las visiones y representaciones de las mujeres Rumanas

Una referencia común, en términos de rasgos culturales, hacia las mujeres rumanas es la supuesta cultura del aborto que caracteriza a este grupo de población tanto en su país como fuera de él.

De hecho las mujeres rumanas fueron enfrentadas a una forma de violencia política y estatal extremadamente dura durante el régimen de Causescu que prohibió radicalmente el recurso al aborto -en favor del crecimiento demográfico del país-, a partir de 1966, hasta la caída del régimen en 1989. Para las mujeres, la desposesión colectiva de sus propios cuerpos y la confiscación estatal de sus posibilidades de control reproductivo desembocaron en la generalización del aborto clandestino y su cortejo de calamidades: la mortalidad maternal, la especulación económica de los proveedores (médicos y ginecólogos), la inhibición de las parejas, etc.

El extendido recurso al aborto encuentra sus raíces en hechos concretos y condiciones materiales precarias y determinantes, todavía muy presentes en los años 90, entre otros : la falta de aprovisionamiento de métodos anticonceptivos modernos, la ausencia de formación (y de interés) de los médicos en anticoncepción tanto para prescribir como para aconsejar y hacer un seguimiento de las usuarias, las secuelas de la propaganda contraria al uso de anticonceptivos realizada previamente en el país, y, las difíciles condiciones de vida de la población.

En la última encuesta rumana sobre la salud reproductiva, en 2004, se afirma que “los cambios políticos, particularmente durante la primera mitad de los 90’, la reorientación forzada hacia una nueva sociedad, la devaluación de las normas culturales tradicionales, la necesidad de acumulación de nuevos conocimientos y la expansión de maneras occidentales de pensar y actuar, se combinaron para conducir hacia un cambio irreversible en la fertilidad y la formación de la familia” (Ghetău et al, 2005:17). Estos cambios aparecen en un contexto todavía duro: casi dos tercios de los hombres y el 58% de las mujeres en edad reproductiva viven en alojamientos superpoblados, aun más en la región central del país donde la tasa alcanza al 70% (Dragomiristeanu et al, 2005).

Vemos en los datos de la encuesta 2004, la siguiente caracterización socio-demográfica: la mitad de las mujeres han completado el nivel de educación secundaria y el 13% tienen un nivel más alto. La religión mayoritaria es la cristiana ortodoxa, 89%; el 11% restante son protestantes o católicas. El estado civil del 61% de las mujeres es casada o conviviendo en pareja. Solo el 8% tienen 3 niños o más, más del 25% tienen un solo hijo y el 42% no tienen hijos (Dragomiristeanu et al, 2005).

La fertilidad sigue siendo inversamente proporcional al nivel educativo y al estatus socio-económico de las mujeres: las más educadas y más favorecidas económicamente alcanzan una tasa de entre 0.8/0.9 frente a 1.8/1.9 para las mujeres menos educadas y más desfavorecidas. La tasa de abortos por cada mil mujeres sigue bajando con un decrecimiento del 45% desde 1999 (2,2 vs 1,2). También es inversamente proporcional al nivel educativo y económico, y más baja en las zonas urbanas (1,1 vs. 0,7) (Gethäu et al., 2005).

Según el informe de la OMS de 2004, a finales de los años 90, casi la totalidad de las mujeres rumanas (99%) conocen – citan, al menos un método anticonceptivo moderno. El conocimiento de la píldora, del condón y del DIU es muy alto, seguido por el conocimiento del coitus interruptus y del calendario. Mas allá de este conocimiento global importante y atendiendo a los diferentes métodos, se observan diferencias según el tipo de hábitat (rural / urbano). Es el caso por la píldora y el DIU, pero también la esterilización femenina y los espermicidas. Paralelamente, falsas informaciones parecen persistir.

Concretamente, el uso de la anticoncepción de las mujeres entre 15-44 años ha subido debido esencialmente al uso de métodos modernos, que se ha triplicado desde 1993. No obstante, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos tradicionales sigue siendo de las más altas de Europa (32%). La diferencia de la tasa de uso que existía previamente entre zonas rurales y urbanas ha desaparecido, sin embargo, los métodos modernos siguen siendo menos frecuentes en zonas rurales a pesar de un crecimiento mucho más importante que en zonas urbanas desde 1993. Y en el caso específico de la píldora, no hay diferencias (Scîntee et al., 2005).

Una vez más, las desigualdades se manifiestan en el crecimiento del uso de métodos modernos por las mujeres más jóvenes, más educadas y con un nivel económico más alto. Es importante subrayar que la mayoría de las mujeres en pareja se procuran su método a través de la venta al detalle, en farmacias, tiendas o kioscos. El sector médico ocupa la segunda posición y, en este, los médicos de familia juegan un papel cada vez más importante en el suministro de la píldora en particular.

Desde una perspectiva de género, la encuesta muestra un cambio reciente del comportamiento de los hombres. Si bien, la tasa de uso de anticonceptivos de los hombres en pareja no ha cambiado (67%), la de los solteros y de los que estuvieron previamente casados ha subido muchísimo en 5 años, pasando del 19% al 59% y 55%, respectivamente. El uso del condón se ha más que triplicado entre los solteros. Paralelamente, los casados pasan de métodos tradicionales a modernos y el recurso al médico de familia como proveedor ha crecido, particularmente en las zonas rurales (Schîntee et al. 2005)

Si la vida sexual de la población joven (15-24 años) empieza antes del matrimonio para casi la mitad de las chicas y el 60% de los chicos, la actividad sexual de las chicas antes de 16 años es poco común (7%). Solo a partir de los 25 años la proporción de mujeres sexualmente activas alcanza al 50%. Sin embargo, la proporción de chicas que empiezan su vida sexual antes de los 15 años es más alta en las zonas rurales, esto “refleja, probablemente, la menor edad de acceso al matrimonio en las zonas rurales; luego, las tasas de experiencia sexual se vuelven muy similares” (Galan et al, 2005:84).

Otro cambio espectacular observado en 2004, reside en el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual: 44,7% contra 8,2% de métodos tradicionales. Las mujeres que empezaron su vida sexual activa con el matrimonio usaron menos anticonceptivos que las que empezaron antes (38% vs 59%), de hecho el uso del condón entre las jóvenes solteras es mucho más alto que entre las casadas. Sin embargo, estar casada no significa el abandono del uso de anticonceptivos: el 63% de las jóvenes casadas declararon en la encuesta el recurso a un anticonceptivo en su última relación sexual.

Los expertos en este campo subrayan el interés de los jóvenes por discutir estos temas. Si sus conocimientos e informaciones parecen más extendidos, sin embargo, ellos comparten también algunas creencias y prejuicios y lamentan la falta de personas adultas de confianza con quien discutir. Piensan que la mayoría de los adultos de su alrededor, tanto los padres como los profesores o los médicos, crean y refuerzan ba-

rreras a la comunicación sobre sexualidad. Ellos (los jóvenes) no tienen el valor de superarlas. Y del otro lado, los adultos que reconocen la realidad de esta situación, tampoco superan los obstáculos. “El miedo de sentirse ridículo y de ser estigmatizados por los padres de su alumnado o por sus colegas conducía a los profesores a evitar el tema de la sexualidad y de la salud reproductiva en clase” (WHO, 2004 :20).

La suposición de que los médicos carecen de empatía y de comprensión, y, el temor en cuanto a la privacidad y al examen ginecológico contribuyen a que no recurran al médico de familia o a las clínicas escolares, a pesar de que consideran los médicos como la fuente de información más fiable. Por estas razones son los medios de comunicación y los grupos de pares, las fuentes de información más utilizadas.

5.2.1 La posición de la Iglesia Ortodoxa frente a la anticoncepción

Las religiones en general se fundan en nociones de fertilidad y procreación en el marco de la familia. Así, ninguna religión aboga por el matrimonio sin hijos o por el uso de anticonceptivos fuera de la institución familiar. No obstante, los puntos de vista sobre la anticoncepción dentro del matrimonio presentan importantes variaciones.

En Rumanía, la religión mayoritaria es la cristiana ortodoxa (89% de las mujeres), el resto son protestantes o católicas. « La iglesia Ortodoxa Oriental no establece diferencias morales en el uso de anticonceptivos artificiales o naturales. Ellos observan que muchos padres de la iglesia, así como los textos de Pablo en el Nuevo Testamento, no limitan la sexualidad a lo estrictamente reproductivo ; la posición ortodoxa es que el sexo también es una expresión del amor dentro de la sociedad conyugal. De hecho, no ha tenido lugar ninguna declaración oficial a fin de prohibir los anticonceptivos modernos, mientras que el aborto, el infanticidio y la esterilización permanente sí han sido condenados. La Iglesia Ortodoxa permite que una pareja casada tome sus propias decisiones en cuanto al uso de anticonceptivos » (O’Grady, 1999).

5.2.2 Los mitos anticonceptivos en Rumanía

Según la Organización Mundial de la Salud, los mitos sobre la anticoncepción que más circulan en Rumanía son :

- la píldora engorda, provoca cáncer, hepatitis y la caída del cabello.
- el DIU causa hemorragia, cáncer, vértigo, engorda, y se puede perder
- “el DIU de oro es mejor que el de cobre” y “es como una pieza de joyería” (WHO, 2004:19).

Estas creencias están muy extendidas de modo que no son exclusivas de las mujeres menos educadas sino compartidas por la mayoría. “Sin embargo, es evidente que los jóvenes tienen actitudes más abiertas en cuanto al uso de tecnologías nuevas. Las mujeres que no usaban métodos modernos eran frecuentemente convencidas de que tenían un riesgo significativo de quedar embarazadas, aunque hubieran tenido ya un aborto o más (WHO, 2004:19).

Queremos, para terminar, subrayar que a través de nuestras lecturas, el aborto, tanto entre los jóvenes como entre las mujeres más mayores no es considerado una práctica fácil y sin consecuencias. Su uso frecuente y también iterativo durante un periodo muy largo ha contribuido a construir la idea incluso de los proveedores, de una cierta desenvoltura por parte de las mujeres, que irían a abortar...como una puede ir a la peluquería (Johnson, Horga y Andronache, 1996).

Johnson y sus colegas observan que “tales afirmaciones pueden representar actitudes más influenciadas por la alta frecuencia con cual las mujeres recurren al aborto, que por las percepciones basadas sobre los sentimientos reales de las mujeres en cuanto al hecho de deber recurrir a este procedimiento para evitar un nacimiento no deseado” (1996:523). De hecho, su propia investigación en 1991-92, en 5 hospitales del país, con entrevistas, encuestas y grupos focales, recogiendo así información de una muestra de 1.000 mujeres, pone de

manifiesto el temor de las mujeres a las consecuencias sanitarias del aborto (el 44,8% de ellas mencionaban al menos un aborto en su historia reproductiva, una parte lo hicieron clandestinamente, muchas sufrieron complicaciones de intervenciones inseguras, y conocían casos de mujeres fallecidas). Si confían más en el sector público, sin embargo, describen generalmente condiciones muy duras: espera muy larga y hacinamiento en las salas de espera, servicios saturados, compartir cama con otras mujeres, ausencia de: técnicas alternativas al legrado, anestesia, cariño y respeto por parte del personal sanitario, necesidad de aportar el algodón y, por supuesto, regalos (dinero o bienes) al médico, en espera de recibir un mejor trato.

La disponibilidad de las mujeres para hablar de manera muy abierta sobre sus experiencias, sorprendió enormemente a los investigadores. Ellas hablaron tanto de la clandestinidad y sus consecuencias, como de la frustración sexual vivida. Expresaron también un gran deseo de información sobre la anticoncepción moderna y la prevención de los embarazos, opción percibida, por la casi totalidad de las mujeres, como la mejor. Las encuestas más recientes han confirmado el interés de las mujeres rumanas por los anticonceptivos y el crecimiento de su uso.

5.3 Los ‘lugares comunes’ de las mujeres bolivianas y ecuatorianas radicadas en el medio rural andaluz

5.3.1 Los preceptos de la religión católica

El Population Reference Bureau (2005) señala que los cambios demográficos contribuyen a que el catolicismo se esté convirtiendo en una religión practicada en los países en vías de desarrollo. En la lista de los 25 países que se espera que tengan el mayor crecimiento de población católica entre 2004 y 2050 predominan los de América Latina y El Caribe (13 países) y África (8 países). Simultáneamente, los países tradicionalmente católicos como Polonia e Italia sufrirán grandes menguas en su número de fieles.

“La iglesia católica tiene varias opciones para responder al cambio demográfico en sus fieles, que disminuyen en Europa si bien aumentan en el mundo en desarrollo. Una opción sería dedicar mayor esfuerzo a los temas que afectan a las vidas de los católicos en los países en desarrollo como la pobreza, el SIDA, la falta de acceso equitativo a la atención sanitaria, la desigualdad económica y la guerra” (Saenz, 2005).

Consideramos que esta proyección es importante porque es precisamente, la religión católica la más restrictiva (de las consideradas en este informe al menos) en temas de anticoncepción. « La absoluta prohibición de los métodos de control de natalidad por la Iglesia Católica Romana, declarada por el Papa Pio XI en su encíclica de 1930, fue mantenida por Pablo VI en la encíclica de 1968, y constituye la política actual de la iglesia. La posición católica sobre anticoncepción está sumamente influenciada por la teoría de la ley natural de Aristóteles, Agustín y Aquino, quienes consideran que el propósito final de la sexualidad es la procreación ; interferir con esta finalidad sería una violación de la ley natural, y por lo tanto, un pecado. También sostienen esta postura algunas ramas anglicanas, evangelistas y de Cristianos Fundamentalistas. La iglesia católica sólo aprueba la abstención y el método de planeamiento natural de la familia (FAM) como técnicas apropiadas para el control de la natalidad » (O’Grady, 1999).

5.3.2 Las percepciones y reinterpretaciones realizadas por las mujeres ecuatorianas y bolivianas

Para el desarrollo de este epígrafe tomamos como referencia principal la Investigación dirigida por Luis Andrés López Fernández y realizada por un equipo de investigadores de la EASP en colaboración con profesionales del Centro de Salud de Huétor Tájar (Granada). Dicha investigación se titula: Inmigración y practicas profesionales; elementos para acercar mundos (2006).

López Fernández et al, llevaron a cabo entrevistas: 14 a inmigrantes (11 a mujeres bolivianas y ecuatorianas de 21 a 37 años) y 3 a varones (de 28 a 45 años); y, 10 entrevistas con los profesionales del centro de salud: 5 a médicos de familia, 1 pediatra, 1 enfermera, 1 coordinador de enfermería, 1 trabajador de admisión y 1 trabajadora social. El trabajo de campo se completa con 3 grupos focales con población boliviana (1 varones, con pareja ; 1 mujeres con pareja y otro de mujeres sin pareja estable). López Fernández et al., señalan que la emigración de bolivianos y, en menor medida, de ecuatorianos es una emigración reciente (menos de cuatro años, en general) y de población joven. Los primeros en llegar fueron los varones, después las mujeres y, recientemente, también los menores. Tanto la penuria económica como los discursos y las situaciones de los que vuelven temporalmente al país de origen influyen en la decisión de emigrar a España.

Frecuentemente, se trata de un proyecto temporal (pasar un año y regresar al país de origen) que las circunstancias contribuyen a transformar poco a poco: la alta deuda contraída para venir (y que hay que pagar con intereses), la extensión del tiempo necesario para conseguir papeles y trabajo, la llegada de los hijos desde el país de origen o el nacimiento de nuevos descendientes aquí mismo, pueden cambiar la visión, las expectativas y, consecuentemente, las prácticas migratorias.

Las vivencias que experimentan aquí se caracterizan, sobre todo, por: el miedo a los españoles, el temor a las autoridades provocada por su situación de irregularidad administrativa, el desencanto debido a las humillaciones vividas (miradas de la gente; explotación laboral), el dolor de la separación de la familia, la desesperación de no conseguir trabajo y no poder enviar dinero. Algunos entrevistados también comprueban, al llegar, que no hay tanta solidaridad interna (entre los procedentes de un país) como se imaginaban, sino que “cada uno ha de buscarse la vida aquí como puede” (2006:26). Por otro lado, las difíciles condiciones de acceso a la vivienda y, particularmente, el hacinamiento pueden ser obstáculos a la concesión del certificado de empadronamiento y, por lo tanto, de la tarjeta sanitaria. En suma, las condiciones de vida y trabajo les resultan más duras de lo que se habían imaginado.

Por su parte, los profesionales del centro de salud, tienen una percepción del racismo y de la discriminación menos clara. Mientras unos perciben sus propios prejuicios e intentan controlarlos, otros mantienen una posición de distanciamiento más o menos despreciativo, y, otros consideran que no hay rechazo ni racismo en el pueblo. Esta percepción está en clara contradicción con las experiencias percibidas y vividas por los inmigrantes. Estos últimos perciben las actitudes de la población local como formas de racismo muy difíciles de aguantar por su crueldad y su injusticia (insultos, palabras de desprecio: “moros”, “negros”...) y, aún más, cuando van dirigidas a los niños.

Estos inmigrantes viven la forma de comunicación de los españoles como agresiva y, en ocasiones, maleducada y les cuesta tiempo adaptarse a este modo de comunicarse sin pensar que alguien les está gritando. Les cuesta también entender la forma de hablar el español tal como se habla aquí, pero piensan que los españoles les entienden bien a ellos cuando hablan. Es importante subrayar que bolivianos y ecuatorianos hablan español y quechua. Piensan que “no expresarse bien en español está relacionado con un bajo nivel cultural y lo consideran una barrera importante para la buena acogida” (2006:27).

Al contrario de las características asociadas a este grupo de población y expresadas por algunos de los profesionales, la salud en general y, la salud de los niños en particular, son considerados aspectos fundamentales de sus vidas. Ellos y ellas atribuyen muchas de sus dolencias -de manera más o menos directa- a su condición de inmigrantes : estar lejos de su familia, solos, el trabajo en condiciones climáticas duras, la mala alimentación -sin horarios o poco variada-, la tristeza y los “nervios”.

Algunas enfermedades no corresponden a la nosología occidental habitual y conciernen más a la población infantil: el ojo, el mal-aire, el susto, son algunos ejemplos. Estas alteraciones son consideradas como creencias por parte del personal sanitario pero ellos siguen atribuyendo importancia a estas enfermedades que el médico no va a curar y/o que necesitan un tipo de intervención diferente. En realidad según

dicen, aquí no conocen curanderos y no hay nadie que tenga experiencia en este tipo de trastornos. Sin embargo, en sus países de origen los cuidados y remedios caseros están muy desarrollados y presentan varias ventajas: su disponibilidad inmediata, su eficacia, y la ausencia de gastos, al contrario del uso de los centros de salud que son caros y están alejados (sobre todo en las zonas rurales). Aquí, la automedicación sigue siendo el primer recurso para tratar gripes, resfriados, fiebres, tos... Sólo se recurrirá al médico si el problema no remite en unos días.

Los bolivianos y ecuatorianos consultados, en general, se sienten bien tratados por médicos y enfermeras, un elemento muy importante para ellos a la hora de ir al centro de salud. Valoran ser escuchados, recibir explicaciones claras de las cosas, el respeto y la amabilidad; aspectos que son también necesarios en los centros de salud de sus países de origen, apostillan. Paralelamente, se percibe que cuando surgen dificultades para entender bien, y perciben alguna manifestación de impaciencia por parte del profesional, se sienten presionados-as, interrogados-as y, en definitiva, agobiados y prefieren marcharse “aceptando las explicaciones sin comprenderlas” (2006:35). Es necesario un tiempo para que la confianza, la seguridad y la posibilidad de formular preguntas y contar sus cosas sustituyan al sentido de inquietud de las primeras visitas al centro de salud. Son los inmigrantes del nivel cultural más alto los que perciben el tratamiento incorrecto y poco respetuoso por parte de los profesionales de la salud y lo interpretan como una forma de discriminación.

En general, los profesionales sanitarios consideran que el acceso al centro de salud de Huétor Tájar está bastante adaptado para la población inmigrante, la primera cita con la trabajadora social es un punto clave de la organización. Pero, estos inmigrantes desconocen tanto sus derechos en cuanto a la atención⁵⁵, como el funcionamiento de los servicios de salud en general. La experiencia en sus países de origen sigue siendo el punto de referencia, y no utilizan los medios de comunicación que el centro elabora para informar a sus usuarios (pancartas, carteles, materiales disponibles en el mostrador...).

- El servicio de urgencias como puerta de acceso al Sistema Sanitario

A pesar de tener una visión positiva sobre la accesibilidad del centro, la población de origen boliviano y ecuatoriano se enfrenta a obstáculos importantes:

- 1 - Las dificultades para obtener la tarjeta sanitaria (debidas a las condiciones de vivienda pero también a los horarios de atención al público –considerados insuficientes- y al miedo a empadronarse).
- 2- El efecto perverso de asociar la gestión de la tarjeta sanitaria a la detección de problemas de salud. El intento del centro de aprovechar el primer momento para facilitar educación sexual, información sobre maltrato, captación para la planificación familiar, etc, es vivido como humillante y discriminatorio. De modo que muchos inmigrantes para evitar ese paso prefieren ir directamente a urgencias, lo que convierte a la estrategia en una barrera de acceso (2006:40).
- 3- Los horarios de atención del centro de salud añadidos a la precariedad laboral -no se atreven a perder un día de trabajo-; la necesidad de volver al centro varias veces para solucionar un problema de salud; el hecho de no recibir atención en el momento en el que se demanda (cita previa) favorecen este uso indiscriminado de las urgencias.

En suma, estos obstáculos provocan, por un lado, el recurso generalizado a las urgencias para recibir cualquier tipo de atención y, por otro lado, el no seguimiento del control del embarazo por parte de muchas de estas mujeres.

55.- Por ejemplo, la libre elección del médico, el derecho de las embarazadas y de los niños a la asistencia sanitaria.

- Planificación familiar y mitos anticonceptivos

La planificación de la descendencia aparece, en la investigación, como una tarea de las mujeres, sujeta a su voluntad. Aunque, si desean más de 2 hijos, afirman que son sus maridos los que quieren tener más hijos que ellas. Esta estrategia de planificación es algo reciente para ellas, algo inexistente en la época de sus madres, -de hecho, muchas de ellas, de 20-25 años proceden de familias de más de 7 hermanos-. Estas mujeres suelen utilizar métodos como el calendario, el preservativo, el coitus interruptus o la abstinencia. Si el método falla afirman seguir adelante con el embarazo. Según sus testimonios pocas solían acudir a los programas públicos de planificación en Bolivia por considerarlos poco accesibles (en zonas rurales) o demasiado caros.

También perciben que aquí, tener un número importante de hijos es algo desaprobado tanto por la población general como por los profesionales de la salud. Además, muchas de ellas llegan con el proyecto de no tener hijos aquí, algunas ya tienen descendencia en su país de origen y lo que buscan es: trabajar, ahorrar dinero y regresar a su país. Sin embargo, la estabilización progresiva de su situación puede cambiar su punto de vista y conducirlos a considerar que tener hijos aquí y atender a sus necesidades es más fácil que en su propio país. Incluso piensan que tener un hijo-a nacido-a en España puede ser la forma de resolver un permiso de residencia (recuérdense los 'niños ancla'), aunque no manifiestan que esta sea la razón que explique los embarazos que hay (2006:58).

Según las propias mujeres, el uso de anticonceptivos se enfrenta al rechazo de sus maridos y les cuesta convencerlos de su necesidad. Atribuyen al machismo esta actitud de rechazo por parte de maridos, quienes consideran que el uso de anticonceptivos otorga más libertad sexual a sus mujeres. Y, si el condón parece la mejor solución para las mujeres que no tienen pareja estable, su uso está claramente condicionado a la voluntad de los hombres y a la capacidad de las mujeres para vencer su resistencia.

El desconocimiento, las malas experiencias previas y el miedo suelen también ser obstáculos al uso de los anticonceptivos. Las mujeres hacen alusión a testimonios, experiencias (incluso personales) o discursos que en su mayoría suelen dar una imagen poco atractiva de los métodos modernos. Estos mitos o falsas creencias incluyen, entre otros, los que enumeramos a continuación:

-La píldora provoca perturbaciones del ciclo menstrual, dolor de cabeza, ataques de nervios, náuseas...

-El DIU está asociado al crecimiento del deseo sexual de las mujeres pero también a los riesgos de quedarse pegado al cuerpo del bebé y al riesgo de esterilidad en el futuro. Puede molestar a la pareja a la hora de mantener relaciones sexuales, dar dolores en la espalda, y, provocar cáncer.

-Las inyecciones dan dolor de cabeza, trastornos de regla y engordan.

Tanto las experiencias concretas como la creencias - a veces muy relativas en lo que se dice y que se puede oír - contribuyen a mantener cierta distancia y poca confianza. La mayoría de las mujeres reconocen tener miedo. Pero, paralelamente, los autores del informe subrayan el fuerte interés en la planificación que apareció en las reuniones grupales donde, más allá de los inconvenientes destacados, las mujeres tenían muchas preguntas e intercambiaban la información que tenían. El parche y el implanon despertaron mucho interés.

Respecto a las IVEs, las bolivianas consultadas por López Fernández et al (2006:57), manifiestan no considerar la interrupción del embarazo como método de planificación familiar (creencia muy extendida entre los profesionales) y, opinan que una mejor información y captación para Planificación Familiar disminuiría las demandas de IVEs.

El informe muestra también que las mujeres no sabían previamente (antes de ir al centro de salud) que

existe un programa de planificación familiar. Algunas asocian estos programas más bien a las clínicas privadas (como en sus países); otras piensan que solo pueden acudir las mujeres casadas. Destacan otros posibles obstáculos al acceso a los centros de salud, como son: los horarios –en ocasiones incompatibles con su trabajo-; el hecho de no tener la tarjeta sanitaria –esperan a tenerla-, y el temor de que les regañen los profesionales.

En suma y según los profesionales, los principales motivos de consulta son: somatizaciones por trastornos adaptativos - psicopatologías, dolores o afecciones laborales, interrupciones del embarazo, embarazo, pánico (citología), examen general, chequeos, efecto llamada, reclamo. Mientras que las razones para no acudir al centro de salud, son: población joven, trabajadora, sin patologías; valor asignado a la salud diferente; miedo ante su situación administrativa ‘irregular’ y barreras derivadas de su situación laboral precaria (2006:43).

Respecto a las propuestas de mejora, reproducimos aquí aquellos puntos en los que converge la visión de profesionales y población inmigrante: elaborar una guía para inmigrantes utilizando medios más acordes a sus costumbres: “carteles con dibujos, anuncios parlantes, radio...” (2006:48). Ampliación de la plantilla de pediatría, agilizar los trámites para la tarjeta sanitaria, historia clínica portátil para facilitar la atención a la población itinerante o la atención a los que tiene la tarjeta en otra localidad. Por parte de los inmigrantes se propone, además que existan más consultas en horario no laboral (por la tarde) también de pediatría, mientras que los profesionales serían partidarios de que hubiera uno o dos médicos de referencia que estén especialmente sensibilizados. Los inmigrantes reclaman más información sobre sus derechos a la atención sanitaria y los profesionales también son partidarios de ofrecer más información pero a través de actividades comunitarias de promoción de la salud (buscando la colaboración de líderes y a través de talleres). Estos profesionales también plantean la necesidad de recibir más información y más asesoramiento para proporcionar un servicio más adaptado (2006:48).

Las tácticas diseñadas por el equipo investigador pasan por:

- ofrecer horarios adaptados a las necesidades (tardes)
- salir del centro, ir a ellos e implicar a los varones en la planificación familiar
- utilizar intermediarios bien aceptados entre la comunidad inmigrante (por ejemplo, párroco, trabajadora social del ayuntamiento..)
- aprovechar el reparto de víveres en la Iglesia para informar
- promover la ‘información interna’ o ‘boca a boca’, y,
- ganarse la confianza de los maridos (2006:67).

Esta investigación concluye alertando sobre los riesgos que conlleva hacer generalizaciones y guiarse por estereotipos. Destaca la importancia de tener en cuenta el contexto del que parte la población objeto de estudio y de no dar nada por sobre-entendido, explicitar la información al máximo para hacerse entender, sería la recomendación. Y, algo tan sencillo como entender los aspectos circunstanciales derivados del hecho migratorio; a medida que desaparecen los condicionantes de uso de los servicios sanitarios (tarjeta sanitaria, estabilidad laboral, reagrupamiento familiar...) la relación de esta población con el sistema sanitario se vuelve similar a la que establece la población autóctona. Asimismo afirman que “la mayoría de la literatura revisada recomienda la adopción de un enfoque transcultural en la formación de los profesionales de la atención, la adaptación de pautas preventivas y de promoción a las características culturales de la población y el uso de mediadores culturales como instrumento de intervención” (2006:71).

Por otro lado, consideramos que sería muy fácil reflexionar sobre algo que, aparece brevemente en la investigación, hace referencia a nosotros, los españoles. Nuestra forma de comunicarnos: a voces, utilizando formas muy coloquiales y directas, invadiendo el espacio personal, tocándonos...asusta a los ciudadanos de países que utilizan formulas más elaboradas para saludar, mostrar respeto, comunicarse con desconocidos ... Somos tan directos que, en ocasiones, parecemos ofensivos e irrespetuosos. Probablemente este es uno de los aspectos más fáciles de modificar, eso sí, una vez asumido.

Así pues: “una actitud de respeto cultural (abierta, sensible, exenta de prejuicios, no etnocéntrica y con disposición al auto-análisis) es la más adecuada para conseguir resultados positivos” (López Fernández, 2006:72).

6. DISEÑO METODOLÓGICO

A partir de la información recopilada hasta el momento, procedente de la revisión de investigaciones, políticas y planes de actuación llevados a cabo dentro y fuera de nuestras fronteras y del estudio de los datos estadísticos disponibles, nos propusimos los siguientes objetivos de investigación.

6.1 Objetivos y técnicas de investigación

- Profundizar en el conocimiento de las normas, valores, creencias y representaciones colectivas imperantes en los colectivos de mujeres de los diferentes países considerados (Marruecos, Rumania y Ecuador – Bolivia) respecto a la anticoncepción
- Comprender los procesos de reinterpretación que llevan a cabo los diferentes grupos de mujeres y que les permiten desenvolverse en el contexto andaluz
- Conocer las estrategias concretas que llevan a cabo para obtener información y prestaciones en el ámbito de la salud reproductiva
- Estudiar sus hábitos de consumo informativo: televisivo, radiofónico y de prensa escrita (también folletos, cartelería...)
- Averiguar dónde, cuándo y cómo se informan sobre anticoncepción y otros temas de interés para ellas.

Los objetivos señalados reclaman el empleo de técnicas cualitativas. Éstas nos garantizan el acceso a los aspectos socio-simbólicos de la realidad social (a conjugar con aquellos otros aspectos socio-estructurales). Estas técnicas son apropiadas para la consecución de objetivos referidos a procesos complejos que escapan a la cuantificación.

Las entrevistas exploratorias llevadas a cabo con profesionales de la salud⁵⁶: médicos de familia, enfermeras de centros de salud y centros hospitalarios, supervisora de enfermería servicio de urgencias hospitalaria y trabajadoras sociales de centros hospitalarios, se verán completadas con la información que nos aporten las mujeres implicadas; las mujeres inmigrantes en edad reproductiva residentes en territorio andaluz.

Optamos por la técnica de entrevista en profundidad y fueron quince las mujeres entrevistadas. Las entrevistas fueron semi-estructuradas⁵⁷ y orientadas a la consecución de los objetivos previamente señalados.

6.2 Estrategias de contactación y características de la muestra

La contactación es una fase sumamente importante del proceso de investigación cualitativo: la contactación influye en la censura estructural y ésta en la producción discursiva sobre la que se realiza el análisis y se obtienen las conclusiones. Pero, no sólo es importante por la censura que puede introducir, también lo

56.- No podemos olvidar que somos sujetos sociales y, por tanto, relacionales. Esto supone aceptar que nuestras prácticas están también condicionadas por aquellos con quienes interactuamos. Tanto entre las mujeres como entre los profesionales entrevistados surge, reiteradamente, la cuestión de que algunos profesionales no facilitan la Píldora Anticonceptiva de Urgencia. En consecuencia, no podemos perder de vista la posibilidad de que algunas mujeres estén informadas e intenten hacer uso de la píldora pero que determinados profesionales estén frenando la expansión de su uso.

57.- Ver guión de entrevista en apartado siguiente.

es porque puede dar lugar a una visión sesgada de la realidad que se pretende estudiar. Para reducir estos efectos se recomienda diversificar las vías de contactación intentando captar, de este modo, las variaciones discursivas que pudiera haber respecto al objeto de estudio.

En esta línea, explotamos las redes existentes y generamos nuevas redes para intentar llegar a la gran diversidad que presenta nuestra población diana. Las líneas de contactación que seguimos fueron: redes institucionales (consejería de salud, centros de salud, EASP, ayuntamientos, ONGs, centros religiosos, universidades y asociaciones de inmigrantes), redes personales (contactos con profesionales sanitarios, estudiantes nacionales y extranjeras, amigas y conocidas de diferentes países). A través de estos contactos logramos –en unos casos con mayor éxito que en otros⁵⁸– acceder a la población objeto de estudio.

Las características de nuestras informantes aparecen reflejadas en la siguiente tabla resumen. Como se puede observar, entre ellas hay tanto trabajadoras como estudiantes universitarias (pusimos especial énfasis en contactar con estudiantes para huir así de los estereotipos y captar una visión más amplia y precisa de las condiciones de acceso a la información y los métodos anticonceptivos en sus países de origen), mujeres solteras, casadas y abandonadas por sus maridos..., residentes en el medio rural y en el medio urbano. Sus edades oscilan entre los 17 y los 50 años.

Tabla 6. Características de la muestra

	EDAD y ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LABORAL	LUGAR DE PROCEDENCIA
MARRUECOS			
Nejma	20- Soltera	Estudiante	Tánger
Sofia	18 –Soltera	Estudiante	Casablanca
Soraya	17- Soltera	Estudiante	Casablanca
Leila	38 – Soltera	Trabajadora	Alhucemas
Fadela	37- casada, marido en Marruecos	Trabajadora	Tetuan
Amel	31- Casada, abandonada	Trabajadora	Alhucemas
BOLIVIA			
Vilma	36- casada	Trabajadora	Cochabamba
M ^a Luz Amparo	22-casada 30-casada	Trabajadora Parada	Tarija Cochabamba
Bibiana	29-casada	Parada	Santa Cruz
ECUADOR			
Dolores	30-casada	Ama de casa	Guayaquil
Isabel	36-separada	Parada	Quevedo
Sara	28-soltera	Estudiante	Cuenca
RUMANIA			
Debora	30-soltera	Trabajadora	Pueblo a 70Km de Bucarest
Graciela	36-casada	Ama de casa	Bucarest
Natacha	50-casada	Trabajadora	Turnu Magurela

58.- Especialmente difícil nos ha resultado el acceso a la población procedente de Rumanía. Tanto las asociaciones como los contactos personales han mostrado una actitud sumamente ‘proteccionista’ que dificulta el acceso a estas mujeres. Además, el tema objeto de estudio parecía provocar su rechazo.

Tabla 7. Características de la muestra

	Lugar de procedencia	Edad y estado civil	N° de hijos	Situación laboral	Lugar de residencia	Uso de anticonceptivo en el país de origen	Fuentes de información en país de origen	Uso de anticonceptivo en España	Fuentes de información en España	Abortos
ESTUDIOS PRIMARIOS O SIN ESTUDIOS										
Graciela	Bucarest, Rumanía	36 Casada	6 niños vivos, 3 niños muertos	Ama de casa	Ciudad (Sevilla)	Nada	Enfermera, médicos	Esterilizada en 2006 (Portugal)	Médicos	15 más o menos
María Luz	Ciudad Tarija Bolivia	22 Casada	1 hijo aquí	Trabajadora	Pueblo (Huetor Tajar)	Ninguno (era virgen)	Colegio, clase de salud, marido	Píldora	Médicos, ginecólogo	
Natacha	Turnu Magruela, Rumania	50 Casada	3 hijos: 1 en Rumania, 2 aquí	Trabajadora	Ciudad (Sevilla)	DIU, después de 3 hijos	Medico	Nada "soy demasiado vieja"		
Fadela	Ciudad Tetuán, Marruecos	37 Casada marido en Marruecos	2 hijos aquí	Trabajadora	Ciudad (Málaga)	Ninguno	El hospital, el medico	Píldora	Hermana, centro de salud	
ESTUDIOS SECUNDARIOS										
Amparo	Ciudad Cochabamba, Bolivia	30 Casada	1 hija en Bolivia 1 hijo aquí	Parada	Pueblo (Huetor Tajar)	Inyecciones	Amigas, madre un poco	DIU, Píldora, Implanon	Médicos, centro de salud (charlas)	1
Dolores	Ciudad Guayaquil, Ecuador	30 Casada	1 hija	Ama de casa	Pueblo Burguillos	Ninguno (era virgen)	Colegio, amigas	Preservativo Marcha atrás	Cuñada, amigas	
Sofía	Ciudad Casablanca, Marruecos	18 Soltera	0	Estudiante	Ciudad (Granada)	Virgen	Lycée francés, libros, primas, películas, asistente	Abstinencia		
Soraya	Ciudad Casablanca, Marruecos	17 soltera	0	Estudiante	Ciudad (Granada)	Virgen	Colegio francés, prima, amigas	Abstinencia		

Vilma	Ciudad Cochabamba, Bolivia	36 Casada	2 hijas, una en Bolivia, una aquí	Trabajadora	Pueblo (Huetor Tajar)	Ritmo (calendario)	Colegio público, amiga	Ritmo esterilización	Médicos	1
Bibiana	Ciudad Santa Cruz, Bolivia	Casada 29	3 niñas aquí	Parada	Pueblo (Huetor Tajar)	T de cobre, inyecciones	Colegio nocturno	T de cobre	No ha escuchado nada	
ESTUDIOS SECUNDARIOS Y ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL										
Leila	Pueblo, Alhucemas, Marruecos	38 soltera	0	Trabajadora (formación)	Ciudad (Sevilla)	Virgen	Un medico	Abstinencia	Charla durante curso formación de internas a la llegada aquí	
Amel	Pueblo, Alhucemas, Marruecos	31, casada, abandonada hace 8 años	1 hijo en Marruecos	Trabajadora	Ciudad (Sevilla)	Píldora	Colegio público, centro de salud	Sin relaciones sexuales desde hace 8 años		
Isabel	Ciudad Quevedo, Ecuador	36 Separada	2 hijos en Ecuador	Parada	Ciudad (Sevilla)	Marcha atrás, ritmo, píldora	Centro de planificación	Preservativo, marcha atrás, píldora	Amiga, medica	
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS										
Sara	Ciudad Cuenca, Ecuador	28 Soltera	0	Estudiante 4º sociología	Ciudad (Granada)	Yuzpe (artesanal) inyecciones	Amigas, medico	Inyecciones píldora	Medico	
Nejma	Ciudad Tánger, Marruecos	20 Soltera	0	Estudiante 1º traductores	Ciudad (Granada)	Virgen	Colegio español	Abstinencia		
Débora	Pueblo a 70 Km de Bucarest, Rumania	30 Soltera Novio		Trabajadora, maestra en su país	Pueblo Huetor Tajar	Abstinencia Nada (no tenía novio)	Leyendo revistas	Preservativos y nada (ahora quiere un niño)		

Este corpus empírico, precisamente por estar muy diversificado, no nos permite alcanzar la saturación de los discursos. Son muchas y muy variadas las condiciones diferenciales de vida de las mujeres procedentes de otros países. Hubiéramos necesitado mucho más tiempo para ampliar considerablemente el campo y poder, así, captar las variaciones discursivas a que esas condiciones de vida dieran lugar. Debemos, por tanto, ser muy cautos a la hora de generalizar los resultados; las características de la muestra marcan los límites de generalización del análisis.

6.3 Trabajo de campo y guión de entrevista a mujeres inmigrantes

Las entrevistas se llevaron a cabo en la casa de las entrevistadas unas veces, en despachos de los servicios sociales o facultades, otras. En la mayoría de las ocasiones estaban presentes sólo entrevistadora y entrevistada, generando así el ambiente de confianza necesario para abordar el tema de estudio. No obstante, en dos ocasiones la entrevista se realizó a dos personas simultáneamente. Es el caso de dos bolivianas que no se conocían previamente pero compartieron información y reconstruyeron conjuntamente la situación de su país de origen y, también es el caso de un matrimonio rumano, ambos cónyuges estuvieron juntos a lo largo de toda la entrevista. En otra ocasión además de entrevistada y entrevistadora estuvo presente una traductora rumana.

Para las entrevistas empleamos, de forma abierta, el siguiente guión. No se trata de un guión previamente estructurado que hay que seguir, sino de intentar captar toda la información que en él figura en todas las entrevistas que se realicen.

GUIÓN DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

HISTORIA FAMILIAR

Descripción de la familia de origen: composición (padres, hermanos-as..), ¿quiénes vivían en la casa familiar? lugar de procedencia, características del lugar (rural – urbano, trabajos que hay allí..) Estudios y trabajos de los padres. Experiencias migratorias en familia de origen.

Historia personal: lugar y año de nacimiento, estudios, trabajos que ha tenido, parejas, hijos. Decisiones. Opinión sobre las relaciones de pareja aquí y allí.

TRAYECTORIA MIGRATORIA: Experiencias vividas, sentimientos y redes sociales:

- ¿Cuándo llegó?, ¿cómo fue?, ¿vino sola?, ¿cómo le va.....?, ¿qué conocidos / familiares tenía aquí? ¿cómo eligió Andalucía?

- ¿Qué le sorprende más de aquí? ¿Qué esperaba y qué ha encontrado?, ¿cómo se imaginaba la vida aquí?

CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CUIDADOS: vivencias, creencias, valores

- ¿Cómo ha afectado a su salud reproductiva el hecho de emigrar?

- ¿Se encuentra aquí mejor de salud que en su país o peor?.

- ¿Qué es “tener salud”?

- Enfermedades que tiene, o que ha tenido...

-¿Qué hace cuándo se pone enferma?

-¿Dónde acude (familia, curanderos, farmacia, médicos privados, Centro de Salud) ?

-¿Por qué tipo problemas acude usted al centro de salud?

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ASPECTOS CULTURALES

- ¿Cuántos hijos tiene- le gustaría tener?

- Si tiene pareja: ¿Qué piensa su pareja?

- ¿Usted, tenía la misma idea antes de dejar su país?

- ¿Qué métodos utiliza – le gustaría utilizar para no tener más hijos de los deseados (cuidarse)?

- ¿Conoce usted remedios “caseros” para no quedarse embarazada?

- ¿Cómo obtuvo información sobre los métodos existentes? ¿quién se lo contó?, Cuándo, cómo: preguntó usted o se lo contaron? ¿cómo le va?

- ¿Qué método de planificación familiar (formas de “cuidarse”, para no tener hijos) le interesan más? Razones: (más fáciles, más cómodos, más útiles, menos problemas, acuerdo con la pareja, miedos...): preservativos, T de cobre, píldoras, parches, implanón..

- Posibilidad de hablar de estos temas con alguien: allí y aquí: con quién (familiares, amigos, personal sanitario, blog...)

- Opinión sobre la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (o Píldora Postcoital o Píldora de la mañana, del día después) conoce, utiliza, conoce a alguien que sí la ha utilizado: motivos para su uso. Repercusiones sobre la salud, futuros embarazos, uso reiterado

DIFUSIÓN / CONSUMO INFORMATIVO

- ¿Cómo supo que existía la Píldora Anticonceptiva de Urgencia?

- Qué información: carteles, folletos ... de la que hay en el centro de salud recuerda? ¿Los carteles, folletos, los lee usted?

- ¿Qué programas de radio / televisión le gustan? Programas, canales, horarios, tiempo que dedica a la actividad ¿Ve las televisiones locales?

- ¿Qué hacen los fines de semana / vacaciones...? Dónde se reúnen, con quién –mujeres solas, hombres y mujeres?

- ¿Cómo debería presentarse la información para que les llegara a todos ustedes?

- Dichos, refranes que utilicen en su país respecto a lo que venimos hablando: los hombres, los bebés, el sexo, la maternidad, la manera de cuidarse

- Anécdotas que recuerde

UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- ¿Qué piensa de la planificación familiar?
- ¿Y, de los programas de planificación familiar? Y, su pareja, ¿qué opina?
- ¿Le parece cómodo, fácil, útil ir a planificación familiar?
- ¿Dónde ve los mayores problemas?
- Diferencias con su país

EMBARAZOS NO DESEADOS

- Si una mujer se queda embarazada sin desearlo ¿qué la recomendaría que hiciera?
- Si la ha ocurrido alguna vez: ¿qué hizo? ¿cómo tomo la decisión? ¿qué es lo que más tuvo en cuenta para decidir?
- ¿Tomaría la misma decisión allí que aquí?
- ¿qué opinión tiene sobre el aborto (IVE)?
- ¿Tiene alguna experiencia en esto? ¿cómo fue? ¿alguna amiga, conocida? ¿qué le han contado?
- ¿Cómo hubiera actuado en su país? Cómo actuaría aquí?

PROPUESTAS DE MEJORA: ¿De qué forma se pueden mejorar estos servicios para que sean más útiles?

REVISIÓN CONJUNTA DE DOCUMENTOS Y FOLLETOS

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de septiembre y diciembre de 2008, en diferentes localidades andaluzas. En el capítulo siguiente presentamos los resultados obtenidos a través de ellas.

7. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS Y RESULTADOS

Hacer uso de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (PAU) supone – además de conocer su existencia, saber dónde y cómo conseguirla, y, lograrlo en el plazo establecido- que en las relaciones sexuales desprotegidas, se rechace la perspectiva de tener descendencia, y, asumir que precisamente en esas circunstancias, se corre riesgo de embarazo. Ahora bien, esto no es un posicionamiento ‘teórico’, es cuestión de sexualidad. Se trata, entonces de reconocer y asumir esta dimensión de la vida, y, de poder decidir en tales circunstancias. Y eso eventualmente sola, es decir, sin un compañero que ayude a tomar la decisión o a buscar la píldora de urgencia –los hombres implicados en la relación sexual con frecuencia se desentendían de las repercusiones de sus acciones, otras veces son ellas las que prefieren tomar la decisión solas-. También implica superar obstáculos como el miedo o la vergüenza de explicar la situación personal a un médico o una enfermera, en definitiva, no es algo tan fácil como puede parecer a primera vista.

Entender las prácticas anticonceptivas – Píldora Anticonceptiva de Urgencia incluida- en la vida de las mujeres y sus parejas supone no aislarles de su contexto. Las prácticas se articulan con las normas y representaciones sociales sobre: la sexualidad, el cuerpo y sus usos, la formación de la familia, el estatus social de las mujeres y de los hombres, las posibilidades de elección, la percepción del riesgo de embarazo... Además, esas prácticas son dinámicas, evolucionan a lo largo de la vida de las personas que las usan; son conocimientos y saberes que se van perfilando con las interacciones que se mantienen con otras mujeres, con hombres, con profesionales de la salud... Sin olvidar que también entran en juego el desarrollo de las técnicas anticonceptivas, las políticas de los laboratorios farmacéuticos, las políticas nacionales e internacionales de distribución y comercialización. En otras palabras, las prácticas anticonceptivas se insertan en un marco político, social y cultural, y la anticoncepción en general se puede considerar como una “construcción social” (Russel y Thompson, 2000).

Por eso queremos mostrar que si la realidad se caracteriza bien por una cierta diversidad debida al contexto histórico-social de cada país, a las posiciones sociales de los sujetos y a sus condiciones de existencia y de posibilidad, también observamos aspectos transversales que superan esa diversidad. En esta línea transversal se presentan, inmediatamente, los análisis de las entrevistas.

7.1 Una sexualidad femenina socialmente controlada

El contexto socio-cultural en el que fueron socializadas nuestras informantes, en lo concerniente a la educación sexual y reproductiva, va a modelar algunas de sus prácticas en este ámbito.

En las experiencias de las marroquíes entrevistadas, tanto mayores como jóvenes, la prohibición de las relaciones sexuales pre-maritales sigue vigente, a pesar de los cambios en curso y del progresivo aumento de la difusión de información. El hecho de que la información sexual esté limitada a las mujeres casadas es una forma de llamada al orden: no se asume colectivamente la posibilidad de la pérdida anticipada de la virginidad pues afecta al honor y la fama tanto de la mujer como de su familia. De aquí que la “cultura del silencio” (Turki et al, 2003), continúe en auge; lo que no se nombra, no existe.

“Casadas, sí! Sí se puede hablar, pero las chicas que no están casadas, tienen vergüenza a hablar de ese tema [la sexualidad y la anticoncepción], es que no puedes ni preguntar si tú no estás casada. Es que si tu vas a preguntar de este tema, te van a decir: “y tú porqué te interesa saber, entonces haces algo prohibido, eh...” entonces no puedes preguntar, no puedes preguntar! [...] no van a pensar que es una curiosidad ¡nunca! ... (risas) ¿Entiendes? entonces, que no puedes preguntar esas cosas (Amel, 30 años).

Los sistemas de vigilancia y sanción son más estrictos en los pueblos pequeños⁵⁹, donde el miedo a la transgresión y sus consecuencias se constituyen en formas de control social hacia las mujeres más eficaces que en las grandes ciudades. Aunque en estas el control también existe, y si se habla de la sexualidad entre los jóvenes, nunca se habla de una misma:

“En Marruecos es un tema que todo puede hablar de este pero no hablar de su experiencia. Pero habla de los demás (risas)” (Sofía, 19 años)

De hecho, las mujeres marroquíes entrevistadas que no están casadas son vírgenes, incluso las que nos dijeron tener novio. Se refieren a una *“personalidad propia”*, al hecho de *“tener principios”*, de no *“haber encontrado el hombre de sus sueños”*, a que *“no apetece tener relaciones sexuales”*, en fin hay varias maneras de designar indirectamente la norma cuya transgresión significa arriesgarse a sufrir un desprecio colectivo que además puede acarrear la pérdida de la oportunidad de casarse. De aquí que la única sexualidad pre-marital tolerada (también callada) sería la que entra en el marco de una relación de noviazgo de larga duración y con perspectiva de boda – existen ejemplos incluso en el entorno familiar de las jóvenes entrevistadas-. En caso de relaciones sexuales precoces y sin perspectivas conyugales, y, en general, mejor guardar el secreto sobre este asunto tabú :

“Porque cuando una mujer ha perdido su virginidad, su himen, está considerada como una puta. [...] en Marruecos todo lo que haces, la gente lo sabe. Es como el teléfono árabe⁶⁰ (risas) una amiga me dice ¿sabes? Salma ha perdido su virginidad, ah ¿sabes?, ah ¿sabes?, ¿sabes?, ¿sabes?” (Sofía 19 años).

Eso no significa que no haya una presión masculina para mantener relaciones sexuales con las chicas. Los testimonios de Sofía y Soraya muestran que el sexo es una de las preocupaciones en su entorno juvenil, oscilando entre referencias tradicionales, representadas generalmente por las madres, y referencias a un modelo más abierto y occidental que circula en el entorno socio-escolar. Así, es posible tener un novio, preservándose de relaciones sexuales precoces. Pero, en este caso, tampoco es fácil llevar públicamente la relación⁶¹. Del otro lado, parte de los chicos –no el propio novio precisamente elegido por su seriedad y comprensión- desprecian el voto de castidad e intentan convencer a las chicas para que den el paso. En este “juego de género” no se habla del embarazo inesperado ni de sus consecuencias.

“A ver, que nos dicen los tíos [tono de voz cansado]: ‘noooo, pero ¿porque quisiera casarme con una chica virgen?...Yo, si mi mujer no tiene experiencia, no me caso con ella.’ Eso, eso se llama camelar. No hablemos del aborto sino se mueren de risa” (Soraya, 17 años).

El matrimonio sigue siendo el punto de referencia para las relaciones sexuales y eso a pesar de las críticas expresadas, sobre todo por las mujeres más jóvenes, que desmitifican la institución del matrimonio, tomando como referencia las separaciones y divorcios que observan en su entorno (en ocasiones, sus propios padres), y, a la dominación masculina que caracteriza las relaciones conyugales⁶². Hemos visto que esta referencia central se va haciendo menos explícita en medios sociales más favorecidos:

“Una consejera habló del preservativo a todos los alumnos, pero la mitad de la clase ya sabía de qué va, salvo los perdidos, vamos. Nos hablaba de la píldora, decía ‘si tenéis relaciones sexuales, pues hay tal, tal,

59.- “No puedes! Y más en mi ciudad (risas) no puedes, no puedes (...) Mi ciudad es igual a Cádiz, es muy pequeña igual a una isla, y todo el mundo conoce al otro, todo bajo control! No puedes! (risas)” (Amel, 31 años, casada).

60.- Expresión conocida en los países del Magreb (por lo menos Argelia y Marruecos) y también en España y Francia para designar el boca a boca y la circulación rápida de noticias.

61.- “En Marruecos no puedes besar un chico en la calle. Hay quien lo hace. Yo, que tengo la mente muy abierta, que uno me puede contar todo y no me va a chocar, pues yo considero eso grosero. No quiero pelearme con los marroquíes que me dicen: Andaaa ¿y tu religión? y ¿dónde están tus padres?... Solo por no oír eso, no besaré a mi chico en la calle. Eso me va a poner nerviosa de verdad. En España es mucho más fffuuuuLibre” (Soraya, 17 años).

62.- El divorcio provoca mucha inquietud porque en las experiencias de las chicas, sus madres, amas de casa, aunque tengan estudios, dependen económicamente de sus maridos. Lo que complica considerablemente las cosas en caso de separación. Además, son frecuentes los casos de abandono del hogar por parte del marido, dejando a las mujeres sin sustento y con descendencia.

tal, pero veía en sus ojos que quería decirnos: oiga chicos, no tengáis relaciones sexuales, no demasiado pronto en todo caso'. Yo la veía venir..." (Soraya, 17 años).

Así, por tanto, aunque hay difusión de información, ésta se hace dentro en un marco claramente definido o sigue orientada hacia el control de los comportamientos sexuales juveniles. Y, en ningún caso, se transmite a través de la madre, sino más bien de una hermana, de unas primas o amigas un poco mayores.

No obstante, sería un error pensar que solo las mujeres de origen árabe están sometidas a la prohibición de la sexualidad pre-marital. Natacha nos explicó que en Rumania, en su época, las mujeres estaban vigiladas. Conoció a su marido muy joven (con trece años) y era imposible vivir juntos sin casarse. Se casó con 17 años y su primer hijo nació el año de su boda. *"queríamos así"* dicen los dos cónyuges, y, el marido añade: *"cuando joven, mejor"*.

Los testimonios de las mujeres ecuatorianas y bolivianas hacen menos referencia explícita que las marroquíes a la virginidad. Estas aluden más al hombre que se la llevara sin escrúpulos, el hombre predador, engañador y sexualmente irresponsable. Esta referencia amenazadora, esta representación social negativa de la masculinidad⁶³ parece muy generalizada en el discurso educativo parental y/o escolar tanto de las clases populares como superiores, con diferencias en cuanto a las formas concretas de "educar" a las chicas:

"La ciudad de donde yo vengo, aunque es la tercera ciudad más grande, pero es bastante conservadora, [...] nosotras estamos en un...núcleo muy reducido ¿no? de esta sociedad y...hay reglas sociales bastante marcadas, las chicas "bien", las chicas de buena familia tienen que comportarse de una forma, tienen que ser...pues...como te digo? honorables! ¿No? Esa palabra..."honorables"!(risas) entonces estaba muy mal visto que andes con uno y con otro. [...] Es que en el colegio de monjas nos estaban traumando constantemente, y claro pues el tema del sexo era un tabú y...nos ponían videos instructivos de, por ejemplo, "el aborto" (risas) y de películas en plan... de que venía el chico y que le engañaba a la chica y que se acostaba con ella y luego le dejaba ¿no? todo eso con la intención de asustarnos, para que no caigamos, para que "no metas la pata" que esa es frase...típica ¿no? "Para que no metas la pata, ¡cuidado que vas a meter la pata!" (Sara, 28 años, Ecuador).

"Tuve novios, a los quince años tuve un novio... que era mayor que yo... y yo siempre me daba a respetar porque como ya le dije, mi padre siempre nos habló de que los hombres después de tener sexo con las mujeres nos dejaban... Y eso me recuerda al dicho de "el hombre acude y se va, pero la que queda marcada es la mujer" y es verdad, es verdad... Entonces mi padre nos decía siempre... si alguna de ustedes se queda embarazada la primera que lo va a pagar va a ser su madre porque le voy a pegar un tiro (Vilma, 36 años, Bolivia).

De manera general, la preservación de la virginidad es una responsabilidad que compromete a madres e hijas⁶⁴. Pero a diferencia de lo que nos cuentan las marroquíes, para las mujeres bolivianas y ecuatorianas incluso más mayores, el noviazgo, permitido, se acompaña de una tolerancia hacia las manifestaciones castas de la relación, como cogerse de la mano, del brazo para pasear, e incluso besarse. La relación sexual, etapa posterior, oficializa la relación, sin necesariamente casarse.

"No, no, no, no, pero, ¡hay, (risas) no!, ¡jes que allí no es como aquí! Allí el novio, con un chico se besa ¡nada más! Allí no se puede tener, jeso no! Ahora no sé cómo será. Pero en aquella época si una chica tenía sexo con su novio, ya es que tenían que irse a vivir juntos. No se podía estar uno en su casa y la otra en su casa, no, tenían que irse a vivir juntos, así era allí, ahora, ahora no lo sé, ahora como ya también las cosas van cambiando. Yo tuve algunos novios y yo no tuve relaciones con ninguno de ellos, allí es que eran las cosas

63.- A propósito de esta representación muy común y a pesar de que designe de hecho una parte de la realidad social, queremos subrayar que no existe una sino varias masculinidades o sea múltiples formas de expresar la identidad de género en el campo de la sexualidad, la reproducción, la anticoncepción, en definitiva, del papel asumido dentro del marco de la pareja en los países de América del Sur. Ver sobre este tema los libros de la antropóloga Mara Viveros Vigoya (2001, 2002).

64.- y que resume bien la fórmula de Soraya, cuando dice: "Mi madre me ha dicho: eres aun joven, aprovecha, haz lo que quieras pero no hagas cosas como las otras para ser como las otras. Y yo, a mi las cosas me salen muy bien, tengo un grupo de amigos geniales, tengo la conciencia de mi madre en paz, hago lo que me gusta, todo bien" (Soraya, 17 años, Marruecos).

de otra manera, aquí no, aquí también las chicas pueden tener sus novios, su este y tienen sexo ¿no?, después dejan la relación y conocen otro y así, porque también ya están...[...] aquí no sé cómo habrá sido antes, pero yo en mi país, allá no, allá las niñas tienen su pareja pero no...de eso nada (Isabel, 36 años, Ecuador).

Eso no significa evidentemente que no haya relaciones sexuales pre-maritales. Las chicas marroquíes más jóvenes mencionan casos en su entorno familiar (hermanas, primas). Y, algunas de las mujeres bolivianas y ecuatorianas entrevistadas mencionaron los casos de sus cuñadas y/o hermanas, embarazadas antes de casarse, incluso, alguna de ellas tuvo relaciones sexuales antes de casarse⁶⁵ o sin formalizar la relación (Sara). Para ellas la familia y las madres no fueron fuentes de información determinantes sobre la sexualidad y la anticoncepción, o lo fueron “demasiado tarde”⁶⁶.

7.1.1 La escasa efectividad de los condicionantes religiosos

En los discursos de las mujeres entrevistadas encontramos posiciones contrarias al aborto que se construyen esencialmente sobre una instancia de legitimación: la religión. Tanto católicas como musulmanas suelen decir que el aborto está prohibido por su religión, que es un pecado y un “crimen”. Pero, incluso algunas de las que se consideran más religiosas han abortado alguna vez, consideraron que era su única salida. Paralelamente, la prohibición da lugar, en tres de los países⁶⁷, a prácticas poco controladas, caras y, en demasiadas ocasiones, peligrosas que hacen temer a las mujeres por su seguridad.

Sin embargo, en la práctica ninguna de las religiones consideradas aquí (católica, musulmana y ortodoxa) parece actuar como un límite efectivo a la anticoncepción y al aborto. Las razones por las que las mujeres utilizan o no métodos anticonceptivos eficaces y toman la decisión de abortar o no, escapan a los dictados de sus religiones. Algunas muestran preocupación y sentimiento de culpa por llevar a cabo un aborto contra su ideario religioso pero confían en la bondad de su Dios y en su perdón. La decisión estará más condicionada por las condiciones de vida materiales (inmigración, paro, nivel de estudios, precariedad económica, problemas de tiempo –para trabajar y criar a un bebé- y de papeles) que por aspectos espirituales.

“También de la religión, pero más aquí dentro porque yo soy madre y matar a un ser vivo, como me dijo la psicóloga, matar a un ser vivo que llevas dentro... ya está vivo, ya es parte de ti, me dijo la psicóloga. Sí, yo lo sabía... soy una persona que entiendo muchas cosas y sabía que estaba haciendo mal... cuando tomé la decisión, sé que estaba haciendo mal... y tenía que tomar esa decisión... y me dolió mucho y creo que hasta me enfermé estaba como ida, triste... de verdad, se siente como una criminal, de verdad, yo le digo... porque cuando la primera vez me dijo que si quería, me sentí mal, que me había ofendido cuando la doctora me había dicho si quería abortar... y me venía... y en el momento recordaba y me venía ahora... porque no he dicho no... y mi marido me decía tú, es una decisión correcta... y ya está no nos preocupemos...

Claro y ya... ya no me quería sentir mal... ya no quiero saber más porque se pasa muy mal... porque a mí me afectaba mucho... y a mi esposo también... porque dices “y si hubiera sido un niño... ¿qué nos costaba?...” No pudimos dormir aquella semana los dos” (Vilma, 36 años, Bolivia).

“E. ¿Y del aborto?”

No me gusta la idea... yo no creo que lo vaya hacer nunca... nunca... pero son personas que no pueden, que no pueden... tiene un hijo, se queda embarazada la mujer pero... no tienen dinero y eso... y veo que es

65.- Por ejemplo Amparo (Bolivia) que se quedó embarazada con 17 años y se casó.

66.- Una comparación de datos de las encuestas demografía y salud de varios países de América latina centrada sobre las mujeres solteras entre 15-24 años, muestra el descenso del efecto protector de la virginidad desde los años 90, decrecimiento más importante que el crecimiento paralelo del recurso a los anticonceptivos. Bolivia se caracteriza por el recurso masivo a la abstinencia periódica. Los datos muestran que en Bolivia, el 38,9% de las concepciones pre maritales dan lugar a un matrimonio antes del nacimiento. Esta situación es más frecuentemente deseada que cualquier otra (72% vs. 47%) (Ali, Cleland, 2005).

67.- En Rumania estuvo prohibido hasta 1989.

mejor abortarlo que dejarlo en la calle, que le da... sin... sin ofrecerle nada. A mí me parece mejor eso... pero yo no quiero hacerlo nunca [...]

E. ¿Cuál es la religión?

Ortodoxa. [...]

E. ¿Y la religión dice algo sobre los anticonceptivos, o sobre el aborto...?

No, de eso... no, no dice. Porque he estudiado teología también. Pero no, no dice eso... el aborto no está prohibido en mi país. Puedes hacerlo cuando quieras.

E. ¿Sí? ¿Y en las clínicas públicas...?

Sí, sí... pero se paga. Se paga.

E. ¿Aunque sea público se paga?

Sí, sí, sí... se paga, se paga todo... "(Debora, 30 años, Rumanía).

Cabría pensar, no obstante, que es la religión musulmana la que establece fuertes limitaciones a las relaciones sexuales premaritales. Hemos insistido en la importancia, para estas mujeres, de llegar vírgenes al matrimonio. No obstante, pensamos que es más una cuestión de control social -la salvaguarda del honor familiar a través del control y la dominación de las mujeres- que una cuestión religiosa (aunque se recurra a ella para legitimar las estrategias de control y mantener la dominación masculina). Vimos como el Islam no prohibía las prácticas anticonceptivas dentro del matrimonio pero sí el aborto. Observamos en las entrevistadas, el respeto a la tradición –en el mantenimiento de la virginidad, mientras se pueda- y el recurso a las clínicas que reconstruyen el himen y abortivas cuando no se logra. Es como si en Marruecos todo se hiciera en nombre de la religión cuando en realidad lo que se hace es utilizar la religión para legitimar todo lo que interesa en un momento dado.

"E. ¿Que pasa en caso de embarazo sin estar casada?

Pues si la chica es inteligente y tiene el dinero, aborta y ya está. Hay médicos que lo hacen. Si no tienes dinero por eso, depende. Hay familias pobres que guardan el niño como uno más de la familia sin echar la chica fuera. Otras familias echan las chicas a la calle. Tienen que irse a otras ciudades⁶⁸.

E. ¿Si una amiga se quedara embarazada, que le aconsejarías?

Yo, le aconsejo hacer el aborto. Porque ella después puede seguir en la sociedad, normalmente, seguir su vida normalmente. Es un secreto y ya está. Dios esta bueno y la perdonará. Los hombres nunca la perdonarían....hacerlo sin decirlo y ya está" (Leila, 38 años, Marruecos).

Lo que está en juego es el honor familiar: *"hay miedo, mucho miedo porque si haces sexo sin estar casada y que alguien te pille, y ve que entra un hombre en tu casa, puede llamar a la policía, te pillan, llevan el chico y la chica a la cárcel, pagas una multa. Tu padre, tu hermano te van a 'matar'. Te van a dar una paliza muy fuerte y encerrarte. Es que además del sexo, el hecho de que la policía viene a tu casa, es un deshonor por la familia" (Leila, 38 años, Marruecos).*

68.- Leila contó un caso que conoció cuando trabajaba en la oficina de un abogado de su pueblo. Se trataba de una mujer que tuvo relaciones sexuales con su futuro marido antes de casarse. Se quedó embarazada y el futuro marido la rechazó, diciendo que el bebé no era suyo. El proceso entablado dio la razón al hombre. La chica se quedó en una casa hasta el parto e hizo todo lo que pudo para perder el niño, sin conseguirlo. Sin ninguna ayuda ni dinero, empezó a prostituirse para sobrevivir. Según parece y por noticias recientes, ahora está casada.

7.2 Saberes y experiencias

A partir de los discursos de todas las mujeres, constatamos que existen posibilidades de acceso al sistema sanitario para procurarse anticonceptivos en sus países de origen. Sin embargo, presentan límites de varios tipos mencionados por una o varias mujeres: acceso implícitamente limitado por la edad y por el estado-civil (Marruecos), el pudor y/o la vergüenza (Marruecos, Ecuador, Bolivia), el miedo de que se sepa (Marruecos, Ecuador, Bolivia, Rumanía), el precio del servicio cuando no es público (Ecuador, Bolivia, Rumanía), la ausencia de sensibilización colectiva (Bolivia, Ecuador) y la política nacional (Rumanía)⁶⁹.

En las encuestas nacionales recientes de los cuatro países, las tasas de conocimiento de anticonceptivos son extremadamente altas porque la inmensa mayoría de las mujeres pueden citar al menos un método moderno⁷⁰. Pero hay distancia entre el conocimiento teórico, el acceso a la información y el uso. Además, en nuestro corpus empírico hay un amplio rango de edades que, para las mayores, nos remiten a tiempos en que esas tasas eran inferiores.

7.2.1 Las fuentes y la calidad de la información manejada

La tabla 7 resume las características sociodemográficas de los sujetos muestrales además de los métodos anticonceptivos que las entrevistadas utilizaban en sus países de origen y utilizan en España, y, las fuentes a través de las que obtuvieron información sobre salud sexual y reproductiva.

Constatamos, a partir de esa tabla, la diversidad de las fuentes de información y la diversidad de experiencias. A esta diversidad de prácticas contribuyen varias dinámicas. La experiencia concreta de los anticonceptivos se construye a partir de: las posibilidades de acceso a ella y de su disponibilidad, la naturaleza de la relación con la(s) pareja(s), el deseo y el proyecto de tener niños (incluso cuántos y con qué intervalo); la práctica se nutre de la acumulación de conocimientos, de pruebas concretas concluyentes y no concluyentes, y también de las experiencias de los otros.

Algunas mujeres expresan inquietudes o miedos para explicar su rechazo o su falta de confianza por tal o cual método. Encontramos entonces hechos ya conocidos y documentados que se pueden definir como lugares comunes, sobre el DIU y las hormonas.

El DIU o el miedo a tener algo ahí dentro

Encontramos el mismo discurso en los diferentes países considerados; un discurso referido al miedo a tener un objeto extraño introducido en el cuerpo. No hay referencias a su duración o coste económico, todas las reflexiones refieren mayoritariamente extrañeza y desconfianza, fundamentada en los múltiples mitos que circulan sobre este dispositivo.

“E: qué hace que tomes las pastillas y no te pongas el diu, por ejemplo?

-. Porque es más cómoda, porque no sé, a mí el DIU me da mucho miedo, me da mucho miedo... Pensar que tengo algo ahí dentro... metido... ¿sabe o no? Que las pastillas son más cómodas... no sé... cuánto voy a durar no lo sé, pero de momento...” (Fadela, 37 años, Marruecos).

69.- Insistimos en que la prohibición del aborto en Rumania entre 1966 y 1989, estuvo acompañada de grandes dificultades para obtener anticonceptivos, incluso de forma clandestina. Natacha por ejemplo conoció este régimen entre sus 8 y 31 años de edad. Tenía ya sus tres hijos con 23 años, y no tuvo más. Natacha se negó implícitamente a hablar del aborto y de lo que hizo la pareja para tener solamente 3 hijos en 22 años de vida en común, hasta que un ginecólogo le puso un DIU. Graciela tenía 17 años cuando cayó el régimen. Ninguna habló de política sino para mencionar (Natacha) que el aborto estaba prohibido.

70.- En Ecuador, “el 95,5% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, ha oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo moderno” (Endemain 2004). En Bolivia, el 92% de las mujeres casadas o en unión han oído hablar de los métodos modernos (INE, and MEASURE DHS+/ORC. Macro; 2004) En Marruecos, “la casi-totalidad de las mujeres (99%) sea cual sea su estado matrimonial han declarado conocer, por lo menos, un método moderno (El Arbi, 2004). En Rumanía, virtualmente, todas las mujeres (99%) habían oído hablar al menos de un método moderno (WHO, 2004).

“E: ¿y la T de cobre, has oído hablar?

- sí, pero yo no me pongo eso!

E: ¿por qué?

-no sé, tengo mucho miedo, parece que eso duele ¿no? me imagino que duele” (Isabel, 36 años, Ecuador).

“E: Y la niña que tuviste, la pequeñita... ¿la buscabas?

- no... no... yo qué sé... yo estaba cuidándome con esto... con el ritmo, con las menstruaciones y no usaba la T de cobre ni nada de estas cosas...

E: ¿Pero sabías que existían?

- sí, yo lo sabía... me lo habían explicado en mi país y todo, y cómo ponértelo... y mi hermana tiene la T de cobre... le sentaba muy mal... le dolía la cabeza, o menstruaba demasiado” (Vilma, 36 años, Bolivia).

“- Mi madre usaba la T de cobre, la T de cobre

E: sí ¿y se quedó embarazada con la T de cobre?

- sí, de la última niña es que se quedó embarazada, el médico le dijo que a lo mejor se le había salido y ella no se enteró, no se dio cuenta [...] porque también suelen decir que cuando esto se sale, suele aparecerse incrustada en los niños, pero al final mi hermana no tiene nada, mi madre se le salió y no, no se enteró”(Dolores, 30 años, Ecuador)

“- A mí en lo personal, me da un poco de miedo sobre esas cosas...de este, que me da como miedo tenerlas por ahí dentro, me da como miedo, pero, que sea a mí, no quiere decir que sea a los demás...a mi no me hace gracia eso (risas)

E: sí, sí, sí. ¿Y por qué, sabes por qué?

- no sé, me da como miedo que a lo mejor, digo que quizás con eso dentro te vaya a causar...algo, el cáncer!, eso que está ahora tan de moda ¿sabes? entonces me da un poco más de miedo eso ¿sabes? o que te pueda lastimar, aunque esas son tonterías mías na más porque...eso está estudiado y...

E: pero son preguntas que tú te haces. ¿Pero eso más bien con la T de cobre o...?

- sí, yo más bien con ese tipo de...porque después, por ejemplo, la píldora pues yo eso lo veo bien, ¿sabes? no lo veo dañino como quien dice, lo otro me da como mas...más cosa

E: ¿el implanon también?

- no, no, no a mi nada de esas cosas, no me hacen (risas)

E: ¿no te gustan, no te apetecen?

- no, no, no a mi no me apetece ni la píldora ni na, yo con mi preservativo y ya está y me quito de cosas [...] yo confío en un cien por cien, estoy tranquila, segura, lo prefiero ¿sabes? que la píldora, porque luego te pasa que se te olvida, esto, lo otro, yo prefiero (risas)

E: sí, porque eso no se olvida, te lo pones o no te lo pones

- claro, eso no se olvida, en el momento y ya está, ahora la píldora pues se te olvidó y ahora que si no se que, y ya estas luego con la tensión esa y digo no!” (Dolores, 30 años, Ecuador).

Los anticonceptivos hormonales y el supuesto riesgo de esterilidad

La información errónea que circula sobre la píldora hace referencia a cuestiones centrales para las mujeres: 1) la capacidad de procreación: la idea de que después de un tiempo utilizando la píldora puedes ser menos fértil aparece en reiteradas ocasiones; 2) cuestiones estéticas: la píldora engorda, favorece el aumento del vello..., 3) riesgos para la salud: puede provocar cáncer y, por último, 4) dudan de su eficacia. Veamos sus testimonios.

“- Las pastillas y todo eso, eso lo que me han explicado... y yo no... no lo usaría... no... yo si tengo una relación y pienso tener un hijo pues vale, y si tengo una relación y no puedo tener un hijo pues lo más normal... que nunca me haga daño... para no arrepentirme. Por si quiere tener hijos o no, no sé... es que eso ya... tiene consecuencias secundarias en el cuerpo. Si puedes tener hijos o no, eso ya te va quitando la capacidad... y... yo no tengo porqué... para eso que utilice el hombre el preservativo o te tomas tú algo para que

sea en ese momento...pero así a la larga... no" (Nejma, 20 años, Marruecos)

"-sobre todo, a nivel...estético, se habla pues siempre y de hecho tengo varias amigas que lo dicen que por eso no toman pastillas, porque dicen que engordan y que...mmm no sé que más era, sobre todo eso que engordan (silencio) y que te puede, yo que sé que luego te puedes quedar estéril que tal

E: con las pastillas

- si, sobre todo con cierto tipo de pastillas...decían que, yo por ejemplo me acuerdo que... tengo una prima que estaba casada y estaba tomando pastillas y recuerdo en alguna reunión de primas que estábamos comentando este tema y ella decía que había dejado las pastillas y no se podía quedar embarazada y que su suegro que era ginecólogo pues le había dicho que había sido por el efecto de las pastillas...y que tenía que esperar o algo y tuvo que hacer un tratamiento de fertilidad para quedarse otra vez embarazada...pero creo que era porque esas pastillas en especial tenían algún componente fuerte" (Sara, 28 años, Ecuador).

"- porque creo que es un poco malo para mí. Así creo. Para mí nunca. La pastilla anticonceptivo, nunca. No quiero nunca. Esta mala y habla muchas mujeres del cáncer... y no quiero. Y las hormonas... masculinizan... [enseña su brazo] no quiero pelos. Poco pelos" (Natacha, 50 años, Rumanía).

-[Traductora hablando por Graciela]: "no, conozco, dice. Conoce los métodos anticonceptivos. Lo que pasa es que para ella lo más cómodo era utilizar el aborto (...) lo que pasa es el miedo. Uno dice que aun así te quedas embarazada. Ella consideró que era lo mismo. Se había enterado por otras amigas que si olvidas un día la pastilla, te quedas embarazada. Entonces se había dicho no me la tomo, si de todas formas me olvido una vez, me quedo, entonces se lo tomó como un riesgo personal"⁷¹ (Graciela, 36 años, Rumanía).

Varios puntos merecen comentarios. Primero, se sabe que el temor a los efectos sobre la capacidad reproductiva se expresa de hecho en varios países donde el valor social de las mujeres sigue estando muy asociado a la maternidad, y, donde la esterilidad expone a las mujeres a consecuencias sociales graves. Pero esta preocupación por los efectos del uso de anticonceptivos sobre la fecundidad, sigue viva también en países con tasas de fecundidad bajas. La reversibilidad es una de las preocupaciones mayores de las mujeres en general, aun más cuando son jóvenes, todavía no tienen hijos o no han alcanzado el número de niños deseado (Snow et al. 1997). A mantener estas ideas contribuyen también los facultativos. Tanto en España como en Francia, por ejemplo, siguen oponiéndose a colocar el DIU a mujeres jóvenes sin hijos, con el argumento del mayor riesgo de infecciones y, consecuentemente, de esterilidad. Esta práctica sigue vigente a pesar de la evidencia científica que refuta esta teoría. En el (in)consciente profesional colectivo, preservar el capital fecundante de las mujeres jóvenes resulta a veces más importante que la resolución de sus eventuales dificultades anticonceptivas.

Segundo, observamos también que los efectos de anticonceptivos hormonales sobre el ciclo menstrual, mejor dicho las perturbaciones del ciclo, contribuyen en parte a cuestionar su efecto sobre la fertilidad. Ello debido a la estrecha relación que existe entre la fecundidad y el ciclo menstrual. De aquí, por ejemplo, que las hemorragias débiles provocadas por la píldora, o la desaparición total de la menstruación (bastante frecuente con las inyecciones trimestrales y los implantes) sean interpretadas como contrarias a la buena salud. Se interpretan como una obstrucción, un bloqueo no solo de la sangre sino también del funcionamiento del cuerpo cuando el flujo de la sangre menstrual marca, por contra, la capacidad de tener hijos (Potter, 2001).

71.- Vimos, en una investigación realizada en Francia a finales de las 80', que el aborto como modo de regulación de los nacimientos molesta mucho a los médicos sobre todo cuando ellos consideran la anticoncepción moderna como el símbolo del progreso científico más importante para las mujeres. Así, las prácticas de las mujeres gitanas yugoslavas que solicitaban un aborto para cada embarazo eran interpretadas como un retroceso, un arcaísmo incomprensible. Además, ellas se resistían a todas las tentativas de persuasión y discursos 'racionales' (Bretin, 1992). La racionalidad que no consiste en especular sobre un riesgo hipotético sino en actuar frente a un evento no es reconocida como racionalidad. Casi 20 años después, en otro estudio sobre el uso del Implanon, constatamos que el aborto repetitivo sigue siendo difícilmente tolerado por los médicos, quizás aun más, con la reciente ampliación del abanico de posibilidades anticonceptivas.

Paralelamente, la representación negativa de la retención de la sangre menstrual está muy expandida y relacionada también con la negativa representación generalizada de su naturaleza. La sangre menstrual es una impureza que encuentra sus traducciones socio-culturales en varias prácticas y formas de descalificación de las mujeres en la tradición judeo-cristiana y otras culturas⁷².

Si la ingesta de anticonceptivos es un proceso hecho de pruebas, aproximaciones, ajustes y reajustes, el extracto de las aventuras de Amparo con los comentarios de M^a Luz muestra que, incluso cuando hay dificultades, se pueden superar con el acompañamiento adecuado. Aquí, además, la restricción progresiva de las posibilidades contribuye mucho a aumentar la tolerancia de la mujer, consiguiendo que los efectos secundarios del Implanon no lleguen a superar los beneficios del método para ella:

“E: Así es que te lo sabes todo...vayamos de vuelta al implanon. Te contaron todo lo que había y lo que más te gustó fue...

- Sí, me contaron todo. La T de cobre no la puedo poner porque tengo la trompa muy pequeña, así que ya me la pusieron pero me hacía un corte y lo tuve casi un mes pero me lastimaba, y cada contacto me molestaba y sangraba así que me la sacaron. De ahí... me dieron unas pastillas, que tampoco me agradó porque me empezó a doler la cabeza, y me daban mareos y náuseas, no, no estaba muy bien, y que ya no me apetecía, no tenía ganas. Así que eso ya me lo quitaron, de ahí ya me pusieron el implanón. Me fue muy bien, ya cumplo en marzo los tres años... he solicitado uno nuevo porque como... ya no este en el hospital, no... M.L.- ¿Pero cómo se puede solicitar el implanón?¿Hay alguna ayuda o algo?

A.- No, no hay. La he solicitado, porque tienes que solicitarla para el día que te la vas a cambiar y tu vas y ... E: ¿Pero tienes que pagar? Cuesta..

A.- Ciento cincuenta... me dijo la trabajadora social, la del hospitalito... así que le he pedido ya la solicitud para cuando el momento que te metes...

E: El implanón... No te dio nada...

A.- Nada, la regla sí, a mi me viene cada medio año. En este año... lo... en este año me vino normal... me dijo que en este año me iba... se me iba...

M.L.- A normalizar...

A.- No, que me iba a parar pero no, me pusieron y a la semana me vino normal. Al mes, el año pasado, me vino normal, y desde enero ya sí, estoy... mi regla está...

E: Está un poco...

A.- A mí me da igual si me viene o no me viene... como no me embarazo... (risas)

E: y tú ¿sabes algo..?

M.L.-. verá yo me informé con una ginecóloga, no sé si será verdad o no, que al no venirse la regla te engordas...

A.- Sí, porque no expulsas... mira, mi hermana tuvo [...] su médico de cabecera le dijo lo bueno y lo malo, lo malo de esto es que si en el primer año tu has estado con la regla normal, el año siguiente te va a variar y eso es lo que me pasó, me vino un cambio..., cuando no me viene la regla, me viene así... me estoy una semana de mal humor. Que no me viene, pero también me pasa que estoy tranquila y sí, sí... he subido un poco de peso, cinco kilos...[...] sí, yo llegué a engordar unos cinco kilos, unos cuatro... kilos vas a engordar me dijo mi doctor..

A y M.L juntas- ¡pero no importa! Si se engorda...no quiero saber de niños... (risas)”. (Amparo y María Luz, 30 y 22 años. Bolivia).

Vemos también que poder compartir sus experiencias en este ámbito les resulta muy interesante y atractivo (caso de las dos mujeres entrevistadas simultáneamente, ellas se formulaban preguntas entre sí, tienen interés por saber más). M^a Luz y Amparo compartieron también información sobre el implanon: cómo funciona, duele, cuánto tardan en ponérselo...son las cuestiones que centraron su interés⁷³.

72.- El discurso médico también ha contribuido mucho a la elaboración de estas representaciones. “En un enfoque hipocrático y galénico del cuerpo femenino, los médicos hasta el s.XIX alimentaron las creencias y las representaciones” (Guyard, 2006:431).

73.- La novedad del implante: poco conocido todavía, puesto en una parte del cuerpo inesperada que lo hace visible, tocable, hace de este método algo espectacular. Muchas veces, en el contexto de una investigación en Francia, vimos que provocaba curiosidad, miedo, incredulidad, asco, entusiasmo, en fin, mucho interés y muchas preguntas.

Las dudas, las preguntas no presentan especificidades culturales. Lo hemos dicho, participan de los lugares comunes sobre los anticonceptivos, de las creencias que circulan y de referencias indirectas a la teoría de los *humores* con las consecuencias de la retención de sangre. Se encuentran también en el discurso de mujeres francesas de zonas rurales, por ejemplo, al llegar a la menopausia, asociando la parada del flujo y su retención en el cuerpo con la subida de peso según el principio que “todo lo que no se pierde, se guarda” (Moulinié, 1997).

A propósito de los implantes, podemos leer en las recomendaciones nacionales recientemente elaboradas para los profesionales en Francia, que la tolerancia de estos anticonceptivos se evalúa esencialmente respecto al mal control del ciclo y de los efectos no deseables asociados a este (mayor riesgo de hemorragia/spotting, etc.). Según la autorización de comercialización, los efectos más frecuentemente mencionados se refieren a: cefaleas, acné, vaginitis, aumento del peso corporal y tensión mamaria/mastodynia (Anaes, 2004:79).

Paralelamente, los efectos mencionados por las mujeres (dolor de cabeza, náusea, cambio del peso, irritabilidad...) con la toma de píldora forman parte de los efectos considerados benignos que normalmente no impiden seguir con el tratamiento pero quizás sí cambiar la dosis y la combinación oestro-progestágenos. Sobre la subida de peso relacionada con la ingesta de píldora combinada, la Anaes, solo encontró un meta-análisis de la *Cochrane Library* sobre tres estudios realizados con grupos de control aleatorizados versus grupos placebo. Ninguno relatava una relación entre el aumento de peso y el uso de la píldora combinada (Anaes, 2004). Los autores concluían que no había datos suficientes para demostrar el efecto de la píldora combinada sobre el peso.

Algunas de las dudas o preguntas de las mujeres necesitan respuestas claras por parte de los profesionales. Pero estas mujeres muestran también una fuerte vocación de resistir y cuestionar lo nuevo y una clara preocupación por los efectos sobre la salud, compartida con muchas otras mujeres (Hardon, 1997; Walsh, 1997).

Esta preocupación influye también en la manera de gestionar el riesgo. Es precisamente por su exigencia de eficacia por lo que las mujeres no se fían mucho de la píldora (se puede olvidar y resultar ineficaz). Este razonamiento es compartido por mujeres de muy diferentes procedencias, entre nuestras informantes destacamos a Dolores (Ecuador) y Graciela (Rumanía). Además, investigaciones internacionales muestran que junto con la inocuidad, la eficacia es una de las primeras exigencias de las mujeres (Snow y al, 1997)⁷⁴. La diferencia fundamental entre Graciela y Dolores es que en el contexto específico rumano, a la eficacia relativa (se puede olvidar) se suma la mala fama de la píldora. Así, algunas mujeres dijeron preferir el recurso puntual al aborto cada pocos años que la toma diaria de la píldora. “Eso puede reflejar tanto los mitos de la era Ceaucescu sobre los peligrosos efectos secundarios de la anticoncepción, -que siguen compartiendo los grupos con menor nivel educativo y económico-, como el bajo precio del aborto respecto a la anticoncepción”(Johnson et al., 2004:189)⁷⁵. En 2001, el precio estimado por aborto era de 60.000 lei (2\$US). Según parece, el mismo año la PAU -comercializada pero poco conocida y usada-, costaba el doble: 120.000 lei (4\$US) (Johnson et al., op.cit, 190).

Las mujeres que tuvieron la ocasión de usar los recursos sanitarios españoles consideran la información proporcionada en ellos bastante mejor y más accesible que en su propio país. Sin embargo, el acompañamiento no parece sistemático. M^ª Luz y Amparo, por ejemplo, esperaban una actitud más orientadora y comprometida del médico:

74.- Esta preocupación legítima la clasificación internacional de los anticonceptivos por la O.M.S. poniendo arriba del todo los implantes, la esterilización masculina y femenina, las inyecciones, el DIU y las “píldoras progestágenos puras” durante el amantamiento.

75.- Graciela nos contó que algunos de sus abortos (ella calcula que han sido quince más o menos) se hicieron con cuatro/cinco meses de embarazo, por no conseguir reunir el dinero necesario antes (recordamos que además del precio se hacen regalos para recibir un mejor trato). Nos contó igualmente que le propusieron tomar la píldora gratuitamente.

“- A mí, yo hablo por mí, por mi marido, por mi hijo. Yo nunca he visto, como te he dicho, habrá gente que te explique bien, no digo que no, pero yo... para una vez que he ido a informarme... “lo que tú quieras” dice, no me ha dado opciones, y no me ha explicado, aquí esto y esto y lo otro... no...” (M^a Luz y Amparo, Bolivia).

“M.L.-Pero yo antes de cuidarme con anticonceptivos, antes de quedarme embarazada de mi hijo yo me cuidaba con las píldoras. Pero me vino muy mal, me dolió muchísimo...”

A. Ah, yo no... yo no...

M.L.- Y creo que me dejó de venir el período como medio año. Y me las quité, me las quité. Y a razón de eso, después salí embarazada. Antes de empezar con las píldoras me dijeron de las inyecciones. Y me dijeron que también era muy... y bueno yo me he dejado impresionar por lo que me han dicho no lo sé, pero me dijeron... yo no sé lo que tengo en mente ahora es el implanon pero fui al ginecólogo de Loja y me dijo que no lo usaba él. Yo no sé porqué...

A. ¿Pero tú no tienes tu médico de cabecera?

M.L.- Tengo, tengo... pero como me fui a preguntar eso...me fui a mi ginecólogo y me dijo ¿te estás cuidando con algo? Y le dije “no” y “entonces te vas a quedar embarazada” es que ya... y me dijo ¿pero no te cuidas con algo? y le dije sí yo miro el calendario y me dijo que ese método no le gustaba para nada, “pero ya tú estás grande”. Pero no sé porqué ni nada...” (M^a Luz y Amparo, Bolivia).

Para ir al centro de salud a consultar y pedir un anticonceptivo, algunas mujeres tienen que superar la vergüenza⁷⁶, el temor a ser juzgadas, el obstáculo de la comunicación, el temor de preguntar cosas estúpidas, tonterías. La relación médico/a-paciente sigue siendo una relación de poder donde se deben abordar las dimensiones más íntimas del cuerpo, y, posiblemente, verbalizar y tocar numerosos tabúes. El asunto es muy complicado incluso para mujeres autóctonas⁷⁷. Y, los esfuerzos de los profesionales relatados por nuestras informantes, muy escasos.

7.3 ¿Cambia algo cuando una se va fuera de su país?

La presencia en España de las mujeres entrevistadas responde a varias lógicas. Una es la continuación de los estudios o la formación en un ámbito profesional a desarrollar, posiblemente, en el país de origen (3 chicas), otra consiste en reunirse con un novio español y experimentar una vida en común (1 chica), otra a reunirse con un miembro de la familia que ya estaba aquí establecido (1) y otras responden a necesidades económicas (10 mujeres, algunas de ellas con familiares ya establecidos aquí). No obstante, esta casuística puede agruparse en dos: por un lado, la migración cultural y, por otro lado, la migración económica. Así, la chica que vino con su novio es de clase alta y está ahora estudiando en la universidad (migración cultural); y, la que vino porque sus familiares estaban aquí es de clase trabajadora —ésta es ahora su situación— y la incluimos en el grupo de las migrantes económicas (por supuesto, entre ellas hay diversos niveles de estudios).

Eso cambia la perspectiva en la medida de que refiere a orígenes y entornos sociales distintos⁷⁸, a situaciones administrativas diversas y a establecerse durante períodos, a priori, variables. Sin embargo, todas están aquí y han salido de su país por un tiempo más o menos definido, y la mayoría para ganarse la vida —e incluso la

76.- “M.L.- Si porque me iba a poner la T de cobre allí y decía no, me da vergüenza, me da vergüenza. Y mi madre me decía ¿Pero cómo te va a dar vergüenza? Pero me daba vergüenza. Mira al final no me hice colocar y estoy sin nada ahora, y ahora me puedo quedar embarazada porque estoy sin nada.

A.- Uy, uy, uy...

M.L.- Y no quiero... no quiero... no “ (M^a Luz y Amparo, 22 y 30 años, Bolivia).

77.- Una tesis doctoral reciente sobre el cuerpo de las mujeres en la consulta de ginecología en Francia, muestra con un arsenal etnometodológico muy sólido, toda la complejidad que entraña la relación en este tipo de consulta y las estrategias tanto de las pacientes como de los médicos para superar la carga emocional, las molestias y neutralizar las dimensiones sexuales (Guyard, 2008).

78.- Las mujeres no se mueven en los mismos espacios sociales en su país y aquí. Las estudiantes y las que viajan por amor, proceden de familias, más favorecidas económicamente que las demás.

de parte de su familia- aquí, participando así plenamente del proceso migratorio internacional femenino⁷⁹.

Para las migrantes culturales, la llegada a España constituye una ruptura importante en sus vidas y la de sus familias. Para las estudiantes, la libertad para relacionarse con chicos aquí es, definitivamente, muy importante; ha desaparecido el férreo control social al que estaban sometidas en sus países, aquí no hay nadie para vigilarlas permanentemente. El potencial iniciático de la estancia fue objeto de bromas por parte de los amigos varones de una de ellas: *“Soraya, no vuelvas de Granada aun virgen, eh”* e incluso las hermanas bromeaban con la madre: *“Mamá cuando volvamos, nos haces una prueba”*. En realidad, ninguna de las tres estudiantes marroquíes piensa, por el momento, en aprovecharse de la situación. Los referentes educativos y culturales funcionan como pactos implícitos; se trata de no traicionar la confianza familiar ni sus propios principios, lo que no impide el rechazo de la rigidez y las desigualdades de género que caracterizan, en su opinión, a la sociedad marroquí. Así, ellas se imaginan, en un futuro, casadas con un musulmán liberal *“un musulmán tranquilito que no tenga mucho follón”* (Nejma, 20 años, Marruecos) y que les deje la autonomía que reivindican, sin cambiar de actitud después del matrimonio. Ellas piensan llevar una vida laboral y tener hijos, dos de las tres no quieren más de dos hijos⁸⁰. Nejma que vive aquí desde hace dos años, lleva una vida social intensa entre los estudios, los trabajos esporádicos y el ocio: salidas nocturnas, canta en un coro, hace teatro⁸¹.

La salida del país de las trabajadoras (algunas de ellas desafortunadamente en paro en el momento de la entrevista) concierne a mujeres con situaciones relacionales diversas: solteras, divorciadas, separadas y casadas; con y sin hijos. Presentan su salida del país de origen como una necesidad, nunca como una opción elegida, la migración de estas trabajadoras conlleva su lado oscuro. Escasez de oportunidades laborales y crecimiento de la competencia –que contribuye a la reducción de los salarios⁸² y al debilitamiento e incluso la desaparición, de las redes de “solidaridad” cuando cada uno tiene que salir adelante como puede-, y, condiciones laborales, a veces, muy precarias⁸³. A ello se suman las dificultades para ahorrar dinero para la familia, cuando se debe hacer frente a los gastos de alojamiento, comida, etc aquí, generando angustia e inseguridad. A la precariedad laboral y económica se añade un sentimiento muy fuerte de aislamiento -para las que han dejado familiares y hogar lejos-, o son “internas” y viven permanentemente en casa de sus empleadores.

De otro lado, conseguir un trabajo, enviar dinero a la familia, tener una situación administrativa en regla que facilite el acceso a mejores oportunidades laborales procura también una cierta satisfacción o, mejor dicho, cierta sensación de poder por muy frágil que ésta sea. Pueden incluso llegar a ocupar una posición objetivamente mejor que la de sus maridos, (sin papeles, sin permiso de trabajo o sin trabajo tanto en España como en el país de origen - caso de dos de las marroquíes casadas y dos rumanas). En el caso de las marroquíes, observa Sarai Samper, este “empoderamiento” podría contribuir a cuestionar y transformar progresivamente las relaciones de género y la interpretación de la cultura religiosa que las sustentan, sin

79.- El proceso migratorio internacional femenino no es nada nuevo. Pero, a pesar de unas reflexiones llamativamente “precoces” sobre la cuestión (Morockvazick, 1984), el interés científico por este tema es reciente. Uno de los elementos evidenciados es la participación creciente de las mujeres en el mercado internacionalizado de trabajo, siguiendo las recomposiciones del capital y la globalización de la economía. “En el Norte, la participación creciente de las mujeres inmigrantes en el mercado laboral responde a una demanda de mano de obra en el sector de los servicios, para trabajos poco cualificados y mal pagados. A diferencia de las actividades industriales, el servicio doméstico, la hostelería, los servicios personales y sexuales no pueden exportarse, lo que implica una demanda de corrientes migratorias de carácter femenino” (Oso, 2000:91). El hecho es particularmente evidente en España donde, a diferencia de otros países de inmigración mayoritariamente masculina empleada en los sectores industriales, las mujeres representaban la mitad del total de los extranjeros con permiso de residencia, a principios de los noventa. El año 1992 marca un cambio importante: “la inmigración laboral femenina aumenta con respecto a la inmigración residencial, sobre todo para las mujeres originarias de América Latina (45%), de África (52%) y de Asia (48,7%). Pasamos del predominio de la inmigración de mujeres inactivas, en las estadísticas oficiales, procedentes de los países desarrollados y principalmente de Europa, a una representación más importante de corrientes femeninas de trabajadoras procedentes de terceros países”(Oso, 2000:101).

80.- Nejma, guarda muy buenos recuerdos de su vida con sus hermanos y hermanas y manifiesta querer tener muchos hijos: seis o siete. Además, sostiene que una mujer necesita tener hijos.

81.- Realizaba varias actividades de ocio y deportivas también en Marruecos, en el marco del colegio español.

82.- Lo explicita una ex-interna comparando su salario de hace pocos años con el de su hermana recién llegada.

83.- Especialmente entre las que trabajan de internas en el servicio doméstico. Fue el caso del primer trabajo de cuatro de nuestras informantes, dos de ellas semantizan su situación laboral como de esclavitud.

embargo, las formas objetivas de precariedad a las que se enfrentan reducen este poder transformador.

Una de las cosas que cambia entonces es la temporalidad de la sexualidad. De las tres trabajadoras marroquíes entrevistadas, dos no usan anticonceptivos por no tener relaciones sexuales. Su táctica, la abstinencia total, es infalible.

Leila sigue soltera a los 38 años, nunca tuvo relaciones sexuales (solamente un beso con un novio, la relación terminó antes de que se hiciera oficial). Relativamente tradicionalista en su concepción de la pareja y de los papeles de género⁸⁴, usaría anticonceptivos después de tener el número de hijos que le gustaría: 2 ó 3, no más. Ella no rechaza a priori ninguno de los métodos modernos y se fiaría de los consejos que le diera el médico. Para Leila, vivir aquí no cambia en nada su estilo de vida:

“La Leila de ahí es la Leila de aquí. No voy a cambiar. En mi pueblo, no salgo con hombres, no fumo, no bebo cerveza, me quedo en casa, eso no va cambiar porque estoy aquí. Estoy así, es mi carácter”.

Según Leila sus oportunidades matrimoniales, tanto allí como aquí son escasas: *“en Marruecos hay crisis, ¿me entiendes? Hay más chicas que chicos. Entras en una casa, hay 5 chicas y 1 chico. Hay muchas chicas. Los hombres se van a trabajar [...] Aquí ¿qué vas encontrar?, uno toma droga, ¿uno que tú tendrás que ayudar?, o ¿uno que solo piensa en aprovecharse de ti y en el sexo?....no. Aquí yo solo pienso en el trabajo⁸⁵”* (Leila, 38 años, Marruecos).

Amel está casada pero su marido se fue, dejándola en su pueblo con un hijo, para buscar trabajo en España. Desde hace 8 años él sigue sin aparecer y sin tener papeles. Ella, ‘soltera de hecho’ desde entonces, dejó de tomar la píldora que usaba hasta que su marido se fue. Ella considera estar en mejor situación que él y se dedica exclusivamente al papel de madre trabajadora, luchando por mantener a su hijo que permanece en Marruecos al cuidado de su hermana.

“¡No! no pienso en los hombres (risas) no pienso, es que de verdad, yo pienso que tengo una esperanza, no sé, un sueño ...yo quiero volver con el padre de mi hijo, es que yo no puedo casar con hombres [...] yo quiero al niño queda conmigo y con su padre, mejor para nosotros ¿no? Ocho años sin ver al padre del niño...yo, yo creo, él ahora que tiene aquí su vida todo, pero...no sé, no sé...mi corazón (risa) y yo misma entera que quiero al padre de mi hijo, no puedo odiarlo...ni nada, me ha dejado de verdad tirada casi ocho años, ni me manda dinero ni eso, pero es el padre de mi hijo” (Amel, 30 años, Marruecos).

Para Leila o para Amel, la migración no ha cambiado su soltería, sólo hace crecer su sentimiento de aislamiento. Pero en otros casos, la migración ha cambiado la temporalidad de la sexualidad, en dirección contraria, y, ha repercutido en el uso de anticonceptivos.

El caso de otra mujer marroquí, Fadela, muestra como la separación geográfica de la pareja favoreció un control reproductivo asumido de manera autónoma. Para ella, la cosa está clara: *“No he tenido más [hijos] porque paso mucho tiempo aquí viviendo en España. Casi mi niño tiene siete años, y casi los siete años... muchos meses... sin mi marido. Si hubiese vivido con él hubiese tenido más... he tenido los dos porque estoy aquí”* (Fadela, 37 años, Marruecos).

Tras una visita a su pueblo Fadela se quedó embarazada sin desearlo, tuvo su segundo hijo y después decidió

84.- Sueña con un marido musulmán serio, trabajador, más viejo que ella, bien situado económicamente para que ella pueda descansar: cuidar sus niños sin trabajar. Un hombre que la proteja y la vigile con cariño pero que la vigile: “Si te deja libre así y no te pregunta nada, es que tú le das igual. Si no hay celos, no hay amor” (risas).

85.- Subrayamos que sus 38 años y la desigualdad que caracteriza las relaciones de género en Marruecos, la privan de cualquier perspectiva matrimonial en su país. “Los hombres solo consideran las chicas jóvenes. Los de 50 quieren casarse con chicas de 18, 20 años. Hablan entre ellos: ¿qué edad tiene esta? ¿30? ah! es una vieja (cara de desprecio). La edad es algo muy importante. Ahí te casas a los 20, 25 años. Después, ya estas perdida. Cada una su suerte... eso está en la mano de Dios. Y una mujer mayor con un hombre más joven es imposible “ (Leila, 38 años, Marruecos).

tomar la píldora: se fue al centro de salud para pedir las pastillas. Su precariedad laboral no le permite conseguir la autorización para la reagrupación familiar y su marido continúa parado en el pueblo, muy afectado por esta situación. Fadela asume aquí el papel de madre soltera, apoyada por su hermana que vive cerca (y la ayudó a venir), con sus dos hijos. Le gustaría mucho que viniera su marido “*para ayudarla con los niños*”. Al él no le gusta mucho la píldora pero su débil posición no le concede muchas posibilidades de intervención:

“A mi marido le parece mal que me las tome, él no quiere que me tome las pastillas...[...] No es porque quiera tener hijos. El cree que es malo tomarse las pastillas...[...] Pero vamos, yo me las tomo porque yo no quiero tener más hijos, porque yo tengo un niño que está enfermo y me cuesta mucho trabajo mantener y echar para adelante con él...” (Fadela, 37 años, Marruecos).

Dos de las mujeres entrevistadas descubrieron otros modos de establecer y mantener relaciones con los hombres, al encontrarse con los españoles. Dolores trabajaba de interna cuando conoció al novio con quien se casaría meses después. Le sorprendió lo rápido y directo que fue el que sería su marido:

“Con esta mentalidad hay cosas, es un...choque ¿sabes? a mi me pasó, porque yo empecé a salir con él, fue mi primer novio que tuve aquí, es la primera vez que salimos y de un momento a otro viene y me pone la mano en el culo! No veas el susto y la cosa que me pegué yo toda nerviosita ahí, yo que no sabía qué hacer ni que decir vamos! Es que es así vamos, eso ni hablar, vamos! (risas)

E: ¿eso no se hace?

- no, no, no, no, no que va! allí se agarra de la mano, abrazaditos...sabes? pero no...

E: no tocarte

- (risas) no, no, no, no, sí, sí, sí y yo me quedé así vamos!, en blanco! (risas) como piedra, me hice un poco la tonta, me eché un poquito más pa lante ¿sabes? y ya después con el tiempo ya se lo he contado, pero que ya ves que me llevé un poquito una impresión así...¿sabes? Se lo he dicho, sí, sí, hombre, dice que eso es muy...muy normal, muy común aquí, de que vas abrazado y te ponen la mano en el culo y te cogen. Allí no, allí es una falta de respeto! (risas)” (Dolores, 30 años, Ecuador).

Después de un mes de noviazgo, empezaron a tener relaciones sexuales y hasta que hablaron y decidieron juntos que se podía quedar embarazada, usaron la marcha atrás y, sobre todo, el preservativo. Después del nacimiento de la niña, la pareja sigue con este método⁸⁶.

Isabel vino sola, ya separada del padre de sus niños, un mujeriego que bebía mucho y con quien llevaba una relación muy difícil desde tiempo atrás. Por eso también sus padres apoyaron su marcha a España. Trabajando desde su llegada (de interna para empezar), conoció y tuvo relaciones íntimas sucesivas con tres hombres diferentes, todos la ayudaron mucho, incluso económicamente. En España no utiliza el método del ritmo (o calendario) que usaba en su país y que le parece más arriesgado, sino que usó el preservativo, la marcha atrás y la píldora. La píldora la utilizó poco tiempo, con su segundo novio, porque intentaron tener un niño durante más de un año sin conseguirlo. Ahora, el preservativo le parece adaptado a la relación esporádica que mantiene con un hombre del que no está enamorada:

“...Él es que vive en un pueblo y no le veo todos los días y si viniera todos los días, yo no acababa todos los días con él, yo durmiendo todos los días con él no! porque me fastidia un hombre todos los días, y como yo no estoy enamorada!” (Isabel, 36 años, Ecuador).

Isabel lo pasó muy mal por la distancia con sus hijos, que siguen en Ecuador con su familia. Pero, en general, la emigración ha sido para ella una experiencia muy positiva. Ganó un poder y una libertad, incluso en sus relaciones sentimentales, que no quiere perder. Ella se describe como luchadora, sin miedo y con mucha fe. La sociedad española y particularmente la posición que ocupan las mujeres corresponde a lo que es su manera de ser, fuera del hogar y con una contribución económica decisiva para su familia y sus hijos:

86.- Combinación de dos métodos muy utilizados: uno, el tradicional, en el país de origen y, otro, el preservativo, en España.

“Allí se siente que la mujer allí, no trabaja, allí trabaja más el hombre! Entonces yo con un sueldito de mi marido, para yo tener a mis hijos en condiciones, para vivir cómodamente y mejor, y que no me haga falta nada en el hogar, pues tengo que trabajar yo también, entonces yo trabajaba y allí eso, es como en aquella época, era como que la suegra no quiere que la nuera trabaje y yo no, yo trabajaba...Y ahora que estoy aquí, no sé, me siento más... realizada, sí, porque yo ya sé que mi niño ya está en la universidad y el niño dice “mami cuando yo acabe la universidad, yo voy a ayudarla a trabajar” (risas) entonces yo es que ya veo las cosas de otra manera, se ve las cosas diferente” (Isabel, 36 años, Ecuador).

7.4 ¿Qué espacio ocupa la Píldora Anticonceptiva de Urgencia en sus vidas?

A través de las entrevistas observamos un conocimiento relativo de la PAU: la mayoría de las mujeres han oído hablar de ella, unas con más precisión que otras, mientras que un pequeño grupo ni siquiera tiene referencias de la píldora de urgencia. En el ámbito práctico ninguna de las mujeres entrevistadas la ha utilizado directamente aunque algunas tienen amigas o conocidas que la han necesitado y/o utilizado en alguna ocasión. Sólo una mujer universitaria y de Ecuador, había utilizado el método Yuzpe o algo similar. Su uso, pues, parece muy poco extendido entre las mujeres objeto de estudio.

7.4.1 La información sobre la PAU

Son muy pocas las que no han oído hablar de la PAU. Es el caso de Amel, y quizás de dos mujeres rumanas⁸⁷. Las otras han oído hablar de ‘eso’ con varios términos e incluso hemos encontrado algunas alusiones al régimen Yuzpe, en ocasiones, aproximativas:

“También lo que se hace mucho, que yo lo hacía y que mis amigas también era que...si...,si habías echado un polvo y no te habías protegido, al día siguiente te tomabas dos pastillas anticonceptivas! ¿no? y es que no...(risas) es absurdo, porque no sabíamos bien ni como funcionaba yo a veces, y ahora que lo pienso yo tomaba dos pastillas pero tampoco sabía que las blancas eran placebo y las otras eran las pastillas (risas) y me tomaba las blancas! ¿Sabes? O una blanca y una amarilla (risas) y cosas así...decía “esto no, ya con esto, cualquier cosa se te va” (Sara, 28 años, Ecuador).

“Sí, a mi me dijeron que tenía que tomar una blanca en la mañana y dos negras en la noche... dos marroñes, uff no me acuerdo de los colores... (M^a Luz, hablando de la información recibida en un centro de salud andaluz, 22 años, Bolivia).

“Sí he oído hablar por un medico en Marruecos. Después de la relación sexual, la tomas, tomas en dos o tres veces dentro de las 72 horas. Y no te quedas embarazada” (Leila, 38 años, Marruecos).

También se han enterado, las chicas marroquíes más jóvenes, a través de una prima de la misma edad y con prácticas y educación más liberal -estudia en Boston-, que ya la ha utilizado. Según parece, unas amigas también la usaron, como lo cuenta Soraya que conoce poco el tema:

“-Si no la tomas al día siguiente, según parece, hay un riesgo. Es lo que uno me ha dicho. Una amiga mía me dijo: oye, he dicho que durmiera en tu casa. Dije : no hay problema vete a dormir con tu chico. El día siguiente ella viene y abre su bolso diciendo ¡deprisa!, ¡deprisa! toma su medicamento y me dice: de ver-

87.- Las condiciones de la entrevista no permiten afirmarlo con rotundidad. María se puso a reír cuando abordamos el tema de anticonceptivos. Añadió que hacía muchísimo tiempo que no se reía así y explicó sus dificultades, las cosas que la fastidian mucho: la falta de trabajo, la mala salud de dos hijos. Tenía poco tiempo para la entrevista y después de la descripción de sus dificultades tuvo que irse a recoger a los niños sin que se abordara de nuevo ese tema tan gracioso. A Natacha cuando se le pregunta si ha oído hablar de la Píldora post coital o de urgencia, responde: “¿de urgencia, de qué? Después de una explicación dice: “Mira, no tengo hombre aparte de mi marido. Yo no sé”. Volviendo al tema después dice que ha oído hablar de eso: “en Rumania hay de todo”, que en su país los médicos son muy buenos, solamente les falta el dinero para tener los aparatos.

dad es obligatorio tomarla. Dije ¿por qué?, dijo: es obligatorio. Así es como me lo explico: es obligatorio tomarla, sino estoy jodida.

E- ¿No te ha explicado más que eso?

-según parece es obligatorio tomarla el día siguiente

E- ¿haces una diferencia entre la píldora y la píldora del día después?

- pues la píldora del día siguiente esta mucho más importante, pero después, hay píldoras de cada día, lunes, martes, miércoles... ¿no? Yo no he preguntado. Si ella no quiere contarme tampoco quiero obligarla. He pensado: está bien, es importante, es importante” (Soraya, 17 años, Marruecos).

Su hermana mayor que insistía sobre la apertura y el conocimiento, mayor de lo que podíamos imaginarnos, sobre anticonceptivos que hay en su país, nos contó como la asistenta de su casa, una chica del campo de 22 años, le había enseñado muchas cosas sobre anticonceptivos. Ella misma tomaba la píldora y le advertía de que no se debe hablar de eso con los hombres. Vemos en el extracto siguiente como la PAU es asociada por nuestra joven informante a un estilo de vida juvenil e imprevisible, que a ella le parece alejado de la condición de su asistenta:

“- En Marruecos hay la píldora que hay que tomar todos los días, pero no es obligada. Porque hay una píldora que cuando hay una relación sexual a la mañana tiene que tomar este medicamento y ya está.

E- ¿Esta pastilla está en Marruecos?

- Sí está en Marruecos. En la farmacia... no, no, la mentalidad es muy abierta. Mí puede entrar en una farmacia: por favor, preservativo, píldora, ¿tiene, tiene? No hay problema, no hay problema⁸⁸.

E- ¿Pero y esto quién te ha hablado de esta pastilla de la mañana?

- Mi prima, que tiene el mismo edad que mí pero ella tiene relaciones sexuales desde ... catorce años, una edad muy pequeña y conoce todo este...medio de su novio le explica, ella ha vivido un año en Boston [...]

E- ¿Y sobre... ah bueno, perdona, la asistenta te habla también de la pastilla de la mañana?

- ahh, no, porque la pastilla de la mañana es una pastilla que... ah sí, sí, sí, porque la pastilla de la mañana es una pastilla que solo las personas que tienen una noche.. que.. por ejemplo, una persona que es en una discoteca y que no se dice que voy a tener una relación sexual y que tiene una relación sexual que este ehh, bebe mucho alcohol y dice ¿porqué no tener una relación sexual? No preservativo, no pastilla aparte, se dice no es un problema va a la farmacia y por favor, la pastilla de la mañana” (Sofía, 18 años, Marruecos).

Por otras fuentes de información más impersonales se informaron Dolores (a través de la televisión, la presentación y el debate en este contexto llamaron su atención) y Débora que era maestra en Rumanía y la gusta mucho leer se mantiene al día a través de las revistas:

“- la televisión, yo lo he visto mucho en la televisión sí, que hay mucha gente que discrepan, que sí que es bueno, que sí que es malo, de que hay muchas farmacias que no la quieren dar, eso es lo que...yo he escuchado. Y yo...ni fu ni fa, yo creo que también...es cuestión de cada uno, hombre pero que también lo veo bien, porque es que a lo mejor tu no quieres tener un niño...pa qué vas a...preferible mejor, antes que después de tener una criatura que esté por ahí sufriendo y tantas cosas o para que después aborte o lo que sea, pues prefiero mejor eso! a...a una cosa

E- que tener un niño que no quieres o abortar

- sí, sí, sí, yo creo que es mejor así ¿sabes?

E- aja, y ¿decían también como se podía...conseguir la píldora?

- yo he escuchado que podías conseguir yendo a la farmacia o al ambulatorio, que te puedes acercar, creo...que luego ahí te lo facilitan, pero que no sé si será gratis, si te costará dinero eso yo ya no sé ¿sabes? (Dolores, 30 años, Ecuador).

88.- Lo que no deja de sorprendernos; la píldora del día después recién legalizada no se consigue sin receta. El régimen Yuzpe quizá se puede conseguir mas fácilmente o quizás Soraya no sabe muy bien como procurársela en realidad.

“E- Bueno, y antes de querer hijos ¿qué estabas tomando?

- Utilizaba preservativo pero ahora ya no, no tomaba pastillas porque tengo que ir al médico y así se enteraban más personas y por eso comprábamos preservativos...

E- ¿Has oído hablar de la píldora del día después?

- Sí, sí, la píldora de las setenta y dos horas... sí lo sé, de esto, del diafragma, de muchas cosas...

E- ¿Y te han informado en el centro de salud...?

- No, en realidad no...

E- No, porque no has ido ¿no?

- (risas) No... no... pero que tengo médico... y tengo un problema con el estómago pero... de eso no le dije nada.

E- ¿Y entonces cómo estás al día de todo lo que sale?

- Bien... por las revistas...

E ¿Por las revistas?

- Sí... (risas) leyendo y todo...

E- ¿Y qué piensas de esa píldora?

- Sí, que es... buena” (Débora, 30 años, Rumanía).

7.4.2 Los mitos entorno a la PAU

Algunas mujeres mencionan haber escuchado que la PAU puede dar dolores de barriga y mareos. Otras que los folletos y explicaciones dadas en el centro de salud no le parecen complicados y, si lo necesitaran, preguntarían a la enfermera. Sin embargo, no encontramos ninguna referencia al tópico que asocia la PAU al aborto, al contrario, la valoración de la PAU es positiva y preferible al nacimiento de un niño no deseado o al aborto.

Pero la experiencia práctica es inexistente, ninguna tuvo la ocasión de pedirla. Sin embargo, al enterarse de las dificultades que encontraron otras personas conocidas, saben que no es siempre fácil de conseguir y que se pueden enfrentar a una actitud moralizadora por parte de los profesionales sanitarios:

“-yo tengo una amiga que sí que ha pasado por eso... y que ha ido aquí a urgencias... cuando fue para el día después uhhh no se la quisieron dar, le pidieron muchas cosas y no se la dieron.

E. ¿No se la dieron?

N- No se la dieron. Y luego pues tampoco podía abortar ella porque creo que era menor de edad.[...] Tampoco quisieron ayudarla para que abortara a esa edad sino que ella pagó para que le hicieran el aborto [...] Y tuvieron que pagar no sé cuantos euros y se lo hicieron. Fueron a un médico o clínica privada...” (Wilma, 36 años, Bolivia).

“-que sí, que sí me dice: pues sí te lo tienes que currar para conseguirla. Porque un día me llama un amigo... ¿has visto a la Cristina? Y le digo, no... Y me dice es que tiene que estar buscando la pastilla por aquí, por aquí... y la estuve buscando yo para llevar y no la encuentro. Y se montó un lío... que vamos... la niña ahí toda asustada... Pues yo para evitar eso... pues no tengo... no tengo relaciones... Yo personalmente no necesito mantener una relación sexual con un hombre, ni con una mujer, ni con nadie. No me veo en esa... no sé...” (Nejma, 20 años, Marruecos).

“(suspira) Sé que gente ha ido a pedir la pastilla, también, a mi alguna vez me han contado que han tenido problemas o que ¿sabes? Que te preguntan muchas cosas que son...¿sabes? Un poco...como si estuvieras haciendo algo malo! Algo como... yo qué sé...que te están reprochando de alguna forma que no te hayas cuidado, vale, pues ese reproche ya me lo he hecho yo! ¿Sabes? O ya me lo hago yo misma pero...tú dame la pastilla que para eso estoy aquí, la necesito y ya está! No sé, me parece un poco tonto” (Sara, 28 años, Ecuador).

La existencia de dicha píldora es considerada de forma positiva por la mayoría de las mujeres, como un recurso importante por dos razones. La primera es que se suele asociar a la juventud, y que mejor evitar un embarazo inesperado cuando se es muy joven:

"-Salva a muchas personas que son jovencillas, de quince años... yo lo veo de maravilla. Esto debería estar aquí en España y a nivel mundial ¿sabes? Porque..." (Vilma, 36 años, Bolivia).

La segunda es que en caso de embarazo inesperado, dicha píldora es considerada como una alternativa mejor que el aborto o la maternidad obligada y sin medios.

7.5 Las presiones sociales sobre el aborto

A pesar de la fuerte carga social y emocional que culpabiliza el acto, las mujeres abortan. Hemos visto que una manera de superar/resolver la contradicción que supone para la mujer, consiste en definir las condiciones en las cuales la practica parece más legítima. En el discurso de mujeres bolivianas o ecuatorianas: una enfermedad grave o la imposibilidad material de educar al niño hacen que sea más aceptable, sin embargo, hay otras soluciones como confiar el niño a otras personas (mencionado sólo por Amparo): no se puede condenar a un "ser humano" por tener una aventura.

"Yo creo que es mejor decir, a que lo adopté o que lo di a esos centros de acogida, a que lo aborté... tal vez tenga, un futuro mejor ese hijo. No que te embaraces por una aventura y que la única solución es el aborto, ahí no. Es un ser humano como tú, si por ahí tus papás pensaron en abortarte... y... no..." (Amparo, 30 años, Boliviana).

Abortar es sin dudas más fácil, en el sentido de correr menos riesgos para la salud, en España que en sus países de origen. Viviendo aquí, dos mujeres tomaron esta decisión frente a un embarazo inesperado y no deseado. Queremos subrayar a través del testimonio de Vilma, como a veces, los profesionales sanitarios en lugar de suponer un apoyo positivo se convierten, como consecuencia de sus prejuicios, en una carga más que soportar para estas mujeres. Algunos profesionales estigmatizan todavía más que la propia referencia religiosa.

7.5.1 Las prácticas poco profesionales de algunos sanitarios

Escuchando a las mujeres, a veces, nos preguntamos si estamos ante profesionales de la salud o guardianes oficiales de la moral. Vilma vive con su marido en Andalucía, pero han dejado a su niña en Bolivia. Cuando se entera de que está embarazada, se va al centro de salud y, la doctora dio por supuesto que quería abortar: se equivocó y consiguió que la mujer no volviera a pisar el centro de salud durante todo su embarazo:

"Y bueno ya fui aquí al médico lo primero que me dijo mi doctora fue que si quería abortar, ni siquiera me escuchó ni me dijo nada. No me dijo nada sólo ¿quieres abortarlo? Y yo me sentí rara... salí y le dije a mi esposo... "mira lo que me dijo la doctora"... y me dijo... uhm no... no... y yo tampoco estaba de acuerdo. Me asusté y no volvimos jamás ni a hacerme un control ni nada... hasta que me fui a mi país... ya no me hice control hasta los siete meses de embarazada de aquí de España. No me hice control ninguno aquí... en el... ambulatorio... ni en ningún médico. Ahí en mi país ya me hicieron los análisis y ya me dijeron como estaba mi niña y todo... me hice hacer ecografías y me dijeron que todo que estaba muy bien" (Vilma, 36 años, Bolivia).

La niña nació con una enfermedad grave del riñón, hubo muchas dificultades y casi la perdieron, se quedaron en Bolivia mucho tiempo para salvarla. Volvieron después a España y ella se quedó otra vez embarazada.

“A ver estábamos en el dos mil cinco, dos mil seis... que ya no queríamos tener más hijos... y ni mi marido ni yo quisimos hacerlo pero estábamos ilegales en un país, teniendo una niña allá y otra acá y que yo no podía trabajar... imagínese la situación y por aquél entonces la niña tenía un año y medio cuando vino y no podía dejarla con nadie... la dejaba y me sentía mal... y ahí si dijimos otra niña más u otro bebé y ahí sí que aborté” (Vilma, 36 años, Bolivia).

Vilma conocía la Píldora Anticonceptiva de Urgencia, pero varios hechos contribuyeron a que no la usase: no estaba integrada en su rutina, no se acordó de ella, después pensó que era demasiado tarde, no se evalúa el riesgo asumido al tener la relación...:

“-La píldora del día después.. pues yo qué sé... yo no le he tomado interés o se me olvidó [...] No me di cuenta... yo pensé como ocho años me he cuidado y no me ha pasado esto, a mí no me va a pasar... (risas)... yo miraba el calendario...

E.: Claro, tú controlabas el calendario...

V- Y dices... no me va a pasar a mí y me pasa [...] también era tarde... era lunes... y ya no podía tomármela...

E. O sea, ¿que abortaste de pocas semanas?

V- Sí, casi de cuatro... poquitas semanas...

E ¿Cómo te trataron?

V- Muy bien, muy bien... muy amables. Primero pasé con un psicólogo que me habló de porqué estaba tomando esa decisión... trató de hacerme cambiar de idea pero... Casi lo logra, para qué voy a decir que no... Casi lo logra, pero... Es que era... más el dolor que sentía yo por mis hijas y traer otro niño más para sufrir y la verdad es que todo era muy difícil y no era... pues, así que no... la tuve que tomar... y nada muy bien... me llamaron a los pocos meses para hacerme un control y estuve bien...

E. Y bien... ¿ya estás bien...?

V- Tranquila. Por eso que tomé la decisión cuando me dijeron que podía ligarme... sin pensarlo lo dije. Porque yo ya no quería volver a abortar... tampoco tomar ninguna pastilla por si no resultaba y otra vez tener que abortar y así ya no tengo ningún crío más... (risas)... (Vilma, 36 años, Bolivia).

En una tercera ocasión esta mujer tuvo que soportar los juicios de los profesionales. Esta vez a través de un recurso retórico muy común en las ideologías racistas: la sinécdoque es un tipo de metonimia que consiste en tomar una parte por el todo:

“Y entonces el médico me preguntó que cómo yo había sabido de eso y se lo expliqué que yo estaba esperando un hijo que lo aborté y que así me enteré. Y dijo sí... y dijo como que... también me dijo como que nosotros venimos aquí y que intentamos abortar. Sí hay inmigrantes que abortan aquí, lo sé... pero... Yo cuando dijo esto me sentí mal... Cuando me trató de esa manera... no lo dijo directamente pero lo dijo indirectamente... y le dije sí mira... no... no sé...” (Vilma, 36 años, Bolivia).

Consideramos que sobran los comentarios sobre el fuerte desequilibrio de la relación médico-usuaria, la falta de ética del médico, de la psicóloga (añadiendo dificultades y cargas sobre la mujer en vez de aliviarla)..., la situación de vulnerabilidad vivida por la mujer. Estas prácticas además de no ayudar en nada a nadie, contribuyen a ahuyentar a las mujeres de los servicios públicos de salud. Con el agravante de que estos ‘seudo-profesionales’ saben que no serán ellas quienes protesten, se quejen o tramiten las correspondientes denuncias, saben que están frente a gente en situaciones difíciles que no se van a quejar. Es notable como Vilma califica el trato recibido de la psicóloga como muy bueno, en ningún momento de su relato usa términos que muestren cólera, rabia o intención de denunciar, tan sólo manifiesta haberse sentido dolida...

7.6 Y, los hombres, ¿qué?

A la vista de las tasas recientes sobre uso de anticonceptivos en los países de origen, no es de extrañar el discurso de algunas mujeres sobre el rechazo del preservativo por parte de algunos hombres marroquíes, ecuatorianos o bolivianos; el preservativo sigue siendo poco utilizado en el marco de las parejas casadas o en unión en los países de origen, sólo en Rumanía su uso es un poco más frecuente⁸⁹.

El compromiso anticonceptivo masculino puede manifestarse a varios niveles, desde la decisión en cuanto al momento de iniciar su uso hasta la elección del método y su uso sistemático. Sin embargo, de los discursos producidos en el contexto de esta investigación, se deduce que las mujeres están, en general, poco « acompañadas » a la hora de decidir qué método utilizar; ellos delegan fácilmente, mientras la elección no les moleste demasiado en su relación sexual y la satisfacción de su deseo. La necesidad sexual masculina es poco cuestionada, quizás aun menos, en el marco del matrimonio:

“Como estaba en tratamiento de tres meses y para que mi marido no diga, que no quiero estar con él, por eso vino a la consulta y el médico le explicó la razón por la que yo no podía tener sexo. Y un día se le ocurrió a él, porque ya me faltaban días para que se me terminara el tratamiento, tuvimos relación y adónde me embaracé.” (Amparo, 30 años, Bolivia).

*“E:¿Y con su marido no utilizaron otros métodos como la marcha atrás u otros para no tener otros hijos?
-Nada. Nimika.*

Trad: Dice que los médicos decían que tampoco los abortos son tan buenos. Peeero queeee... así pasaba. Y que él, su marido, quería normal (se ríe mucho). ...Y ella también” (Graciela, 36 años, Rumanía).

Entre la adaptación/adhesión a la sexualidad masculina y la falta de acompañamiento, superar los temores de irse sola al médico y solicitar lo que necesitan requiere cierta autonomía, a veces difícil de alcanzar. Era el caso de Sara en Ecuador, que esperó en vano el compromiso de su novio

“Y la verdad es que yo no me cuidaba! No, y los tíos son muy machistas! Y ellos no se ponen el condón, y yo tampoco... ¿sabes? Yo le decía, yo recuerdo que al colombiano este, le decía, porque yo tengo un carácter fuerte y le decía “bueno pero, vamos al médico ¿no? Vamos a...yo que sé, al centro de salud, al centro de planificación, para que me den algo! Para que me den unas pastillas o algo, porque es que si no me puedo quedar embarazada y tal”, y el tío pues no quería, no quería, no sé, siempre ponía pretextos y a mí me daba miedo ir sola (silencio) Y no sé, es como... jugar un poco con el peligro, no estaba buscando eso, pero...sabía que podía pasar, pero tampoco me lo creía del todo ¿sabes? Era como, no creo que me pase ¿no?, y...no sé” (Sara, 28 años, Ecuador).

Esta distancia masculina la encontramos también en el discurso de Fadela:

“Yo... conociendo a mi marido él no va a ir conmigo para que le informen sobre la reproducción (risas) porque le da mucha vergüenza y no va a querer. No le queda más remedio de que yo vaya, pero ¿él venir a escuchar? Es muy difícil. Todos los maridos no son tan comprensibles cómo para acompañarte a los sitios a informarse. Sobre todo en Marruecos, en Marruecos los maridos van contigo al médico te dejan en la puerta y se van a la calle luego cuando termines con la consulta te vienen a recoger. Ellos no ponen interés en ir contigo a informarse, en escuchar, les da corte, les da vergüenza... y no lo hacen. Y mi marido... (risas) ese sí que no iría conmigo a ningún sitio... porque le da mucha vergüenza...” (Fadela, 37 años, Marruecos).

Sin embargo, en este caso, ella no tuvo ningún problema para decidir que tomaría la píldora a pesar de las reticencias de su esposo. En su situación de pareja, los papeles están casi totalmente invertidos. El marido se queda sin trabajo en el pueblo, en la casa de sus padres, mientras ella vive y trabaja aquí, en España, volviendo al pueblo de vez en cuando. Una inversión total de las posiciones tradicionales de género en

89.- Marruecos : 0,1% ; Rumania 12%, Bolivia 3,9%, Ecuador 4,3% (ONU,2007).

el marco migratorio “clásico” sería que el padre cuide de los niños allí. No es el caso, se trata para ella de sumar el papel de trabajadora al de madre. Este desplazamiento-transferencia de poderes y responsabilidades que provoca la migración y, sin embargo, la carga parental asumida sola sin el apoyo de toda la familia que se puede encontrar en el pueblo⁹⁰ constituye la base de la decisión de tener solamente dos hijos.

En varios casos vemos que la configuración de la política migratoria de los últimos años en España ha favorecido a las mujeres que consiguieron la inserción laboral en el ámbito del servicio doméstico, más fácilmente que los hombres. Esta posición, y la tensión creciente del mercado laboral estos últimos años, las dificultades económicas encontradas por las familias que viven aquí, contribuyeron también a definir proyectos familiares reducidos. La mayoría de las mujeres vienen de familias numerosas y pocas son las que quieren más de dos o tres hijos. Lo que supone tomar medidas anticonceptivas eficientes.

El cambio de posición de las mujeres en la economía familiar, tiene otras repercusiones sobre las relaciones de pareja. Salir del espacio doméstico permite enterarse de las actividades hasta ahora ‘secretas’ de su pareja⁹¹. Pero sobretodo, no aguantar tanto como la falta de autonomía económica exige :

*“E: Al mismo tiempo me contabas tu, que la infidelidad, era algo muy, muy común - si! Eso es muy común allí, si, si y de hecho aquí, no sé si habrás visto casos aquí de sudamericanos que vienen aquí a España y suelen tener muchos problemas con el tema este de infidelidad, suelen poner mucho los cuernos, pero se da tanto en los hombres como las mujeres, pero que más se estila en los hombres ¿sabes? más se estila en los hombres que en las mujeres
E: que no consideran una relación conyugal como algo...
- no, no, si...claro lo que pasa es que allí las mujeres también están acostumbradas a hacer caso al marido, como muchas de allí no trabajan, solamente dependen del marido, pues entonces tu estas sola en la casa y entonces te tienes que aguantar muchas cosas, el hombre es el que entra, el que sale, tu estas en la casa a lo mejor ni te enteras a lo mejor de lo que pasa, pero como también tienes que depender pues entonces dices mejor, te callas la boca y aguantas ¿sabes?, porque es lo que pasa allí, que aquí las mujeres están más individuales, aquí se trabaja, se entra se sale, pero allí es...menos ¿sabes? si, si allí es menos, pues entonces es lo que pasa” (Dolores, 30 años, Ecuador).*

Dolores casada con un español, dice que precisamente el engaño sería el rasgo que menos soportaría de un hombre. Cuidando a su niña de pocos meses, espera con mucha impaciencia su reincorporación al mercado laboral. Su nueva condición familiar y el traslado de su residencia a un pueblo la hacen depender de los horarios de trabajo y de la disponibilidad de su marido para poder moverse. Esta pérdida de autonomía le pesa mucho, no está acostumbrada a vivir así sin trabajar. Dolores, aguenta pensando que es una situación temporal.

Isabel, que sigue soltera, tuvo tres relaciones sentimentales con españoles, de ellas dos fueron particularmente importantes. Su percepción de la diferencia central entre los hombres españoles y sus compatriotas reside precisamente en relaciones de pareja caracterizadas por una autonomía mucho más importante de las mujeres.

*“- los hombres son muy distintos, muy distintos
E: ¿en qué sentido?
- en que los hombres de allí los veo muy machistas, machistas de que quieren que su mujer solamente esté cuidando a los hijos ¿no? Que el que trabaje es él y la mujer a cuidar a los hijos, sólo quieren que la mujer esté en casa, no lo ven bien que la mujer se supere, yo, yo por mi parte por lo que yo he pasado por el mío, porque tampoco tenemos que aguantar eso y entonces pues, no sé yo estoy aquí mejor!” (Isabel, 36 años, Ecuador).*

90.- La hermana de Fadela vive al lado con su marido y sus propios hijos y las dos familias se reúnen los fines de semana.

91.- Aunque la infidelidad conyugal parezca una actitud muy extendida en Ecuador, según Dolores.

7.7 El consumo informativo y las posibilidades de comunicarse

Hemos intentado saber cuáles eran los medios usados por estas mujeres para informarse de manera general. Según Dolores, la radio y la televisión son medios muy desarrollados en su país. El asunto es sencillo *“el periódico cuesta casi un dólar y con un dólar puedes comer un almuerzo”*. Aquí, ella sigue mirando la TV y escuchando la radio, sobretodo 88,2 una radio de la comunidad ecuatoriana que emite programas con ofertas de trabajo, informaciones de todo tipo (administrativas, legales, etc.) para ayudar a los inmigrantes. Su relato muestra como esta radio contribuye a la sociabilidad de los miembros de su comunidad.

“- La gente que llama...es que hay ofertas y trabajo y demanda de trabajo...hay un abogado para que tú le puedas consultar cosas...”

E- ¿eso es cada día?

-yo es que no me sé los horarios fíjate! Es que como no lo escucho tampoco así... todos los días, no...sé exactamente y luego por las noches, todos los días ponen música de cada país, por ejemplo los lunes toca de Ecuador, los martes tocan pasillos de Colombia...los miércoles no sé qué y así de cada país

E- cada comunidad escucha su día...

- exacto sí, sí, otro día de Perú, no sé qué, sí, está muy bien, está muy bien por la música, gente que llama, otra gente que se manda saludos por ahí por la radio...

E: ¿ah pues sí? ¿Lo hacen también?

- yo tengo unos conocidos de aquí del pueblo que son de Costa Rica, un matrimonio y el otro día nos encontramos con ellos y dice “he visto dice, al Walter Vivanco, al presidente de la asociación de ecuatorianos, el de la radio esta y les he mandado saludos, dice, ‘a los ecuatorianos de Burguillos porque en Burguillos tengo unas amiguitas que son de Ecuador’. Y mi hermano dice ‘quillo que son muy buenas’, no sé qué, y como viven pocos ecuatorianos, dice, ah pues les vamos a mandar un saludo” . Y nos mandaron un saludo por la radio a la gente de Burguillos, de Ecuador que vive en Burguillos.

E- y eso ¿es importante?

- sí, sí te da... (risas)” (Dolores, 30 años, Ecuador).

El ordenador también es importante para mantener las relaciones con el país de origen; escribir mails y hacer llamadas telefónicas. Así hace Dolores, pero ella no busca información en internet, lo que sí hace su hermana pequeña recién llegada, que también chatea con sus amigos/as residentes en Ecuador.

Por su parte Sara, estudiante universitaria procedente de Ecuador, muestra que se puede usar internet en la perspectiva de búsqueda de información precisa, sobre el asunto que nos interesa aquí:

“E- ¿Internet tampoco se utiliza para estas cosas?

S- ¿para averiguar?

E- para informarte

S- sí yo sí que lo hago, lo utilizo...es que ya no a nivel de métodos, porque con la pastilla me está yendo bien, sino...yo qué sé, si me encuentro que me siento más hinchada o tal, pues miro un poco a ver qué puede ser, si es por las pastillas o qué componentes tienen” (Sara, 28 años, Ecuador).

Leila y Amel de hecho consideran que entre su época (hace 15 o 20 años) y ahora, la posibilidad de informarse ha cambiado mucho. Cuando el médico vino durante el periodo de formación de las internas recién llegadas de Marruecos para presentarles los diferentes anticonceptivos, ya sabían mucho: *“con la TV, el cable e internet, ha cambiado. Ya saben”*.

Pero la anticoncepción no era la preocupación principal de las chicas: *“hemos venido a trabajar”*. Sin embargo, este tipo de iniciativa es importante, aun no se trata de usar la información en un futuro inmediato⁹². Y de hecho, las experiencias tanto de Ámel como de Leila confirman el aislamiento que viven las mujeres que trabajan de internas en el servicio doméstico. Y, cuando las chicas se reúnen, las pocas horas

92.- Les dijo el médico : ahora puede ser que no, pero dentro de un año quizás...

libres que tienen el domingo, es para contarse sus dificultades, compartir sus experiencias, no hay espacio para vivir ni hablar de otra cosa. Parece mantenerse la ley del silencio:

“- No, no, no, es que con las chicas de mi ciudad no hablamos de eso (risas) ya te he dicho que cuando nos vamos el fin de semana hablamos de...de los problemas...es que no tienen tiempo de verdad para esas cosas...” (Amel, 30 Años, Marruecos).

Por el contrario, en el grupillo de internas ecuatorianas que conocía Dolores, se solía hablar más fácilmente de estas cosas y se transmitían información⁹³.

Entre las mujeres marroquíes, las jóvenes usan internet para chatear pero no para buscar información. Y las madres de familia con niños jóvenes reconocen en general tener poco tiempo para ver la TV, aunque les gustaría.

En el caso de Amparo la TV participa indirectamente de su tentativa de convencer a su marido para que se someta a una vasectomía:

“- Sí, y un día me dice, un día estábamos los dos y me dice, al terminar me duele mi huevito derecho, me dice. Eso es la próstata, le digo: hay que hacerse la vasectomía... (risas) y después con eso... me dice, “no lo habrás visto en la tele ¿no?” y le digo, para eso tendremos la tele ¿no? Para informarnos... porque no va al médico, y le pregunta si esto es verdad o no... y el otro día cuando vino... cuando vino de la uva, cuatro días creo que estuvo, me dijo: me sigue doliendo, pero a ver si es un nervio, un nervio que es una mala fuerza y eso... y había ido y le habían hablado de la vasectomía y de la próstata y de todo eso.... y me dice, tú tienes razón, todo este tiempo lo estoy pensando” (Amparo, 30 años, Bolivia).

La prensa (periódicos y revistas) es fuente de información y de dudas para M^a Luz que se atreve a trasladar sus inquietudes a su médica que, ésta sí, parece estar acostumbrada a sus preguntas y la atiende con paciencia y respeto:

“M.L- A mí se me está cayendo el pelo y justo vi en un periódico esta enfermedad del cabello ...

E - ¿Alopecia?

- Alopecia, lo leí y ya, yo no tengo que tener cáncer porque ... [...].

- voy asustada, voy... Irene, le digo... “¿qué problema tienes ahora mujer?” me dice, ya me conoce (risas). Lo que pasa es que esta es mi preocupación, le digo, se me cae mucho el pelo, debo tener cáncer a ver explíqueme por favor... Y me dice, que no mujer, que eso es mucho estrés que estás pensando. Y, mira, pero en el periódico dice esto y esto y me dice, pero que no mujer, que tú no eres.

E- Y una cosa, ¿Internet lo usáis?

- Yo no mucho, digamos, que lo que estoy con el niño agetreadillo... y voy y vengo... no estoy muy pendiente de eso... sí las noticias, leo mucho el periódico... me gusta leer los libros, estoy, en eso me informo bastante...” (Maria Luz, 22 años, Bolivia).

Estas dos mujeres ven también la televisión local y programas muy populares que tratan de preocupaciones cotidianas: salud y comida.

93.- “E- ¿entonces como pasa este momento?, ¿se habla? ¿Las chicas encuentran chicos, hombres, hablan entre ellas?

- sí, si se daba porque incluso una de mis amigas de las que vivimos aquí, ya algunas que ya habían tenido relaciones y ya era diferente ¿sabes? y entonces cuando ya empezamos a salir y toda la cosa, si...nos solíamos contar y hablar del tema ¿sabes?

E- ¿como las más experimentadas entre comillas no?

- exacto! Sí, si ellas pues ya como habían tenido experiencia entonces te decían: pues mira que esto lo otro, no sé qué ¿sabes? y empezamos con el tema ese [...] una amiga esta la que vino fue la primera que empezó a tener relaciones con su novio y ella pues fue la primera que se fue a planificación familiar y después estuvo mi cuñada también, que mi cuñada esta con mi hermano y también ya pues se solía hablar con ella

E- entonces eso significa que... hubo una transmisión

- de unas a otras eso! Sí, sí, hombre más o menos ya tienes una idea, se sabe pero, que no lo hablamos tan abiertamente allí en Ecuador como aquí ¿sabes?” (Dolores, 30 años, Ecuador).

“M.L.- Saber y vivir⁹⁴, ese me gusta, me gusta cualquier programa que sale cocina... que me encanta la cocina... (...)

E- ¿Y alguna cadena de estas de telenieve o...?

A-¿De qué?

E- De estas cadenas locales, telenieve o...

A. ¿Localia?

E- Localia...

M.L.- Yo lo veo...

A.-Y bueno, yo lo veo en la mañana un poquillo...

M.L- Sí, yo lo veo por verle a Juan... (risas)

C-Yo lo veo en la mañana un poquillo... y eso...

E- ¿Y la radio?

M.L.- De la radio me gusta este... este...

A.-La radio me gusta los cuarenta y Europa fm...

E- Ya... ¿Internet no usáis ninguna?

A. *Yo... voy cuando tengo tiempo ¿sabes? Pero muy poquillo... pues con el niño no... con el niño, es lo que te digo, no se puede hacer nada... ¿sabes?” (M^a Luz y Amparo, 22 y 30 años, Bolivia).*

La televisión y las revistas ya vimos que fueron los medios a través de los cuales se informaron Dolores (Ecuador) y Débora (Rumanía) sobre la PAU. Finalmente, las mujeres también muestran que otros modos de comunicación se pueden usar para transmitir información, la responsabilidad de los profesionales de salud y la presencia de centros de salud y de profesionales abiertos en todos los sentidos de la palabra siguen siendo fundamentales, dada la superficialidad de los intercambios y el apuro de la vida cotidiana de las madres:

“Yo creo que el médico debería tener esa información y cuando viene una mujer que no tiene ni idea que por lo menos se la ofrezca, para que se entere. Que también tiene que tener la información, y también hay muchas mujeres que no nos enteramos, sólo lo que se escucha de las vecinas, las madres del colegio, que te dicen ah, pues mira... escucha esto, escucha lo otro... pero ya está, nada más. Que una está con lo de siempre... el trabajo, los niños, la casa... y a lo mejor no tienes tiempo de nada [...]

Hombre, me parece muy bien que se explique a la gente sobre estas cosas [la planificación familiar] porque la mayoría de las mujeres no tienen mucha información. Porque, por ejemplo, las mujeres se quedan embarazadas y es que algunas no tienen información, de no saber cómo evitar quedarte embarazada... o esperar un tiempo porque en este momento no es buen momento y bueno, pues todo esto tiene que tenerlo el médico, la información donde ellas tienen cerca... o mandársela a la casa o que una asistente social vaya a visitarlas a casa. Y hay muchas personas que no salen de casa y no tienen ni idea, no tienen ni idea... ni en la televisión, ni en la familia... entonces, ¿ellas que información tienen?. Pues yo pienso que estaría bueno que tuviesen visitas de la asistente social por casa, a gente que no tiene ni idea, que no sale, o que los maridos no las dejan salir y no tienen información... nada más que el médico o la casa. Y al médico va porque le duele algo o está resfriada... o porque lleva a sus hijos al médico pero la mayoría no sabe de esto”. (Fadela, 37 años, Marroquí).

Las últimas palabras de Fadela sobre la falta casi absoluta de conocimiento de las mujeres encerradas en sus casas suenan como un estereotipo a propósito de una realidad que merece ser matizada. Si recordamos algunos datos de la última encuesta “Población y salud familiar” marroquí, como: el bajo nivel de información transmitida por los profesionales a las mujeres sobre los efectos secundarios del método elegido y sobre las diferentes posibilidades anticonceptivas; la baja inserción laboral femenina (menos del 20% de las mujeres muestrales); el bajo nivel de estudios de la población femenina (menos de la mitad de 15-19 años alcanzan el nivel secundario, casi todas sin completarlo) y la proporción de mujeres analfabetas (estimada en la mitad del conjunto de la muestra), aquella imagen es congruente.

94.- El programa Saber Vivir es muy conocido y muy seguido, trata de muchos temas de salud, desde la alimentación hasta enfermedades. Se edita también una revista relacionada con el programa.

Sin embargo, las mujeres de nuestra muestra presentan niveles de educación variados. Pero tampoco pertenecen a los grupos sociales con el nivel educativo más bajo de cada país de procedencia - a excepción quizás de Graciela. Las situaciones muestran que el nivel de estudios más avanzado hace intervenir un efecto “edad” (las jóvenes marroquíes, o Sara), pero cuentan también: el país (Débora) y el origen social (más favorecido en los casos de Sara e Isabel). Hay que contar en algunos casos con la voluntad de algunas mujeres por continuar con sus estudios lo más posible, combinando con el trabajo remunerado y con condiciones de vida familiares difíciles (Vilma, Viviana). La finalización prematura de la escolarización está condicionada por las necesidades económicas de los padres (Dolores) o incluso con el estatus social femenino orientado hacia la esfera familiar y la reproducción (Fadela, Graciela), más que hacia la acumulación de capital escolar- situación mas marcada en las familias de origen social modesto o que enfrenten dificultades económicas inesperadas (muerte del padre de familia, Amel).

Un capital socio-educativo y económico más elevado conduce, generalmente, al uso de anticonceptivos modernos, más eficaces. Sin embargo, lo primero no garantiza lo segundo. El uso de los métodos modernos depende también de su disponibilidad y su proximidad (por ejemplo, las inyecciones en Ecuador o la píldora en Marruecos). Más allá de los métodos, el deseo de limitar su descendencia expresado por las mujeres entrevistadas está muy relacionado con sus condiciones materiales de vida, su adhesión a un modelo familiar reducido -en comparación al de sus propios progenitores-, referencia que acompaña la tendencia a la baja de la fecundidad en los países de origen, y el desarrollo de un proyecto de vida propio. Evoluciones demográficas internas al país de origen, expansión progresiva de la información y del acceso a los anticonceptivos modernos, y migración se conjugan, favoreciendo cambios parciales de estatus y de perspectivas en cuanto a la fecundidad.

En definitiva, podemos resumir en unos puntos los elementos esenciales del análisis de este colectivo de mujeres.

- Las mujeres entrevistadas proceden de sociedades donde el aborto es o estuvo prohibido, donde el uso de anticonceptivos modernos es diferente: menos extendido, menos accesible, métodos diferentes: recurso más frecuente a métodos tradicionales y menos eficaces. No obstante, debemos recordar que en los países de procedencia se han llevado a cabo importantes campañas de planificación familiar que han contribuido a familiarizar a la población con esta problemática y al descenso de las tasas de fecundidad nacionales.
- Hay varios “modelos” de actividad sexual. En otras palabras, las mujeres extranjeras residentes en Andalucía no están todas expuestas del mismo modo al riesgo de embarazo. Parte de ellas no tienen relaciones sexuales; otras tienen una actividad sexual más regular y otras más esporádica. Con lo cual se trata de adaptar las medidas anticonceptivas eventualmente usadas a las circunstancias y las necesidades que cada modelo de actividad sexual requiere.
- Existen unos miedos/mitos sobre los anticonceptivos modernos que no tienen nada de culturalmente específico pero sí forman parte de los ‘lugares comunes’ que pueden contribuir a rechazar, a priori, medios anticonceptivos eficaces, si no hay discusión y posibilidad de compartir las dudas y encontrar respuestas satisfactorias.
- Entre nuestras informantes, no se sabe bien qué es ni cómo funciona la PAU. De manera general, se considera como una solución mejor que el aborto. Pero se asocia también a un estilo de vida específico de la juventud y a una forma de sexualidad poco responsable.
- El aborto sigue siendo percibido como un acto moralmente reprochable por varias mujeres. Sin

embargo, en la práctica, vemos que se supera la presión social cuando se considera necesario. De los dos casos relatados por las mujeres entrevistadas, se deduce que:

Sería interesante proponer a estas mujeres alternativas anticonceptivas que:

- a. les resulten más familiares, quizás, los inyectables a los que están acostumbradas y algunas se hacen enviar desde su país (Sara)
 - b. sean más eficaces que los métodos tradicionales, si estos son los que utilizan ellas. Esto sería responsabilidad de los médicos, pero no queda claro que ellos lo entiendan así sistemáticamente.
- La dominación masculina en el campo de la sexualidad sigue muy presente y se manifiesta tanto en el rechazo del preservativo como en la presión a la que algunos hombres someten a sus mujeres para mantener relaciones sexuales desprotegidas.
 - El papel de los profesionales de salud es importante y valorizado por las mujeres cuando hay disponibilidad, escucha y se prodigan informaciones y explicaciones. Al revés, una actitud cerrada (por ejemplo: decir a una mujer que con el calendario se va quedar embarazada, sin añadir más explicaciones, ni aportar alguna orientación sobre cuándo y con quién puede hablar o rechazar la petición del implanon, sin más) contribuye a que la mujer entienda que no hay espacio para hablar del tema sin censura, pero sí un juicio negativo de su conducta.

8. A MODO DE RECAPITULACIÓN

Hemos visto como la PAU iba siendo aprobada y comercializada paulatinamente en los diferentes países analizados : empezaba siendo autorizada en Suecia en 1994 y a finales de los 90 en Francia y Estados Unidos, en el 2001 en España, en el 2003 en Rumanía y en el 2008 en Marruecos.

Así, aunque actualmente sea legal, su uso es todavía poco conocido y bastante restringido. Contamos con pocos datos comparables pero interesantes. La siguiente tabla compara la situación francesa y andaluza respecto a la PAU y nos muestra que su uso está mucho más extendido en el país vecino (15,2% de las mujeres en edad fértil la han utilizado al menos una vez en su vida) que en Andalucía (3,5%). Sin embargo, al distribuir su uso por grupos de edad observamos una distribución equivalente (hasta donde permiten los datos) : las menores de 20 años acumulan el 30,35% del uso en Andalucía y el 31,5% en Francia.

Tabla 8. Prevalencia de uso de la PAU en Francia y Andalucía

FRANCIA, 2005		ANDALUCIA, 2005	
Distribución de las usuarias por grupos de edad		Distribución de las usuarias por grupos de edad	
15-19 años	31,5%	Menor de 16	8,9%
20-24	31,8%	16-20 años	21,45%
25-34	16,8%	Mayor de 20	65-70%
35-39	8,6%		
Prevalencia PAU	15,2%		3,5%
Uso reiterado			37%

Fuente : Para Francia, DREES, 2007 ; Andalucía, Vizuetete, 2007.

Un estudio previo francés calculaba en un 71% la población que la conocía y en un 9% la que la había utilizado alguna vez (2003). La encuesta de fecundidad del INE (1999) establece que un 68,8% de la población encuestada a nivel nacional conocía la ‘píldora del día después’, siendo este porcentaje del 58,17% para Andalucía. Según ésta encuesta, en 1999, habrían utilizado la PAU 95.652 mujeres en España (0,94%).

Así pues, los indicios apuntan a que el uso de la PAU está aumentando en España y Andalucía pero su uso es bastante menor aquí que en Francia.

Sobre las razones para no usar PAU, contamos con la siguiente información detallada

Tabla 9. Razones para no usar la PAU

RAZONES	FRANCIA	California
Pensar que no se corre riesgo de embarazo	48%	
Pensar que es demasiado tarde	22,4%	
No saber dónde encontrarla	23,8%	25% (hispanas)
Religión		7%

Fuente : Para Francia, Moreau et al., 2006; California, Walsh et al, 2006.

Es decir, la percepción del riesgo de embarazo y la falta de información (no saber donde conseguir la píldora y pensar que es demasiado tarde) son las principales cortapisas para el uso de la PAU. Nos parece interesante resaltar la poca importancia atribuida por las mujeres a la religión como limitadora de sus prácticas anticonceptivas (uso de la PAU, concretamente).

Si relacionamos estos datos con los datos sobre el aborto, observamos que :

Tabla 10. Tasas de IVEs en Francia y Andalucía

IVEs/1000 mujeres	FRANCIA 15-49 años	ANDALUCIA 15-44 años
2000	14,0	6,19
2001	13,8	6,77
2002	14,3	7,33
2003	14,1	8,25
2004	14,6	8,98
2005	14,3	9,99
2006	14,4	10,46
2007	14,7	11,22

Fuente : Para Francia, DREES, Etudes et résultats, <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er279.pdf>; <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er348.pdf>; <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er431/er431.pdf>; <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er522/er522.pdf>; <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er624.pdf>; <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/1/91/40/38/interruptions-de-grossesse-France-DRESS-2006.pdf>; <http://www.sante.gout.fr/etude-resultat/er-pdf/er713.pdf>

Para Andalucía Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, www.msc.es/profesionales/SaludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

Aunque el uso de la PAU está mucho más extendido en Francia que en Andalucía, también lo está el recurso al aborto. Estos datos ponen en evidencia el sesgo que consiste en pensar que el aumento del uso de la PAU hace bajar el recurso al aborto y los embarazos no deseados entre las jóvenes. En ciencias sociales, las relaciones no son mecánicas. Permitir el acceso a la anticoncepción no significa erradicar el embarazo no deseado⁹⁵. De igual modo, el acceso generalizado a la PAU no va a erradicar ni el embarazo no deseado ni el aborto. Primero, los embarazos no deseados no terminan siempre en aborto – en Francia, por ejemplo, son la mitad según las estimaciones (Bajos el al. 2003). Lo que significa que los embarazos previstos no son los únicos ‘aceptables’ y, consecuentemente, los que llevan a la maternidad. Segundo, por el contrario, también hay embarazos deseados que terminan en aborto.

Paralelamente, tanto en Andalucía como en Francia, si de hecho los jóvenes constituyen una parte del público que aborta, la comparación muestra una distribución que relativiza mucho el carácter dramático de la situación e invalida cualquier cruzada contra los abortos en la juventud.

Tabla 11. Tasa de IVEs/000 mujeres jóvenes (15-19 años), 2001-2003

IVE/1000 mujeres 15-19 años	Francia	Andalucía
2001	23,4	7,84
2002	30,0	8,58
2003	31,3	9,68

Fuente : Francia : Vilain, 2005; España Vizueté y Escalera 2008.

Sea lo que fuese, tanto el embarazo no deseado como el aborto son situaciones que forman parte de la

95.- Trussel y Wynn, en un reciente número de *Contraception*, sostienen que las políticas públicas y el coste de los anticonceptivos (no reembolsable) desaniman el uso consistente y efectivo de anticonceptivos, en consecuencia, no se observa una reducción de los embarazos no deseados en Estados Unidos (2008).

vida cotidiana de las mujeres e, indirectamente, de los hombres. La casuística es enorme y la idea misma de que sea posible su erradicación es absurda y una política pública sanitaria que persiguiera este objetivo estaría condenada al fracaso⁹⁶.

Queremos recordar aquí la diferencia, frecuentemente olvidada, entre la eficacia teórica y práctica de los métodos anticonceptivos. La eficacia relativa pone en relación el método y las condiciones concretas de su uso. Teóricamente no parece nada complicado tomar una pastilla cada día a la misma hora. En la práctica, lo que parece tan sencillo puede convertirse en una obligación difícil de manejar y difícilmente articulada con otras temporalidades de la vida cotidiana: la presencia de un recién nacido con horarios específicos; horarios de trabajo variables y con turnos; trabajo de noche, idas y vueltas entre dos residencias –residencia universitaria/casa de los padres, o domicilios de padres divorciados, preocupaciones determinantes en un momento dado de su existencia... multiplicación de tareas domésticas, soltería y sexualidad esporádica... los ejemplos no faltan, para entender cómo puede fallar la ingesta cotidiana de la píldora. La falta de organización sanitaria y de atención al público contribuye a estos fallos⁹⁷.

Lete y su equipo, mostraron recientemente que el 71% de las usuarias de la píldora mencionan olvidos o ingestas retrasadas, frente al 32% y 21,6% de las usuarias del parche y del anillo vaginal que olvidan su aplicación / inserción o que retrasan su retirada⁹⁸ (Lete et al, 2008). Estas mujeres tampoco saben qué hacer en caso de olvido o de retraso de la píldora. Solo el 14% de las usuarias de la píldora solicitan la píldora post-coital y el 55,6% no toman medidas para protegerse después ni llaman o van a ver al médico, al farmacéutico o a una enfermera, y... esperan las próximas reglas.

Esto pone de manifiesto la fuerte distancia que separa a las mujeres de los profesionales supuestamente capacitados para acompañar y ayudar en este tipo de situaciones. Al tiempo que nos informa sobre las carencias informativas que sufren las mujeres: no disponen de información sobre qué hacer en caso de olvido de la píldora, incluso más allá de la PAU. Con lo cual sí tienen razón aquellas que ponen en duda la eficacia del método, cuestionando ese otro mito científico-medico de la panacea universal.

Una política sana de prevención del embarazo no deseado y de difusión de la PAU supondría una serie de condiciones:

- no centrarse únicamente sobre el público joven. El embarazo inesperado y no deseado puede sorprender a cualquier mujer en edad fértil con una actividad sexual incluso muy esporádica. Ampliar el abanico no es una actitud nada alarmista pero sí realista. Por lo tanto, es fundamental que quede claro que la PAU vale para cualquier mujer; todas las mujeres tienen derecho a una segunda oportunidad .
- admitir la eficacia relativa de buena parte de los anticonceptivos, incluidos los modernos.
- plantear las condiciones para una mejor adaptación de los anticonceptivos a las circunstancias vitales de mujeres y varones - lo que se puede conseguir con una consulta abierta que garantice oportunidades reales para una elección informada.
- luchar contra la profunda resistencia de parte de los médicos/as, ginecólogos/as y otros profesionales de la salud a facilitar todas las posibilidades anticonceptivas a las mujeres.
- la objeción de conciencia a la PAU, supone asimilar la PAU al aborto, y este argumento no resiste

96.- El caso de la Rumania es ejemplar. Fueron mujeres y niños quienes pagaron el precio el más alto.

97.- Un estudio antropológico en Francia, con mujeres inmigrantes de Mali, señalaba que estas salían de la maternidad con la receta de la píldora microprogestágenos en el paquete que da el hospital, sin ninguna explicación adicional. Como la píldora microprogestágenos para ser eficaz debe ingerirse de forma muy regular (a la misma hora, admite solo 3 horas de retraso), muchas mujeres se quedaban embarazadas a pesar de tomarla, y concluían que no funcionaba (Sargent, 2005).

98.- Lo que significa que estos métodos también se pueden olvidar!

la evidencia científica, pero sí contribuye a mantener la confusión ideológica.

En esta línea el planteamiento de una Política Pública Sanitaria sobre la PAU sería, pues, el de garantizar a las mujeres las condiciones para que puedan ejercer sus derechos (a la información, adquisición e ingesta del producto), sin cortapisas ni juicios morales.

9. POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

De toda la documentación revisada y la información producida en y para este informe, destacamos aquí aquellas ideas que consideramos pueden resultar de mayor utilidad para su aplicación en el ámbito andaluz.

9.1 Adaptación de la información al público al que va dirigida

Ante la falta de información sobre la PAU, se propone :

- 1- Elaborar una guía informativa para inmigrantes utilizando medios más acordes a sus costumbres : carteles con dibujos, anuncios ‘parlantes’ : en radio (hay emisoras dirigidas a públicos específicos, tipo radio latina, radio integración) ; vídeos para emitir en las televisiones locales e internet (utilizar los sitios más visitados por la población : youtube, tuenti,...).
- 2- Incluir información detallada sobre la PAU, su forma de uso, su precio (o gratuidad) y los lugares y horarios donde la pueden conseguir. Además, incluir : « es un derecho de todas las mujeres en edad fértil».
- 3- La información debería incluir también la negación de los tópicos más extendidos (si son falsos) : la PAU no es abortiva, la PAU se puede tomar hasta 5 días después de la relación sexual coital (aunque con el tiempo desciende su eficacia), el uso reiterado de la PAU no produce daños irreversibles ni infertilidad.
- 4- Editar o emitir la información escrita/hablada en diferentes idiomas (castellano, inglés, árabe, rumano y quechua). Las ediciones en castellano dirigidas a mujeres ecuatorianas y bolivianas deberían incluir el término ‘cuidarse’ para referirse al empleo de anticonceptivos.
- 5- Editar vídeos, remitimos a uno sobre las relaciones sexuales protegidas, premiado por la OMS y una página web peruana muy ilustrativa del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de urgencia (cf. “materiales de comunicación” en el sitio <http://www.clae.info/>, el vídeo ‘Como funciona la AOE’.)

9.2 La difusión y distribución de la información

Ante la escasa difusión de la información entre la población diana, se propone una estrategia de difusión masiva, en varios momentos puntuales:

- 6- El envío masivo de correos informativos a entidades repartidas en todo el territorio andaluz : organizaciones comunitarias, clínicas de planificación familiar y de salud comunitaria, centros de salud, centros hospitalarios, trabajadores sociales de los ayuntamientos, universidades, etc.
- 7- La estrategia anterior iría acompañada del lanzamiento de una línea telefónica para consultar dudas y un sitio web⁹⁹. También se desarrollarían materiales de información en papel, tanto para el público (con dibujos explicativos) como para los farmacéuticos.

99.- Iniciativa desarrollada en California, la línea telefónica la EC-Help Hotline (funcionó hasta 2006) y el sitio web (www.ec-help.org). Ambos recibieron 60.000 visitas y llamadas durante los dos primeros años de funcionamiento.

- 8- Incluir en el sitio web que se diseñe, enlaces a los sitios que disponen de información específica muy elaborada y en diferentes idiomas. Igualmente, sería interesante que a esta página se pudiera llegar fácilmente desde los sitios mas frecuentados por la población diana.
- 9- Distribuir la información impresa en puntos estratégicos donde los inmigrantes se reúnen: locutorios, asociaciones, colegios, parques, mercadillos, kioskos y discotecas (los fines de semana). Utilizar, para ello, intermediarios bien aceptados entre la comunidad inmigrante (por ejemplo, trabajadores sociales, asociaciones de inmigrantes, trabajadores de los locutorios, mediadores..)
- 10- Otra importante estrategia de difusión de la información sería utilizar grandes espacios móviles como los que facilitan los autobuses, taxis...
- 11- Buscar la colaboración de voluntarios de las organizaciones (Cruz Roja) y ONGs que trabajan con la población inmigrante en Andalucía.

9.3 Las estrategias de comunicación de los profesionales

Dado que las mujeres inmigrantes, en general, en sus países de origen no visitaban al médico (la medicina pública era precaria y la medicina privada demasiado cara), el hábito de no ir al médico se verá reforzado aquí por el trato, en ocasiones discriminatorio, encontrado en las consultas. Por tanto, será preciso ofrecer un trato respetuoso en las consultas para facilitar la habituación de la población femenina inmigrante a las dinámicas sanitarias andaluzas. Para ello, se propone :

- 12- Simplificar la jerga médica en la consulta, adoptar una actitud más paciente, comprensiva y menos prejuiciosa (no dar nada por supuesto, esperar a que expongan su situación y sus demandas) de los/las profesionales de la salud. También, para superar las barreras lingüísticas, procurar la presencia de una intérprete o mediadora, en el caso de las mujeres que no dominan el español –los acompañantes varones no siempre transmiten toda la información o son buenos traductores-.
- 13- Suavizar y moderar nuestra forma de comunicarnos: a voces, utilizando formas muy coloquiales y directas, invadiendo el espacio personal, tocándonos... Estas formas asustan a las mujeres de países que utilizan fórmulas más elaboradas para saludar, mostrar respeto, comunicarse con desconocidos ... Somos tan directos que, en ocasiones, parecemos ofensivos e irrespetuosos.
- 14- Facilitar que los profesionales (también los de atención primaria), dispongan de información actualizada sobre la PAU y demás métodos anticonceptivos. El documento de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) dedicado a la anticoncepción de urgencia es una referencia a tener en cuenta. También se facilitarían a los profesionales los sitios web más interesantes para mantenerse informados sobre el tema.
- 15- Elaborar una hoja con consejos muy claros sobre ¿Qué hacer si se me olvida tomar la píldora un día? y distribuir entre médicos y farmacéuticos, de forma que todos cuenten con este pequeño documento para, a su vez, distribuirlo entre las mujeres.
- 16- En suma, como sostiene López Fernández (2006), adoptar una actitud de respeto cultural (abierta, sensible, exenta de prejuicios, no etnocéntrica y con disposición al auto-análisis) es la más adecuada para conseguir resultados positivos.

9.4 Algunos ejemplos y herramientas

-Opciones anticonceptivas

Paralelamente a la PAU resultaría importante abrir, a las mujeres y sus parejas, la perspectiva sobre otros métodos existentes: su precio (o gratuidad) y los requisitos y lugares de adquisición. Una presentación sencilla de cada método, con: las respuestas a los principales ‘lugares comunes’ e ideas falsas sobre los métodos, y de un dibujo que de idea concreta del método, su dimensión, etc. (eso es muy importante para el DIU por ejemplo, difícil de imaginar con precisión)... completaría adecuadamente la información aportada.

Tenemos el ejemplo de una versión en español del documento concebido por “Migration et Intimité”, un servicio suizo que reagrupa diversas fundaciones/asociaciones que trabajan por la prevención de los embarazos no deseados y las ETS (incluso VIH/Sida) con mujeres y hombres de las comunidades migrantes de América latina y del África sub-sahariana¹⁰⁰. El librito que han redactado nos parece muy interesante porque responde a algunas preguntas, dudas y prejuicios de manera sencilla y clara y eso para varios métodos anticonceptivos. También aporta direcciones y teléfonos de varias asociaciones donde dirigirse en caso de dudas; un punto de partida muy interesante.

-Postales y posters de la campaña

La campaña nacional canadiense edita postales y posters en colores llamativos (fucsia, naranja, verde...) distribuidos en clínicas de salud sexual, centros comunitarios de salud, campus universitarios y colegios, unidades de salud pública, kioscos de periódicos, centros de salud para jóvenes.

La campaña de Florida usa el mismo tipo de postal. Fueron editadas dos postales: la primera (ver anexos en el CD) fue distribuida en restaurantes, gimnasios, campus etc. y exhibida en los autobuses de Los Ángeles, San Francisco y New York. Famosos e ídolos de la juventud, se unieron a la iniciativa. La postal para los “latinos” fue también distribuida en escuelas de los Ángeles, cafés, restaurantes y peluquerías. Paralelamente al teléfono gratuito le sigue el sitio web : <http://www.ec-help.org/> . Además, se incluyó un spot en la radio. Hay que subrayar que tanto los publicistas como las radios y las revistas que pusieron los anuncios, lo hicieron gratuitamente.

Tanto en el caso de Florida como en el canadiense, el mensaje de la postal es esquemático, no pretende aportar la información directamente, sino llamar la atención y derivar hacia un sitio web y un teléfono gratis.

Los documentos de Florida se entienden en el contexto específico (cf en el informe, el apartado dedicado a Florida, donde los farmacéuticos juegan un papel específico e importante). Sin embargo, algunos matices nos parecen interesantes.

El syllabus dedicado a la comunicación sobre salud sexual y reproductiva es una herramienta interesante que puede también dar ideas para desarrollar estrategias adaptadas al contexto andaluz.

100.- “Migraciones e intimidad” es un servicio para los migrantes que favorece la igualdad de oportunidades. Cada migrante sea cual sea su situación legal o su pertenencia étnica, tiene derecho a la salud. Privilegiando el acceso a la información, a los recursos institucionales existentes, a los intercambios y discusiones, a consejos y servicios adaptados, M&I pretende aportar herramientas para que hombres y mujeres puedan tomar decisiones que mejoren su salud sexual y reproductiva.” extracto de la página web de presentación (http://www.profa.ch/Prestations/Prest_MI.htm).

Por otro lado, M&I dispone de un número de teléfono donde los migrantes del cantón de Vaud pueden obtener información y apoyo en salud sexual y reproductiva. También hacen talleres de sensibilización; acciones de prevención con mediadores interculturales en diferentes lugares (fiestas, tiendas, casetas), desarrollan material de información y comunicación; y, trabajan en la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre interculturalidad y cuestiones de salud sexual y reproductiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé -ANAES (2004) Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. Décembre.

Ali Mohamed M., Cleland John (2005) "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis". *Social science and medicine*, 60 : 1175-1185.

Aneblom Gunilla, Larsson Margareta, Odling Viceca, Tydén Tanja (2002) "Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion". *BJOG*, 109 : 155-160.

Ashford Lori (2003) Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euroasia. Population Reference Bureau. (www.prb.org)

Ayad Mohamed (2005) Fécondité. In: Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro, chapitre 4.

Bajos, Nathalie; Léridon, Henri; Goulard, Hélène; Oustry, Pascale; Job-Spira, Nadine and the COCON Group (2003) "Contraception: from accessibility to efficiency" *Human Reproduction*, vol. 18, n° 5, pp. 994-999.

Barrère Monique et Ayad Mohamed (2005) Caractéristiques des femmes enquêtées. In : Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro, chapitre 3.

Barroso García, Pilar; Lucerna Méndez, M.Ángeles; Parrón Carreño, Tesifon (2005) "Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002". *Revista Española de Salud Pública*, n°4, 493-501.

BEMC (2005) Boletín epidemiológico de la comunidad de Madrid, n°3, vol. II, Marzo.

Blackburn, Richard D., Cunkelman, Jacqueline A., et Zlidar, Vera M. (2000) Contraceptifs oraux — Une mise à jour. *Population Reports*, Série A, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Printemps.

Bourdieu, Pierre (2000), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.

Bravo, Ana (2003), "Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid", *Migraciones*, 13: 137-183.

Bretin, Hélène (1992), *Contraception, quel choix pour quelle vie? Récits de femmes, paroles de médecins*. Paris, Inserm, coll. Analyses et prospective.

Center for Reproductive Rights (2004) Governments worldwide put emergency contraception into women's hands. A global review of laws and policies. September. (www.reproductive rights)

CEPAR (2005), Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil-ENDEMAIN 2004. Informe final. Quito. http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm

CLAE (2005) Boletín Vol.3, n°2, octubre, 2005. <http://www.clae.info/boletin/vol.-iii-n-2-octubre-de-2005.html>

CLAE (2004) boletín Vol 2, n°2, septiembre, 2004 .

Clarke, Adele (2004) Contraception. In D. Lecourt (Dir.) Dictionnaire de la pensée médicale. PUF-Quadrige, Paris, pp. 287-293.

Clínica Dator, 2006.

Delegación de Salud de Granada, (2008) Informe del grupo de trabajo sobre dispensación de la píldora postcoital en la provincia de Granada, Abril, 2008.

Delgado, Margarita y Laura Barrios (2007) *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*. Madrid, CIS-sXXI, Monografías, n° 236.

Delgado, Margarita (coord.) (2007) *Encuesta de fecundidad Familia y valores 2006*. Madrid, CIS.

Dragomiristeanu, Aurora; Morris, Leo; Panduru, Filofteia; Duma, Viorica; Musat, Sofica (2005) Sample characteristics. In : Reproductive Health Survey. Romania 2005. Summary Report. May. Chapter 3.

DREES (2007) L'état de la santé en France- Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. La documentation française, collection Etudes et statistiques. Paris.

El-Arbi, Housni (2005) Planification familiale. In: Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro, chapitre 5

Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), (2008) La anticoncepción de urgencia en España. Federación de Planificación Familiar Estatal, Madrid.

Fernández Merino J.C. y Lama Herrera C.M. (2007), Población inmigrante extranjera en Andalucía. Manual de atención sanitaria a inmigrantes, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, pp. 21-41.

Galan, Adriana; Scîntee, Gabriela; Marcu, Aurelia (2005) Sexual and contraceptive experience of young adults. In : Reproductive Health Survey. Romania 2005. Summary Report. May. Chapter 8.

Ghetău, Vasile; Köö, Borbala; Stan, Laurentiu; Stănescu, Alin (2005) Fertility and abortion. In : Reproductive Health Survey. Romania 2005. Summary Report. May. Chapter 4

Guillaume Agnès, Lerner Susana (2007) L'avortement en Amérique latine et dans la Caraïbe. Une revue de la littérature des années 90 à 2005. Les numériques du Ceped, Paris-Mexico 2007. http://www.cephed.org/rubrique.php3?id_rubrique=19

Goulard, Hélène; Bajos, Nathalie; Job Spira N., l'équipe Cocon. (2003) "Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Emergency contraception in France : the user profile. Emergency contraception in France : the user profile". *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 31 : 724-729.

Guyard Laurence (2006) Règles. In : B. Andrieu (dir) Le dictionnaire du corps en sciences sociales. CNRS éditions (première édition), p. 431

Guyard, Laurence (2008), La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en sociologie. Université Paris X Nanterre, soutenue le 09 décembre.

Hardon, Anita (1997) Women's Views and Experiences of Hormonal Contraceptives: What We know and What We Need to Find Out. In: *Beyond Acceptability: User's Perspectives on Contraception*. Reproductive Health matters for World Health Organisation, London, p.68-77.

Helström, L.; Od lind, V.; Zätterström, C.; Johansson, M.; Granath, F; Correia, N.; Ek bom, A. (2003) "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden". *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (6) : 405-410.

Helström, L.; Zätterström, C.; Od lind, V. (2006) "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents", *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19 (3) : 209 - 213.

ICEC -International Consortium for Emergency Contraception (2003), Déclaration de politique. Juillet. Améliorer l'accès à la contraception d'urgence.

IEA (2002), Inmigración extranjera en Andalucía.1991-2001 / Instituto de Estadística de Andalucía. — Sevilla

Ined (2007) L'avortement dans le monde. Fiche pédagogique. (www.ined.fr)

Johnson, Brooke R.; Horga, Mihai; Andronache, Laurentia (1996) "Women's perspectives on abortion in Romania". *Social Sciences and Medicine*, 42 (4) 521-530.

Johnson, Brooke R.; Horga, Mihai; Fajans, Peter (2004) "A Strategic Assessment of Abortion and Contraception in Romania". *Reproductive health matters*, 12 (24 supplement): 184-194.

Lahib Dabaj ,Abdessamad (2008), *Salud e inmigración: el caso de los marroquíes en el poniente almeriense*, Tesis Doctoral, Departamento de Estudios Semíticos. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Granada.

Larsson, Margareta (2004) "The adaptation of a new contraceptive method – surveys and interventions regarding emergency contraception". Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.

Larsson, Margareta;Eurenus, Karin; Westerling, Ragnar; Tydén, Tanja (2004), "Emergency contraceptive pills over-the-counter: a population-based survey of young Swedish women". *Contraception*, 69 : 309-315.

Larsson, Margareta;Eurenus, Karin; Westerling, Ragnar; Tydén, Tanja (2004), "Emergency contraceptive pills in Sweden: evaluation of an information campaign". *BJOG*, 111: 820-827.

Lete, Inãki; Doval, José Luis; Pérez-Campo, Ezequiel; Sánchez-Borrego, Rafael; Correa, Marta; de la Viuda, Esther; Gómez, Maria Angeles; González, José Vicente; Lertxundi, Roberto; Martínez, María Teresa; Mendoza, Nicolás; Robledo, Javier (2007) "Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive methods: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study". *Contraception*, Vol. 76 (2) : 77-83

Lete, Inãki; Doval, José Luis; Pérez-Campo, Ezequiel; Lertxundi, Roberto; Correa, Marta; de la Viuda, Esther; Gómez, María Ángeles; González José Vicente; Martínez María Teresa; Mendoza Nicolás; Robledo, Javier (2008), "Self described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method". *Contracepcion*, 77 (4) : 276-282.

López Fernández, Luis Andrés (Dir), Ascensión Díez Fernández, Virginia Ruiz Casares, Federico Jiménez Villegas, Carlos Cabrera Rodríguez y J. Ignacio Martínez Millán (2006) Memoria del proyecto de investigación, Inmigración y prácticas profesionales; elementos para acercar mundos, EASP y Centro de Salud de Huétor Tájar, en prensa.

Llacer-Gil de Ramales, A.; Morales Martín, C.; Castillo Rodríguez, S.; Mazarrasa Alvear, L.; Martínez Blanco, M.L. (2006) El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enfermería* [online]. 2006, vol. 15, no. 55, pp. 13-17.

Maréchaud, Cerise; Hamdani, Hassan (2005) "Avortement. Autopsie d'un drame social", revista *Telquel* n°213. <http://www.telquel-online.com>

Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro, et Ligue des États Arabes. 2005. Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Agencia de calidad del sistema nacional de salud-Observatorio de salud de la mujer.

Ministerio de sanidad y consumo, 2007. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006.

Ministry of Health (2005) Reproductive Health Survey. Romania 2005. Summary Report. May.

Moreau, Caroline; Bouyer, Jean; Goulard, Hélène; Bajos, Nathalie (2005) The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*, 71: 202-207.

Moreau, Caroline; Trussell, James; Bajos, Nathalie (2006) The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France, in the context of direct pharmacy access. *Contraception*, 74 : 476-482.

Moulinié, Véronique (1998) *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*. Paris, éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Observatorio de Salud de la Mujer-OSM (2005) *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en los jóvenes*. Informe de investigación.

O'Grady, Katy, 1999, in Serenity Young et al, *Encyclopedia of Women and World Religion*, MacMillan.

Population Reference Bureau, 2008, Fiche de données sur la planification familiale dans le monde, 2008. (www.prb.org)

Potter, Linda S. (2001) Menstrual regulation and the pill. In: E. Van de Walle, E. P. Renne (eds) *Regulating menstruation. Beliefs, Practices, Interpretations*. University of Chicago Press, p. 141-148.

Ramírez Polo, Isabel (2005), Comunidad Autónoma Andaluza. En: *Libro blanco sobre la situación de la anticoncepción en España*. Sociedad Española de Anticoncepción en colaboración con la Federación de Planificación Familiar de España. Aula Medica Ediciones, Madrid, pp. 89-95.

Río, I.; Castelló, A.; Bosch, S.; Izarra, C.; Mazarrasa, L., Llacer A., Bolumar, F. (2008) Anticoncepción: asesoramiento y barreras para su uso en inmigrantes y españolas demandantes de IVE. Congreso de la Sociedad Andaluza de Anticoncepción, 1ª Reunión Iberoamericana de Anticoncepción, Sevilla, 12-14 de marzo.

Roudi-Fahimi, Farzaneh (2005) *L'islam et la planification familiale*. Population Reference Bureau. Décembre.

Russel, Andrew; Thompson, Mary S. (2000) Introduction : Contraception Across Cultures. In: Russel A., Sobo E.J., Thompson M.S. (eds) *Contraception Across Cultures*. New York, NYU Press, p.3-25.

Saézn, Rogelio (2005) "El cambio demográfico entre los católicos". Population Reference Bureau. En www.prb.org/SpanishContent/Articles/2005/ElCambioDemográficoEntrelosCatolicos

Sargent, Carolyn "Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics". Human Organization. FindArticles.com. 04 Feb, 2009. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3800/is_200507/ai_n14685865

Samper Sierra, Sarai (2003) "Procesos de transformación de las creencias religiosas entre las mujeres inmigrantes marroquíes en España". *Migraciones*, 13: 107-135.

Scîntee, Gabriela; Galan, Adriana; Marcu, Aurelia (2005) *Family planning*. In : *Reproductive Health Survey*. Romania 2005. Summary Report. May. Chapter 5

SEC, (2004) "Aproximación al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres inmigrantes trabajadores del sexo en Asturias". Sociedad Española de Anticoncepción, 7º congreso, Bilbao, 19-22 Octubre.

SEC-FPFE-Schering (2005) *Libro blanco de la anticoncepcion en España*. Madrid, Aula Medica ediciones.

Snow, Rachel; García, Sandra; Kureshy, Nazo; Ritu, Sadan; Sagari, Singh; Becerra-Valdinia, Mercedes; Lancaster, Star; Mokofeng, Mamorena; Hoffman, Margaret; Aitken, Iain (1997) "Attributes of Contraceptive Technology: Womens's Preferences in Seven Countries". In: *Beyond Acceptability: User's Perspectives on Contraception*. Reproductive Health matters for World Health Organisation, London, p.36-48.

Trussell, James (2004) "Contraceptive failure in the United States". *Contraception*, 70 : 89-96.

Trussel, James; Wynn, L.L. (2008) "Reducing unintended pregnancy in the United States". *Contraception*, 77 : 1-5.

Turki, Rim; Ferrand, Michèle; Bajos, Nathalie (2003) "Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine : un rapport spécifique à la contraception?" In : N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe Giné. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Inserm. Questions de santé publique. Paris.

United Nations (2008) World Contraceptive Use 2007, Department of Economic and Social Affairs. Population Division. (http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive_2007_table.pdf)

Vilain, Annick (2005) "Les interruptions volontaires de grossesse en 2003". DREES, *Etudes et Résultats* n°431, octobre.

Viveros Vigolla, Mara; Olavarria, José; Fuller, Norma (2001) *Hombres e identidades de género*. Investigaciones desde América latina. CES. Universidad Nacional de Colombia.

Viveros Vigolla, Mara (2002) *De quebradores y cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. CES. Universidad Nacional de Colombia.

Vizueté Rebollo, Elisa (2006) ¿Es posible reducir la IVEs en adolescentes? Presentación al 8º Congreso de la Sociedad Española de Anticoncepción, Barcelona, 21-23 de junio.

Vizueté Rebollo, Elisa (2007) Anticoncepción de urgencia. Tendencias actuales. 4º Congreso de la Sociedad Andaluza de Anticoncepción, Granada, 2 y 3 de marzo 2007.

Vizueté Rebollo, Elisa; Escalera de Andrés, Carmen (2008) "Interrupción voluntaria de embarazo en Andalucía". 9º congreso de la Sociedad Española de Contracepción, 1ª Reunión Ibero-americana de contracepción. Sevilla 12-14 de marzo.

Walsh, Joan (1997) Contraceptive choices : Supporting Effective Use of Methods. In : Beyond Acceptability: User's Perspectives on Contraception. Reproductive Health matters for World Health Organisation, London, p. 89-96.

Walsh, Terry; Freziers, Ron G. (2006) Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception*, 74 : 110-117.

WHO (2004) Abortion and contraception in Romania. A Strategic Assessment of Policy, Programme and Research Issues. East Europe Institute for Reproductive Health, WHO. Genève.

Zguiouor, Abdelaziz (2005) Préférences en matière de fécondité In: Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro, chapitre 7.

Ziebland, Sue (1999) "Emergency contraception : an anomalous position in the family planning repertoire?" *Social Science and Medicine*, 49 :1409-1417.

Ziraoui, Youssef (2008) "Demain, la pilule". *Revista Telquel* n° 323. <http://www.telquel-online.com>

11. SITIOS WEB DE REFERENCIA Y CONSULTADOS

ICEC -International consortium for emergency contraception <http://www.cecinfo.org>

CLAE: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de urgencia (CLAE) <http://www.clae.info>

Not2late.com the Emergency contraception website <http://ec.princeton.edu/frindex.html>. Sitio accesible en español, inglés, árabe y francés.

Center for Reproductive Rights: <http://www.reproductiverights.org/about.html>

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health : The Info Project www.infoforhealth.org

Ministère de la Santé du Maroc : www.sante.gov.ma

Société Marocaine de Fertilité et de Contraception (S M F C) : <http://www.smfc-fercofiv.m>

Association Marocaine de Planification Familial : <http://www.ampf.org.ma>

Population Reference Bureau : <http://www.prb.org>

Pharmacy Access Partnership <http://www.pharmacyaccess.org>

Pacific Institute for Women's Health : www.piwh.org

PNUD, Informe de desarrollo Humano, http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_sp_complete.pdf

Hunter Health Multicultural Strategic Plan 2001-2005. <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/health-public-affairs/>

Sitio de información californiano <http://www.go2ec.org/>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES <http://www.inpes.sante.fr/>

AFC - Association Française pour la Contraception: www.contraceptions.org

<http://mighealth.net/index.php/main.page>

Red Inmigración, Salud, Investigación y Reflexión, www.redisir.net

Sexuaktuell : <http://www.sexaktuell.com>

Migration et Intimité : http://www.profa.ch/Prestations/Prest_MI.htm



JUNTA DE ANDALUCÍA