

PROYECTO REPRODUCTIVO Y DERECHOS SEXUALES DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Sandra Obiol - Carles Simó - Víctor Soler
Dept. Sociología y Antropología Social
Universidad de Valencia

[Por favor, no citar sin autorización]

Esta investigación forma parte del proyecto “Fecundidad, Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres inmigrantes en la Comunidad Valenciana”, ayudas para la realización de Proyectos I+D+i para equipos de investigación emergentes GV/2007/170. Como tal, pretende debatir sobre la importancia del proyecto reproductivo en el estudio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes. Se compone de tres partes. En la primera de ellas se abordan los conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como el proyecto reproductivo y su importancia en el seno del proyecto migratorio y vital en general. En la segunda, abordamos la descripción de la salud reproductiva a través de varios indicadores de estructura de edad fértil, de fecundidad y de interrupción voluntaria del embarazo. Por último, en la tercera, se analiza, a través de los discursos de las mujeres inmigrantes, el proyecto reproductivo y su relación con el proyecto migratorio. Con todo ello pretendemos dar cuenta del punto de vista de este colectivo y separarnos de las visiones más etnocéntricas para así interpretar, entre otras cosas, hasta qué punto son satisfechos los proyectos reproductivos. A este respecto, existen muchos estudios (ROIG & CASTRO (2007); TOULEMON (2004); NG & NAULT (1997); NAHMIAS (2004); BLAU (1991);...) que siguen una perspectiva que se centra en cómo la llegada de nuevos inmigrantes puede suponer un paliativo para los niveles bajos de fecundidad del país receptor.

Por el contrario, y a efectos de esta ponencia, el eje que vertebra nuestro análisis es, por un lado, el proyecto reproductivo de las mujeres inmigrantes (interesa especialmente el punto de vista de estas mujeres) y por otro cómo influye sobre dicho proyecto el proyecto migratorio y laboral. Se presume que la tipología de proyectos se influyen mutuamente de forma ineludible, pero la necesaria delimitación de nuestro objeto pasa por elegir un foco u otro. Aunque tomamos también una perspectiva macro, ponemos énfasis, pues, en un nivel micro, dentro del cual están no sólo las pautas reproductivas (y abortivas) sino también las expectativas de fecundidad. Damos cuenta,

por tanto, de una línea de investigación todavía en curso a través de la cual se ha intentado analizar fundamentalmente y en primer lugar qué concepción tienen las mujeres inmigrantes de la Comunidad Valenciana acerca de su Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y de sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), en qué medida han cumplido o creen que van a cumplir su proyecto reproductivo y hasta qué punto ha influido en ello su proyecto laboral o migratorio. Al mismo tiempo, este estudio ha tratado de recoger, por un lado, qué necesidades presentan en materia de SSyR y qué consideración les merece el sistema sanitario valenciano y sus servicios (y si saben de su existencia), y por otro lado, observar las necesidades que presenta el sistema sanitario valenciano y las carencias que en general existen en lo referente a la atención sanitaria que reciben estas mujeres.

DEFINICIONES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la **sexualidad** constituye un elemento central en nuestras vidas que se expresa y se experimenta no sólo a través de las relaciones (hetero u homo)sexuales o de la orientación sexual, sino también de la reproducción, el placer y el erotismo, así como mediante las identidades, los roles de género, y en general, relaciones, prácticas, valores, creencias, pensamientos y actitudes, dimensiones que a juicio de la OMS (citada en RONEBORG, 2008:5) no siempre están debidamente reconocidas. Los factores que influyen en ella son, pues, de tipo biológico, psicológico y social (hay una construcción social detrás de la sexualidad), y por ende, también de tipo económico, político, cultural, étnico, legal, histórico, religioso o espiritual.

Sin la noción de sexualidad no podemos entender los conceptos de salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Asuntos Exteriores de Suecia revisa en *Sweden's International Policy on Sexual and Reproductive Health and Rights* las definiciones puestas sobre la mesa en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo el año 1994. En ésta se incluyó la salud sexual como parte de la salud reproductiva. De ahí la revisión.

“Sexual and reproductive health is defined in the 1994 Cairo ICPD Programme of Action (PoA). In this definition, sexual health is included in the concept of reproductive health. However, in order to

make it clear that sexual and reproductive health also comprises sexuality, the purpose of which is not only childbirth, Sweden uses the concepts “sexual” and “reproductive” as distinct from one another” (MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN, 2006:7)

Sexualidad y reproducción emplazan en planos diferentes a los de la salud sexual y reproductiva. Ahora bien, que la salud sexual quede emplazada dentro de la salud reproductiva responde a una concepción que reconoce que toda problemática relacionada con la salud sexual es considerada a su vez una problemática de salud relacionada con el aparato reproductor. Sin embargo, la distancia entre sexualidad y reproducción ha aumentado hasta el extremo de considerar la sexualidad y los derechos sexuales aislados de su relación con la reproducción.

El reconocimiento de la **salud sexual** supone poner énfasis en el logro de una vida sexual satisfactoria y segura (en este estudio nos interesa la de la mujer inmigrante), en pos de una libertad de decisión sobre su propio cuerpo, con igualdad de derechos, oportunidades y condiciones para todos y a través también de una mejora de las relaciones vitales y personales (MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN, 2006:7). Efectivamente, los derechos que se derivan de ella apuntan a eso mismo, tanto a la libertad de decisión (con plena responsabilidad), esto es, sin coerción alguna ni discriminación, acerca de cuántos hijos se quiere tener, en qué momento y el espacio entre los nacimientos (UNFPA, 2000:15), como al derecho a disponer de acceso a la información pertinente para poder llevar a cabo el propio proyecto reproductivo (MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN, 2006:9), lo cual resulta fundamental no sólo para poder gozar de una vida sexual más satisfactoria o limitar el número de hijos, sino también para que éstos puedan recibir más y mejor atención y cuidado por parte de sus padres y para salvaguardar tanto la salud financiera de la familia como (por supuesto) la salud de la madre y del niño (UNFPA, 2000:15). Con todo, sin embargo, los derechos sexuales no están recogidos dentro de los derechos humanos.

Por lo que respecta a la **salud reproductiva**, según el párrafo 7.2 del Programa de Acción antes mencionado, su reconocimiento implica también una serie de derechos orientados a hacerla efectiva (UNFPA, 2004:37): Libertad de decisión sobre todo lo relativo a la procreación (si se quiere o no, en qué momento, con qué frecuencia, y en

buenas condiciones); derecho a tener acceso a métodos anticonceptivos y de regulación de la fecundidad (hablamos de métodos legales, seguros, asequibles y eficaces); derecho a tener acceso a información y a los servicios que permitan una planificación familiar (que ofrezcan apoyo); y derecho a acceder a los servicios de atención de la salud (que permita superar el embarazo y el parto sin riesgos e incrementar las posibilidades de concebir hijos sanos).

Pese a centrarnos en las mujeres, la salud reproductiva se refiere también a hombres, y además va más allá de las edades de procreación (de 15 a 45 años), por lo que va desde la infancia hasta la ancianidad (UNFPA, 2000:3). Gozar de salud reproductiva supone gozar de una vida sexual sin riesgos y plenamente satisfactoria, esto es, con “bienestar físico, mental y social” (UNFPA, 2004:37), de ahí que atienda a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETSs), infecciones (crónicas, del aparato reproductor) y cáncer, a la planificación familiar y nutrición, a la atención durante el proceso de embarazo, y a las condiciones sociales en que se dan los elementos anteriores (UNFPA, 2002:6).

PROYECTO INMIGRATORIO Y PROYECTO REPRODUCTIVO

Las condiciones de vida que ofrece una sociedad se traducen en una suerte de oportunidades de vida que pueden ser vividas como favorables o desfavorables por las personas que la componen. De esta manera, tanto en el país de origen como en el receptor se encuentran con un determinado contexto (político, económico, sociológico, cultural/creencial, familiar o personal) y con un acceso (o falta de acceso, en buenas o malas condiciones) a un sistema sanitario, escolar y laboral, que configura y al mismo tiempo se confronta con su propio proyecto vital (de ahí la importancia de la naturalización o no de las condiciones de vida). La relación es mutua. Contexto/acceso y proyecto vital no son elementos separados, sino íntimamente relacionados entre sí. En el proyecto vital está el impulso para exigir un cambio en esas condiciones de vida, pero al mismo tiempo, depende de ellas. Contexto y acceso tienen que ver con un empoderamiento más o menos limitado y con la conformación de una subjetividad, unos horizontes de sentido determinados o la ampliación de los mismos (el empoderamiento ayuda a desnaturalizar lo naturalizado). En el fondo de la cuestión hay una

retroalimentación. Contexto/Acceso limitan y al mismo tiempo capacitan para moverse dentro de esos límites e incluso trascenderlos.

Ante unas condiciones de vida desfavorables, entendemos que pueden plantearse soluciones macro (políticas sobre inmigración y sobre mejora de servicios públicos, cooperación internacional, Ayuda Oficial al Desarrollo,...) y soluciones micro, las que pasan por **(re)pensar el proyecto vital, que incluye el proyecto migratorio (que a su vez tiene la particularidad de modificar necesariamente el resto de proyectos)**, el proyecto laboral, el reproductivo, el educativo, el de pareja o el residencial, entre otros.

Todo proyecto es un proceso en continua revisión. De hecho, recoge expectativas que cobran forma según las limitaciones y capacidades que les ofrece el contexto en que viven. Como ya apuntábamos, el proyecto vital incluye otros muchos que se influyen mutuamente, pero de entre ellos hay uno que lo hace especialmente: el proyecto migratorio, pensable o planteable sólo bajo ciertas condiciones. En primer lugar, si las condiciones de vida son objetivamente desfavorables y no están naturalizadas, y en segundo lugar, si se dispone de recursos (no sólo económicos) para llevarlo a cabo.

Asimismo, se optará por volver al país de origen o quedarse en el receptor (y llevar a cabo la reagrupación familiar, por ejemplo) si resultan o no favorables las condiciones de vida en el nuevo contexto y si se dispone de medios para llevarlo a cabo (no sólo económicos). En este sentido es importante distinguir entre mujeres que tienen hijos pero que emigran solas de su país de origen y les envían remesas de dinero, o acuden al país receptor a reunirse con ellos y/o su pareja, mujeres que vienen con sus hijos y/o pareja, o que rompen con su pareja anterior en caso de haberla, o que no tienen hijos y emigran solas o con su pareja, o se reúnen con ella en el país receptor.

Parece ser que el porcentaje de mujeres que engrosan el flujo de trabajadores inmigrantes que entra en el país receptor ha ido aumentando en los últimos años, reduciéndose el de las mujeres que juegan un papel dependiente, bien por que emigran en tanto que familiares a cargo de otros que ya migraron con anterioridad al país receptor, bien porque tenían como objetivo casarse con alguien en este mismo país. Esto las convierte en principal fuente de ingresos de sus familias (NACIONES UNIDAS, 2004. VÉASE TAMBIÉN SCHIF ET AL., 2007 Y GRIECO AND BOYD, 1998). Si emigra él ella queda atrás en el país de origen, se convierte en cabeza de familia, pero

con una doble carga, la de trabajar dentro y fuera del hogar. Por el contrario, si es ella la que emprende un proyecto migratorio, muchos autores, como PARELLA (2003), apuntan que en los países de destino puede verse envuelta en, como mínimo, una doble discriminación como mujeres y como inmigrantes (pese a que el PM puede considerarse agente de desarrollo tanto para país de origen como de destino), discriminación que se materializa, por ejemplo, en los empleos que ocupan o que suelen ocupar las mujeres extranjeras aquí en el país receptor, con independencia de su formación en el país de origen, empleos manuales no cualificados o ilegales, en concreto en el ámbito doméstico y en general en el sector no regulado. Esto puede traducirse en más vulnerabilidad, más proclividad a las malas condiciones laborales, a la explotación sexual, mala salud reproductiva... La discriminación puede traducirse incluso en falta de acceso a servicios bancarios, lo cual relega a la mujer a un papel muy limitado en lo que se refiere a decisiones financieras.

Para la realización de este estudio se ha partido de la hipótesis de que el proyecto reproductivo está absolutamente ligado al proyecto migratorio y no a la inversa. El proyecto migratorio hace cambiar las expectativas que se tienen en torno al proyecto reproductivo (disminuyen las expectativas de tener hijos y éstos se tienen más tarde). Si el Proyecto Migratorio y el Proyecto Reproductivo casan entre sí, esto es, si está contemplado por parte de la migrante el hecho de tener hijos para establecerse en el país receptor, estaremos frente a un horizonte distinto al que tendríamos si el proyecto migratorio no incluyese un proyecto reproductivo en el país receptor y por el contrario sí está movido por un proyecto laboral (sin embargo, afectará de todos modos, directa o indirectamente al proyecto reproductivo).

En cualquier caso, a nuestro modo de ver, la migración moldea necesariamente la desigualdad y puede producir tanto situaciones de vulnerabilidad en materia de género como de empoderamiento. El proyecto migratorio (y como reacción en cadena, también en el resto) podría iniciarse o alterarse debido a una situación de conflicto, persecución, degradación medioambiental o desastres ambientales, factores todos ellos que afectan a su hábitat, a sus vidas, en fin (NACIONES UNIDAS, 2004).

En cualquier caso depende de factores tanto endógenos como exógenos; no todo depende de uno mismo, y además es importante saber si se ha tenido o no acceso a

procesos de empoderamiento, aunque hemos de tener en cuenta que llevar a cabo un proyecto migratorio es en sí mismo una semilla de empoderamiento, porque supone un cambio radical de condiciones de vida en todos sus aspectos en mayor o menor grado. Es importante apuntar que como consecuencia de llevar a cabo su proyecto migratorio puede hacer frente

Los diferentes proyectos van modificándose según vayan cambiando las condiciones objetivas de vida, así como las condiciones subjetivas de vida, esto es, la percepción (naturalizada o no) que se tiene sobre éstas, con la reconfiguración de las estructuras de sentido y en general del bagaje cultural que lleven consigo las mujeres inmigrantes.

Como ya apuntábamos, al igual que los derechos reproductivos, los derechos sexuales buscan proteger el control y la libertad de decisión (libre y responsable, sin coerción o discriminación alguna) en todo lo referente a la propia sexualidad y a nuestra salud sexual y reproductiva (MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN, 2006:8). Pero, ¿qué hay cuando no existe una educación sexual adecuada que gire por ejemplo en torno al uso de métodos anticonceptivos? ¿Hasta qué punto se hace efectiva para la población de mujeres inmigrantes? Tengamos en cuenta que muchas de ellas provienen de sociedades en las que existen **normas fuertemente arraigadas** que ponen muy difícil que la mujer pueda disfrutar de su vida sexual en determinadas circunstancias, por ejemplo, si no está casada, o mantener relaciones extramatrimoniales, o incluso hablar de sexo. Y, en este sentido, en torno a los orígenes culturales de las mujeres inmigrantes en la Comunitat Valenciana las situaciones son muy dispares. La estructura normativa puede constreñir (y de hecho constriñe en mayor o menor grado según sociedades) la sexualidad, las expectativas de sexualidad, las actitudes (masculinas y femeninas) frente a ella que se desarrollan desde la infancia y la adolescencia y que apuntan a unas determinadas relaciones de género y sexuales (UNFPA, 2000:3 y 11) y empujan en este caso a la mujer a un determinado lugar dentro de la escala social jerárquica (teniendo en cuenta únicamente la variable género), lo cual fija en el bagaje cultural hasta qué punto es socialmente aceptable, por ejemplo, que sean las mujeres las que emprendan un proyecto migratorio viajando por su cuenta (en África, por ejemplo, están muy presentes las ideas sobre castidad y reputación que

puedan existir en su comunidad o colectivo de referencia¹ (RUNEBORG, 2008:14 y 15)); cuáles son las expectativas sociales, políticas o económicas de la mujer en su país de origen; de qué grado de autonomía dispone, qué capacidad decisoria, qué roles adjudicados (y limitantes) y qué tipo de acceso a los recursos de cualquier índole².

Así pues, cabe pensar que las teorías de la elección racional nos sirven únicamente desde una perspectiva crítica cuando hablamos de la idea de proyecto y de cómo se produce la toma de decisiones también en lo referente al proyecto reproductivo de las mujeres inmigrantes. Asimismo, si tratamos de explicar desde una perspectiva exclusivamente económica (como es la de JENSEN & AHLBURG, 2004) el proyecto reproductivo, esto es, fijarnos únicamente en el hecho de que el tener mayor o menor demanda de hijos depende de los ingresos que perciba el núcleo conyugal y de cuestiones básicas como el salario de la mujer y los costes relativos al cuidado de los hijos y a la regulación de la fecundidad (el esquema consistiría en sopesar costes de oportunidad) deja fuera una multiplicidad de cuestiones tales como si se dispone o no de un buen empoderamiento que permita llevar a cabo de manera libre y sin coerción los diferentes proyectos, qué información (cultura sexual) y qué acceso se tiene de los anticonceptivos, qué nivel educativo se tiene, en qué medida favorece el contexto socioeconómico del país en cuestión al proyecto reproductivo, si se está en situación legal o no, qué roles asumen la mujer y el hombre en tanto que tales, qué reparto de tareas domésticas existe en el núcleo familiar, en qué etapa vital se está, en qué etapa se está dentro del proyecto migratorio, etc. Pero lo verdaderamente sustantivo de estas cuestiones es cómo influyen en el proyecto reproductivo y por qué se emigra en edad reproductiva, cómo, por ejemplo, el comportamiento relativo a la fecundidad es influido por factores sociales, culturales y económicos (HILL & JOHNSON, 2004:812 y ss.).

Como decíamos, el proyecto migratorio lleva como telón de fondo todo un **proceso de empoderamiento**, de aligeramiento del bagaje cultural del inmigrante a nivel general, pero también por lo que respecta a su proyecto reproductivo inicial, en el sentido de que sus expectativas de fecundidad cambian (según contexto en que se

¹ Otro ejemplo. La soltería, la viudez o el divorcio pueden ir asociados a un estigma social por el cual las mujeres pueden sentirse obligadas a emigrar.

² Extraído de http://www.un.org/esa/population/meetings/thirdcoord2004/P01_DAW.pdf (p. 27)

encuentre en la sociedad receptora). Dependiendo del grado de desarrollo de los servicios de salud sexual y reproductiva, de las normativas sociales en torno a la reproducción (edad al primer hijo, porcentaje de madres solas, división sexual del trabajo doméstico,...) y de la distancia de éstos respecto a la sociedad receptora, el bagaje cultural actuará como freno/filtro para la inserción sociosanitaria, y en definitiva, para el pleno gozo de una buena salud sexual y reproductiva.

De hecho, para asegurar la salud reproductiva es necesario no solamente tener acceso y utilizar productos básicos como anticonceptivos (que eviten embarazos no deseados, permitan espaciar los nacimientos y prevengan las ETSs), o productos para la planificación familiar y la atención de la salud materna y neonatal (UNFPA, 2002:6 y 7), sino que también resulta necesario tener acceso a un sistema sanitario y educativo/formativo en condiciones (UNFPA, 2000:3) se reconocen **dos elementos fundamentales para garantizar la salud reproductiva**. A estos dos elementos deberíamos añadir el **acceso a un sistema laboral en condiciones**, aunque a otro nivel, teniendo en cuenta que cualquier método que permita la planificación familiar (incluidos los anticonceptivos) facilita a la mujer su entrada al mercado laboral, o bien a un sistema escolar/formativo que la capaciten para optar por una mejora de empleo, lo cual, a su vez, pasa por todo un proceso de retroalimentación (UNFPA, 2002:19) y empoderamiento.

En última instancia, y a efectos de la realización del proyecto vital, el empoderamiento aumenta las probabilidades de que las decisiones individuales no escondan una decisión de pareja que esconda a su vez una decisión del cabeza de familia. Contribuye a garantizar a la mujer, pues, la capacidad para participar plenamente en la sociedad. Tener salud y seguridad es tener más posibilidades de acceso a una educación y de participación activa en la vida social, lo cual se traduce de manera inevitable en desarrollo social y crecimiento económico (MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN, 2006:9).

Se tiene mejor salud para tener hijos en la sociedad receptora, pero esta situación compite con una estructura normativa, unas dificultades de contexto familiar y laboral. Las condiciones y expectativas de crianza y cuidado de los niños quedan modificados por la estructura normativa con la que se encuentran en la sociedad receptora (estructura

normativa de la escuela y del mundo laboral), donde la movilidad ocupa un lugar clave para un mayor bienestar y puede empujar a tener menos hijos, más tarde y al mismo tiempo una mayor inversión en ellos.

La inversión en los hijos, en el proyecto reproductivo, está matizada por el contexto normativo de la escolarización, que al fin y al cabo les da la posibilidad de la movilidad social (forma parte de las estrategias de movilidad social). Las estructuras de sentido de las mujeres cambian cuando pasan por el sistema escolar/formativo. El aumento del periodo educativo aumenta la probabilidad de posponer el proyecto reproductivo. En UNFPA (2000:8) se afirma, al igual que RUNEBORG (2008:13), que el acceso –y permanencia prolongada– en buenas condiciones a un sistema escolar/formativo aumenta las probabilidades de que las mujeres hagan un buen uso de los métodos anticonceptivos y de planificación familiar, de que accedan a puestos de trabajo mejor remunerados, retrasen la edad del matrimonio, tengan una mayor capacidad decisoria sobre sus propias vidas (y las adopten mejor) en general y sobre sus vidas sexuales en particular, reduzcan el número de hijos (que tengan sólo los que puedan atender y además los tengan más tarde) y éstos crezcan más saludables³, lo cual al mismo tiempo favorece el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (UNFPA, 2003:12).

Las estructuras de sentido de las mujeres cambian también cuando acceden al mercado de trabajo, contribuye a reconfigurar las relaciones de género dentro de su propia familia, porque se vuelven más dueñas de sus vidas, se ven mejor capacitadas para tomar decisiones, sobre todo si son ellas las que controlan la gestión del dinero que obtienen por su trabajo, dinero que pueden destinar en parte para el envío de remesas a sus países de origen que mejoren el bienestar de sus familias (si las mujeres tuviesen el control sobre sus remesas dedicarían un mayor porcentaje que los hombres a su familia (a sus hijos)⁴), con todo lo que ello pueda implicar (mejor calidad de vida, mayor acceso al sistema sanitario y/o escolar,...), lo cual supone un mayor desarrollo (no sólo

³ “En los países en desarrollo, una de las correlaciones estadísticas más inalterables es la existente entre la educación de las madres y la mortalidad de menores de un año: los hijos de mujeres con más años de educación tienen muchas mayores probabilidades de sobrevivir después del primer año de vida” (UNFPA, 2000:8)

⁴ <http://www.socintwomen.org.uk/RESOLUTIONS-SPANISH/regionales/Yerevan%202007.html>

económico) en los países de origen; o que permitan una reagrupación familiar en el país receptor.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se han utilizado fuentes secundarias y primarias de información. Entre las primeras tenemos los microdatos relativos al Movimiento Natural de la Población (nacimientos), la renovación anual del Padrón a primero de Enero del INE y las estadísticas de interrupciones voluntarias de embarazos de la Dirección General de Salud Pública (Generalitat Valenciana). Por otro lado, entre las fuentes primarias de captación de información se ha llevado a cabo un grupo de discusión y un total de 23 entrevistas en profundidad guiadas a grandes rasgos por el siguiente guión:

- Perspectivas de fecundidad (número de hijos deseado y número de hijos posible) (¿Se plantearía de manera distinta en el país de origen con respecto al país receptor?)
- Seguimiento del embarazo (cursos pre-parto, seguimiento ginecológico,...)
- Cuestiones relativas al parto
- Uso de anticonceptivos y de métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual (decisión individual o de pareja)
- Abortos
- Trabajo doméstico (reparto de tareas familiares)
- Red social
- Salud (revisiones periódicas, tratamiento recibido por parte del sistema sanitario en general)
- Proyecto laboral (antes y después del proyecto migratorio, tipo de contrato,...)
- Proyecto migratorio (causas, proceso, expectativas,...)
- Vivienda
- Relaciones sexuales

HIPÓTESIS

Poco, por no decir nada, sabemos de los determinantes del proyecto reproductivo de las mujeres inmigrantes. Tal como analizaremos más adelante el estudio de la

fecundidad de las mujeres inmigrantes no se relaciona con el hecho migratorio sino que se enfatiza en la mayor capacidad fecunda de estas mujeres en comparación con los niveles de fecundidad de los países receptores. Sabemos que las tasas de fecundidad tienen un difícil cálculo puesto que no contamos con la duración del tiempo de estancia en nuestro país, y ello repercute en unas variaciones espectaculares como resultado de la coyuntura inmigratoria porque en muchas ocasiones el proyecto migratorio de las mujeres es consecuencia del proyecto reproductivo (mujeres que emigran de sus países para reencontrarse con sus parejas) y porque, con el asentamiento, aquellas mujeres que se encuentran al inicio del período fértil necesariamente intentarán satisfacer los deseos de maternidad que quedaron aplazados por el proyecto migratorio y por las dificultades en las primeras etapas de inserción social (laborales, vivienda,...).

En este sentido, las hipótesis que nos planteamos tienen que ver con las modificaciones del proyecto reproductivo ocasionadas por el hecho migratorio. Así, nuestra primera hipótesis es que el proyecto reproductivo está absolutamente ligado al proyecto migratorio; es decir, el proyecto migratorio cambia las expectativas de fecundidad. En consecuencia esperamos que el proyecto migratorio reduzca a la baja las expectativas de tener hijos, no sólo porque se tendrán más tarde que si no hubiera habido migración, sino además porque el contexto receptor tampoco favorece lo contrario.

Si las mujeres pueden disfrutar en teoría de unos mejores servicios de salud comparados con los de muchos de los países de origen de las mujeres inmigrantes. Estas mejoras compiten con las dificultades que se derivan del contexto laboral y familiar. Por lo que en definitiva, no deben traducirse en unas mayores tasas de fecundidad que las que existen en el contexto cultural de origen.

Por otro lado, las expectativas de crianza y cuidado de los niños que pueden existir antes del hecho migratorio quedan modificadas por la estructura normativa de la sociedad relectora, donde las perspectivas de movilidad social proyectadas sobre la misma mujer y sobre su futuro hijo ocupan un lugar clave. Finalmente, una mayor individualización e independencia, y en definitiva, un mayor empoderamiento, suponen un mayor acceso a servicios de salud sexual, una mayor capacidad de negociación en el seno de la pareja y en todo lo relativo a la reproducción por un lado, y una mayor

posibilidad de elección junto con unas mejores condiciones para llevar a cabo el proyecto reproductivo.

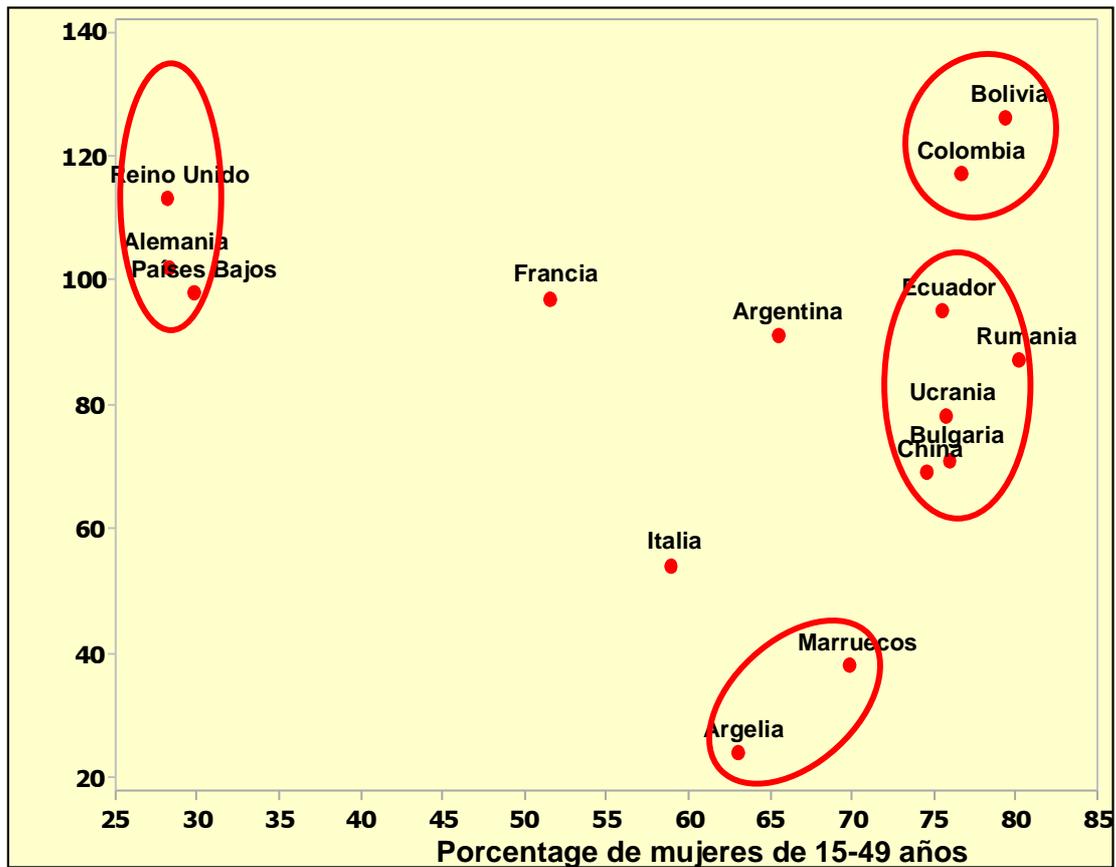
FECUNDIDAD Y PATRONES DE SALUD REPRODUCTIVA ENTRE LAS MUJERES INMIGRANTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

En este apartado se procede al análisis de indicadores de la salud sexual y reproductiva de mujeres inmigrantes en la Comunitat Valenciana. En la discusión se realizarán comparaciones sistemáticas entre los diferentes colectivos de la población inmigrante femenina y entre ésta y la población no inmigrante. Al no disponer de información sobre la duración de la estancia en nuestro país o sobre el momento de llegada, utilizamos el concepto de población extranjera como mejor aproximación a la estimación de la población inmigrante, puesto que el uso de la clasificación de la población según país de nacimiento no nos habría aportado mayores beneficios.

Entre las diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva hemos seleccionado aquellos que dan cuenta de las estructuras de edad en el período fértil, la intensidad y el calendario de la fecundidad y del aborto inducido. Más concretamente, este apartado presenta los cálculos de la razón de feminidad en las edades fértiles, el porcentaje de mujeres en edad fértil, las tasas de fecundidad específicas por edad, el índice sintético de fecundidad, la edad media a la maternidad, la tasa de aborto inducido, el índice sintético de abortos inducidos y la edad media a la que tiene lugar el aborto inducido. Finalmente, se ha incluido el peso del recién nacido con la finalidad de informar sobre un aspecto que tiende a relacionarse con las condiciones socio-económicas del entorno reproductivo.

El siguiente gráfico agrupa los principales colectivos de origen de las mujeres inmigrantes en la Comunitat Valenciana que se ordenan en torno al porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad sobre el total de mujeres (abscisa) y a la razón de feminidad (número de mujeres por cada 100 hombres) a esas mismas edades (ordenada). En él se evidencian al menos cuatro grupos de colectivos en lo concerniente a la estructura de edad. El primer grupo se caracteriza por el bajo peso de mujeres en edad reproductiva y una moderada feminidad y en él se emplazan Reino Unido, Alemania y Países Bajos. Se trata de grupos de inmigrantes con estructuras envejecidas hasta el punto de que el porcentaje de mujeres en edad fértil se sitúa por

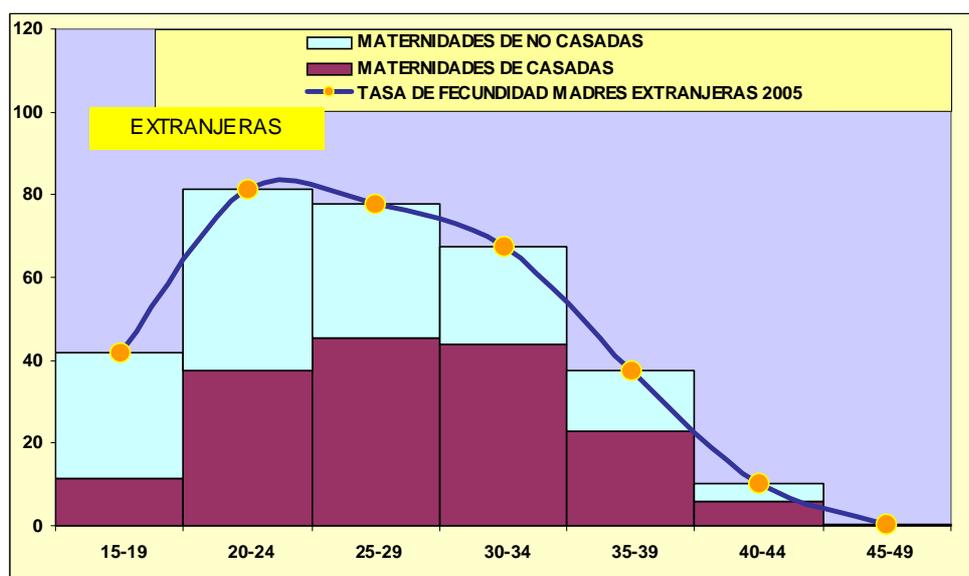
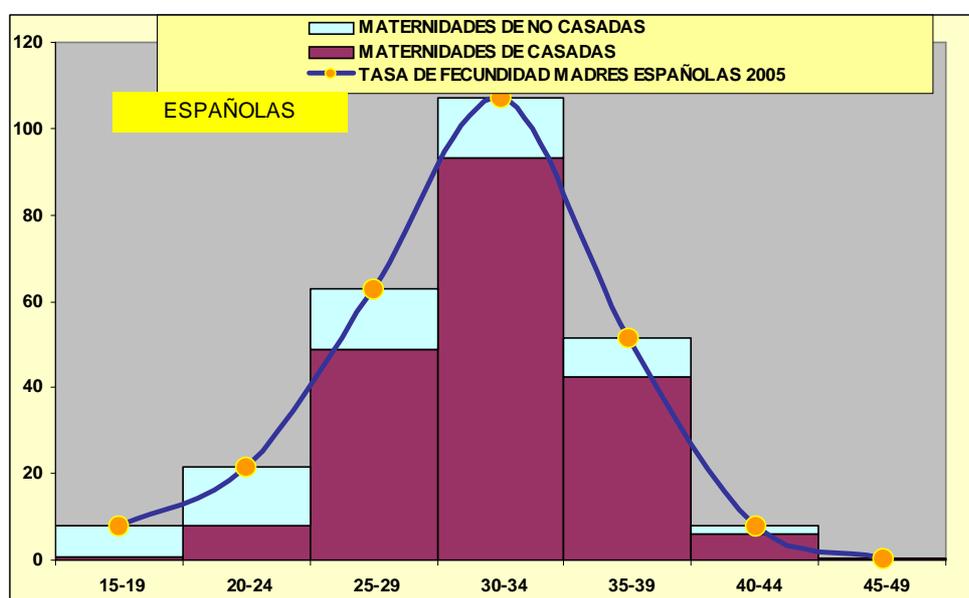
debajo del 30%. Un segundo grupo, conformado por las poblaciones inmigrantes de Marruecos y Argelia, presenta porcentajes elevados (entre el 63 y el 70%) de mujeres en edad reproductiva y razones de feminidad muy bajas. Se trata pues de colectivos de mujeres que por su estructura se encuentran en el período de conformación del proyecto reproductivo. En un tercer grupo se situarían los colectivos de rumanas, ecuatorianas, ucranianas, búlgaras y chinas, con muy elevados porcentajes de mujeres en edad reproductiva y una razón de feminidad baja. En último lugar se visualiza un grupo caracterizado por tener también unos altos porcentajes de mujeres en edad reproductiva y una alta razón de feminidad.

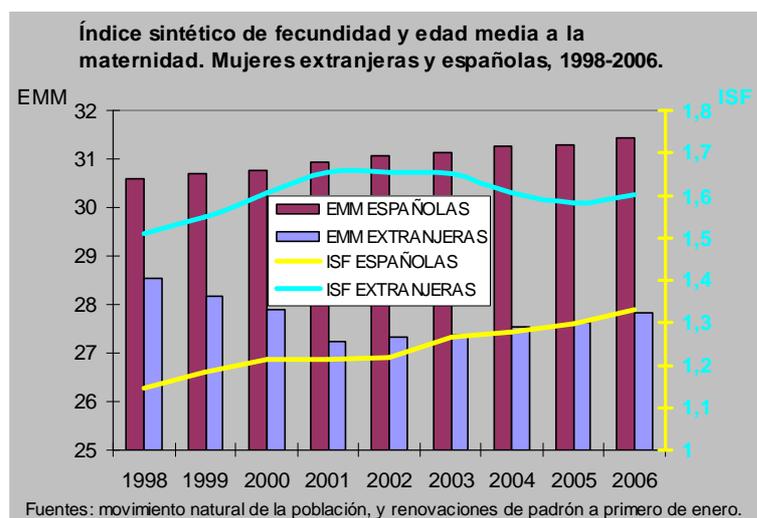


Fuente: Padrón municipal de habitantes, 2007.

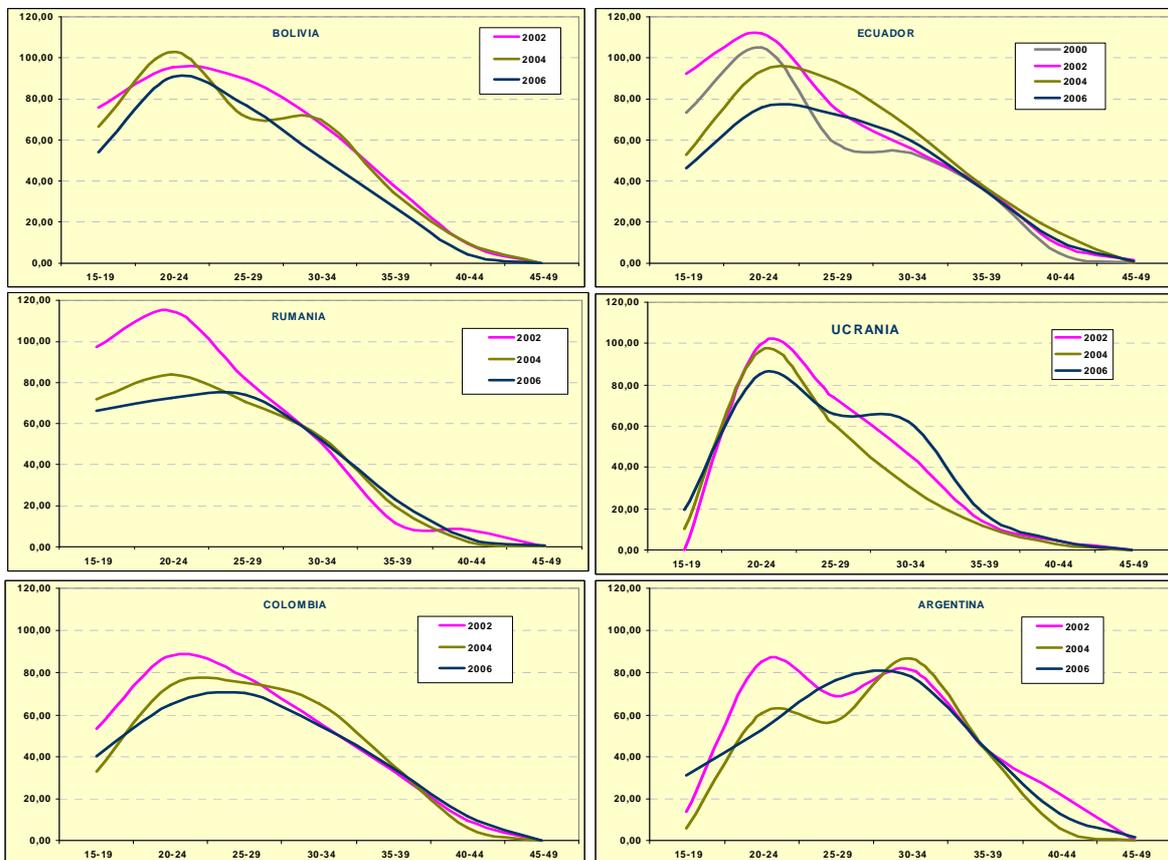
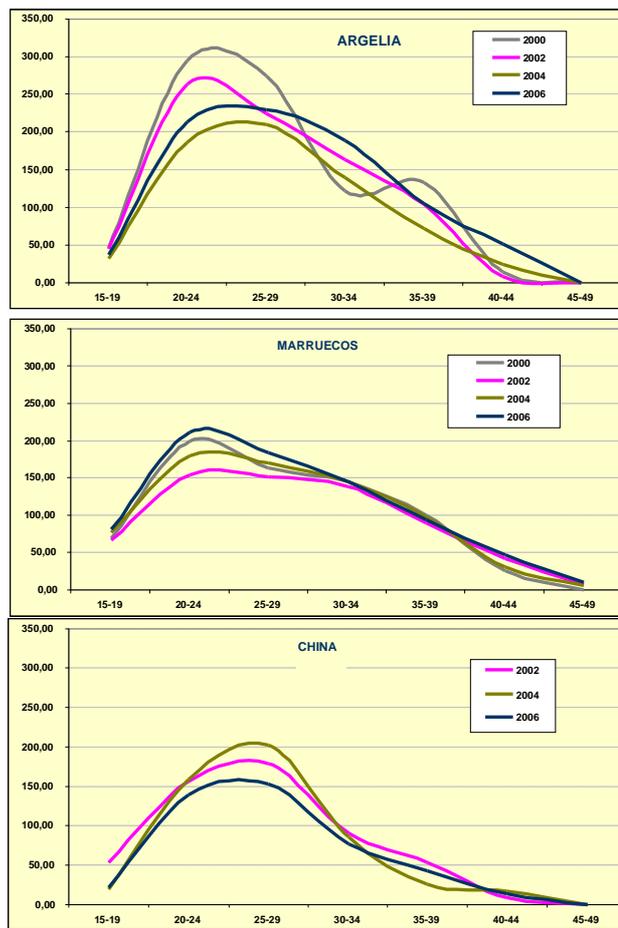
Los porcentajes de mujeres inmigrantes en edad fértil de los grupos 2, 3 y 4 son mucho más altos que los de las mujeres españolas (48%). Esta diferencia de estructuras repercute necesariamente en una mayor tasa de natalidad. Veamos, ahora, las principales diferencias en la fecundidad entre las mujeres inmigrantes y las mujeres de nacionalidad española en la Comunitat Valenciana. Los siguientes gráficos representan las curvas de las tasas específicas de fecundidad por edad, la edad media a la maternidad

y el índice sintético de fecundidad. Las curvas de las tasas específicas de fecundidad por edad de las mujeres inmigrantes difieren enormemente en intensidad y calendario de las de las mujeres españolas. La fecundidad por debajo de los 30 años es mucho más intensa entre las mujeres inmigrantes, mientras que las mujeres de nacionalidad española alcanzan el cénit fecundo a los 30-34 años. En consecuencia, las diferencias en la edad media a la maternidad son también relevantes (31 años en las madres españolas, 27 en las extranjeras), así como las relativas al índice sintético de fecundidad (1,34 hijos por mujer entre las madres de nacionalidad española y 1,6 entre las madres extranjeras). Finalmente se observa que la fecundidad fuera del matrimonio es mucho más importante entre las mujeres extranjeras.

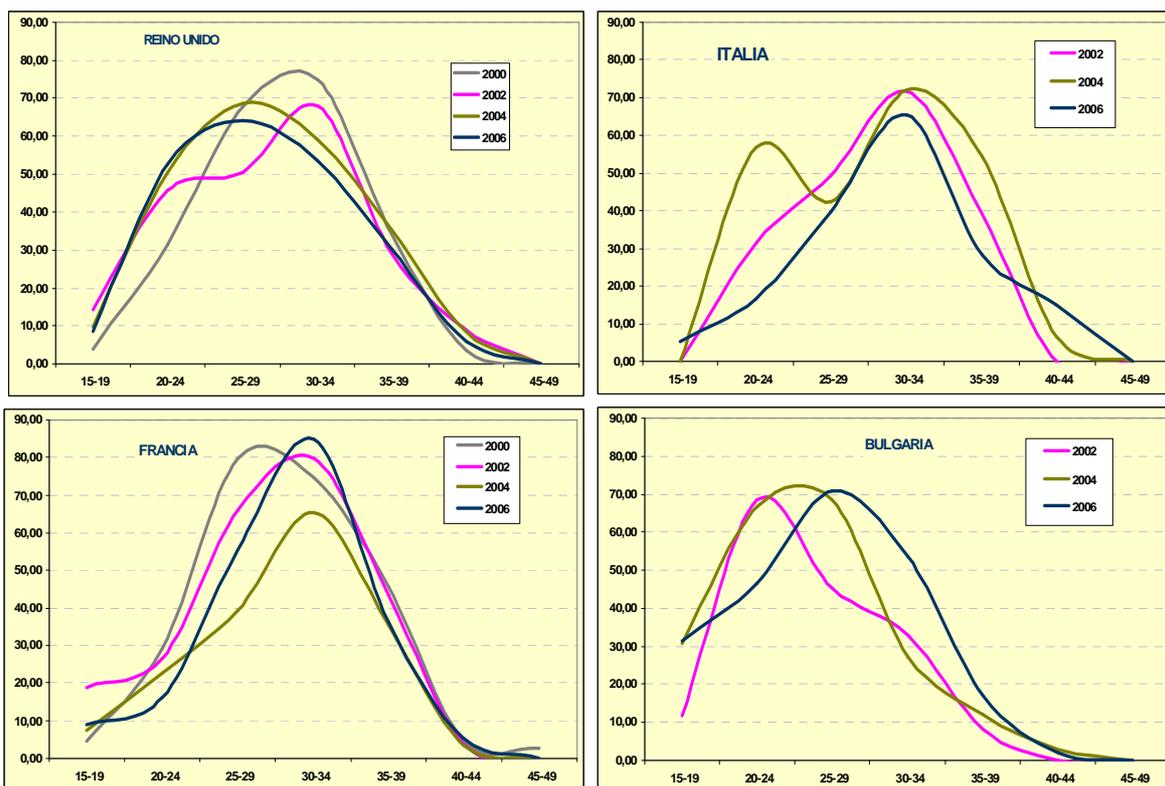




Se han calculado las tasas específicas de fecundidad por edad para los diferentes colectivos de mujeres extranjeras según la nacionalidad con la finalidad de observar la diversidad de modelos de fecundidad. En los siguientes gráficos se observan las curvas de fecundidad por edad de las madres extranjeras en los años 2000, 2002, 2004 y 2006. Hemos agrupado las curvas por países según el modelo de fecundidad. El primer gráfico ilustra el modelo de fecundidad muy intensa (fecundidades por encima de los 150 hijos por cada mil mujeres) que corresponde a las curvas de las madres argelinas, marroquíes y chinas. En estos tres casos la fecundidad más intensa se alcanza a los 20-24 o 25-29 años lo que ilustra unas diferencias importantes en relación con el calendario de las mujeres españolas. Las madres bolivianas, ecuatorianas, rumanas, ucranianas, colombianas y argentinas protagonizan unos modelos de fecundidad relativamente intensa: en algunos tramos de edad superan los 90 hijos por mil mujeres pero no alcanzan los 120. Estas mujeres tienen fecundidades intensas a edades jóvenes, salvo la las madres argentinas, cuyo modelo se encuentra más cerca del modelo de fecundidad baja, donde se encuentran también las madres del Reino Unido, Bulgaria, Italia y Francia. Este último modelo de fecundidad baja es el más cercano al de las madres españolas no sólo en intensidad sino también en calendario.



Fuente: Renovación del padrón municipal a primero de enero y movimiento natural de la población.
www.ine.es

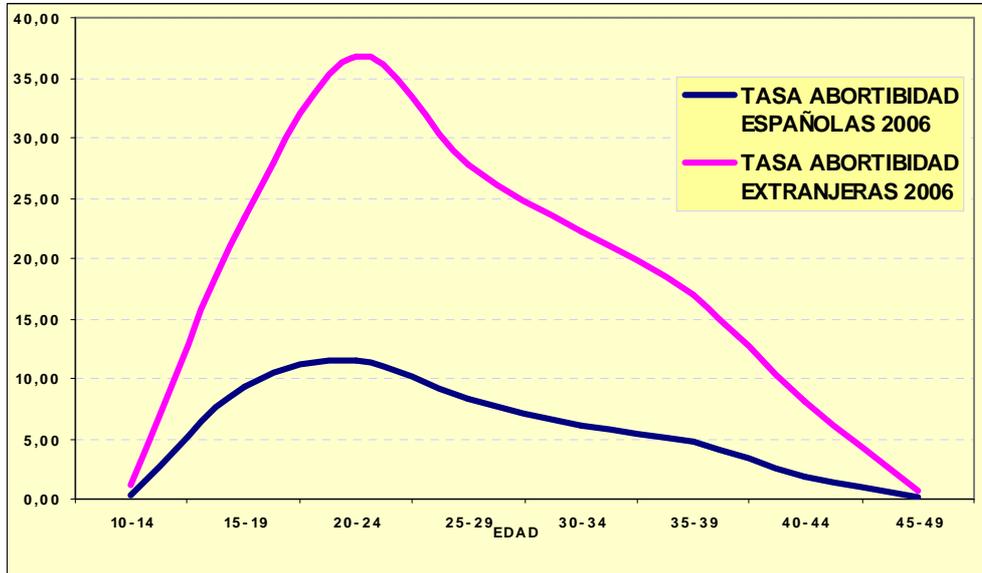


Fuente: Renovación del padrón municipal a primero de enero y movimiento natural de la población.
www.ine.es

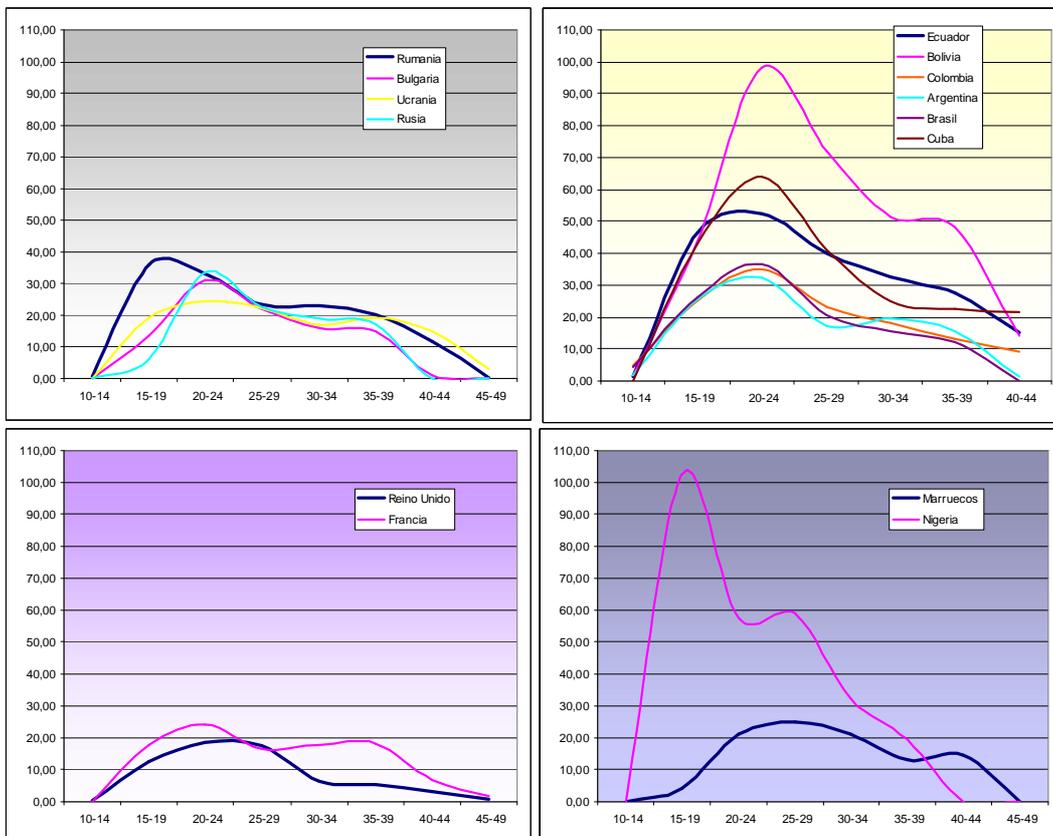
Los datos de las interrupciones voluntarias de embarazos en la Comunitat Valenciana recogen la nacionalidad de las mujeres lo que permite ilustrar los diferentes patrones de intensidad y calendario del aborto. Salvo en las edades extremas 10-14 y 45-49 años, las tasas de abortividad son siempre muy superiores entre las mujeres extranjeras comparadas con las mujeres españolas. La intensidad de éstas últimas es, a cualquier otra edad, al menos la mitad de la observada para las mujeres extranjeras. Ello da cuenta de que entre estas últimas el número de embarazos no deseados alcanza una gran magnitud. Las edades comprendidas entre los 20-24 años son las de mayor intensidad en la interrupción voluntaria del embarazo. Para observar las diferencias de la interrupción voluntaria de embarazos entre las nacionalidades de las mujeres extranjeras hemos procedido al cálculo de las tasas y a la representación por agrupaciones. Esta vez el criterio utilizado no es el modelo de abortividad (intensidad y calendario) sino la cercanía cultural.

Salvo los países del este de un lado y Francia y Reino Unido por otro, la cercanía cultural no se traduce en unos mismos patrones de interrupción voluntaria del embarazo. Bolivia presenta las tasas más elevadas de las mujeres latinoamericanas seguidas, de

Ecuador y Cuba. Entre las mujeres africanas, las nigerianas presentan las tasas más elevadas (éste es el patrón de abortividad más intenso de todas las mujeres valencianas). El resto de mujeres extranjeras presenta unas tasas de abortividad muy parecidas en los que a la intensidad y al calendario se refiere.

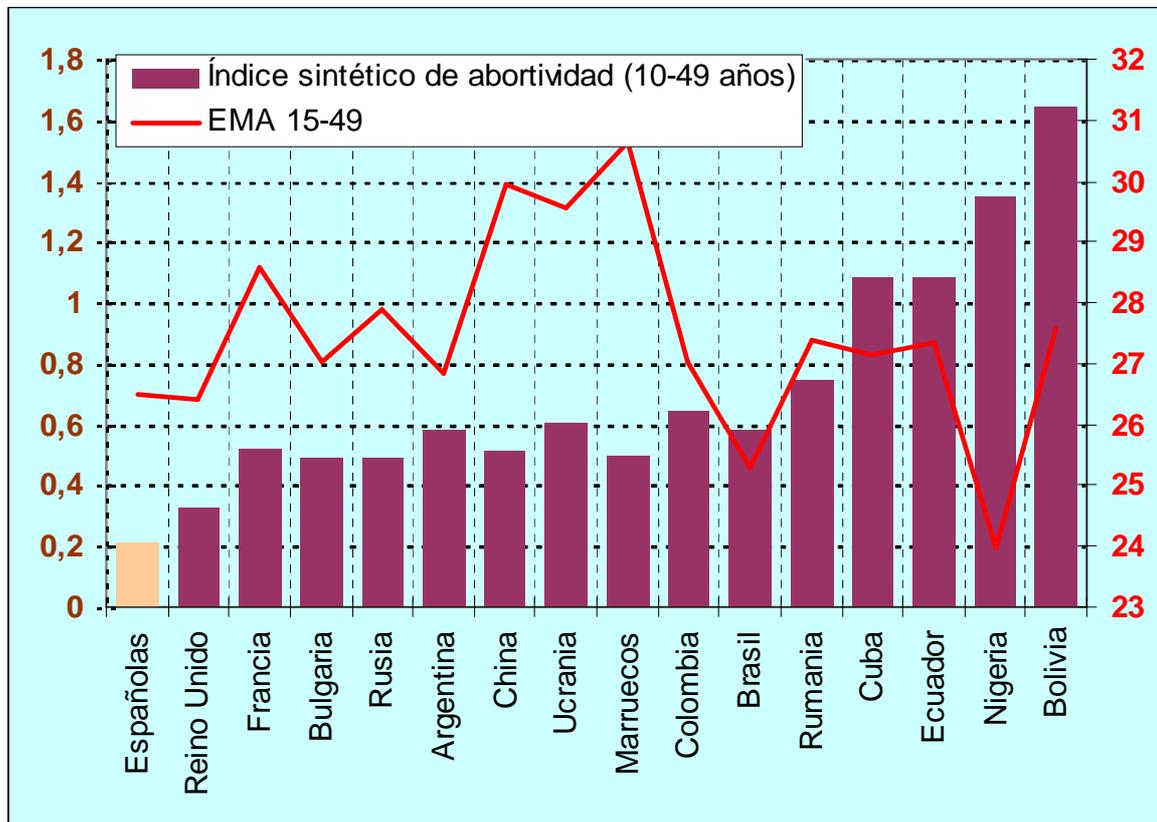


Fuente: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. Àrea d'Epidemiologia. <http://www.sp.san.gva.es/epidemiologia>



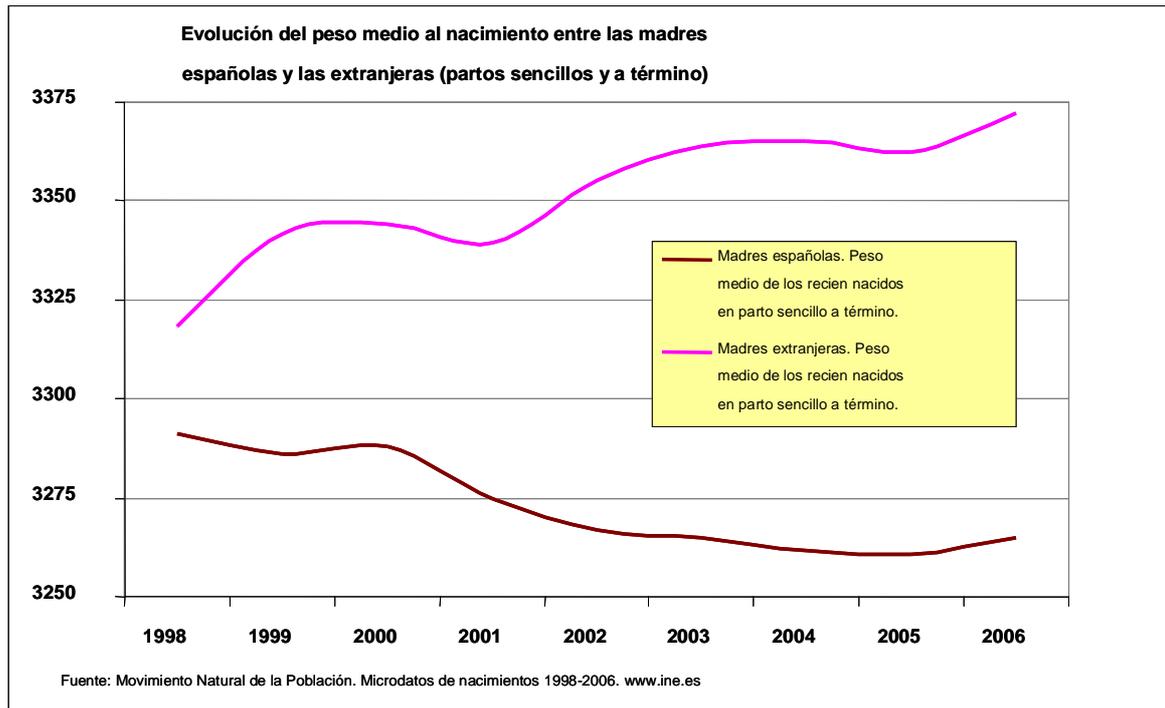
Fuente: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. Àrea d'Epidemiologia. <http://www.sp.san.gva.es/epidemiologia>

El cálculo del índice sintético y de la edad media a la interrupción voluntaria del embarazo permiten realzar las diferencias concernientes a la intensidad y al calendario. Las mujeres cubanas (1,1), ecuatorianas (1,1), nigerianas (1,3) y bolivianas (1,7) superan la media de un aborto por mujer. En el otro extremo las mujeres españolas, británicas, francesas, búlgaras, argentinas, chinas y marroquíes presentan unas tasas inferiores a las 0,6 interrupciones voluntarias por mujer. En lo que al calendario se refiere, las diferencias entre las nacionalidades de origen son también relevantes. Las mujeres marroquíes y argentinas tienen en media una mayor edad (30 años), mientras que las nigerianas (24) las brasileñas (25) y las españolas (26) tienen las edades medias más bajas.



Fuente: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. Àrea d'Epidemiologia. <http://www.sp.san.gva.es/epidemiologia>

Finalmente se presenta la evolución del peso medio al nacimiento entre las madres españolas y las extranjeras. Se han seleccionado únicamente los partos sencillos y a término con la finalidad de eliminar el efecto tan relevante que tienen en la disminución del peso al nacer. Se observa que la diferencia entre las madres españolas y extranjeras, importante y significativa, aumenta paulatinamente (incremento gradual del peso del neonato entre las madres extranjeras al tiempo que disminuye entre las madres españolas).



Principales resultados del análisis cualitativo

El estudio cualitativo del proyecto reproductivo de mujeres inmigrantes en la Comunidad Valenciana se ha basado en un total de 23 entrevistas en profundidad en las que hemos contrastado las evidencias que el análisis de los datos estadísticos hacía emerger. El estudio de los discursos de las mujeres entrevistadas nos ha aportado una más profunda y detallada comprensión de la construcción de las expectativas acerca de su reproducción y cómo en ésta se entrecruzan otras variables como el mismo proyecto migratorio pero también la edad y la clase social entre otras.

La selección de las entrevistadas ha respondido a una intención tipológica donde juega un papel esencial el país de procedencia y el momento del ciclo vital y familiar en el que se encuentran las mujeres entrevistadas⁵), y como ya hemos anotado en la introducción del presente texto, el cuestionario pretendía reflejar la complejidad del proyecto reproductivo. En el siguiente apartado nos centramos precisamente en el análisis de éste proyecto en relación al proceso de empoderamiento que, para la mayoría, ha supuesto su experiencia migratoria, siendo la migración el eje principal sobre el que se construye (o acomoda) la reproducción, tal y cómo avanzábamos en nuestras hipótesis de partida. Sin embargo, el análisis cualitativo nos ofrece una mayor riqueza de datos para poder comprender el cariz que toma la relación entre migración y reproducción.

El primer elemento que surge con fuerza en el estudio de los discursos de las mujeres inmigrantes residentes en la Comunitat Valenciana es el punto de inflexión que en sus vidas ha representado la migración. Por tanto también en su proyecto reproductivo, haya sido iniciado o no en territorio valenciano. La migración representa al respecto un cambio en la percepción, en las implicaciones en las tareas de atención y cuidado, incluso en las mismas narrativas de las mujeres respecto su embarazo, parto y posterior crianza de sus hijos. Un cambio más o menos acusado, es cierto, según el lugar de procedencia. En este caso es imprescindible señalar el caso de las entrevistadas británicas, quienes como ya hemos anotado en el apartado referido al perfil sociodemográfico presentan un modelo reproductivo diferente al resto de las mujeres extranjeras que residen en territorio valenciano. En su caso no se advierte una entrada tras la migración –ésta es posterior al nacimiento del primer hijo en el caso de nuestra muestra-, en el proyecto reproductivo pero sí que se detectan cambios significativos en las pautas reproductivas: se perciben algunos cambios generados por un proceso más amplio de individualización que las mujeres en la sociedad occidental vienen experimentando (BECK Y BECK-GERNSHEIM, 2003).

Aún así la práctica totalidad de las mujeres entrevistadas conciben la venida a nuestro país como un elemento de mejora sustancial de su nivel de vida que evalúan más en términos familiares que no individuales. Para las entrevistadas la migración

⁵ En el anexo se puede consultar el resumen de la ficha sociodemográfica de nuestras entrevistadas.

significa un proceso positivo en su conjunto, a pesar del sufrimiento y de la soledad que muchas veces manifiestan, sobre todo al referirse a la mejora de las oportunidades vitales que les pueden ofrecer a sus hijos.

“La nevera está llena, puedes pagar alquiler, luz, las cosas para los niños y todo. Digo, pues vine aquí, por esto, por la familia que tenemos que estar juntos y por niños que [para que tengan] algo para el futuro.”E5

“La tranquilidad que tengo aquí no la tengo allá, y de poder cuidar a tu familia necesitas tranquilidad y estar a gusto.”E4

Una mejora del nivel económico que también se traslada a los hijos aunque se hayan quedado en el país de origen a cargo, mayoritariamente, de la familia de origen.

“Aquí ganamos mucho más dinero y podemos estar más acomodados y los niños también. Lo que sí es que me hacen mucha falta.” E2

Sin embargo este incremento del poder adquisitivo que no siempre significa para ellas una mejora de la calidad de vida. El vertiginoso ritmo, que afirman, se vive en la sociedad valenciana centrada en la esfera productiva, junto a la soledad y la dificultad de pasar más tiempo con sus hijos son elementos que disminuyen la percepción de llevar una buena vida.

“Pero claro, pagas las cosas, la deuda y luego, te acostumbras a ganar dinero, a vivir de otro modo y te vas acostumbrando y ya te quedas. Lo que pasa es que esta es una vida un poco esclavizada, porque si no trabajas no comes, mientras allá, si no trabajabas un día no pasaba nada.”E13

El factor clave que explica la transformación de las expectativas de las mujeres entrevistadas en relación a su proyecto reproductivo es el proceso de empoderamiento que están experimentando y que se encuentra profundamente relacionado con el proceso migratorio. La decisión de la venida y la gestión de su cotidianeidad en un lugar con una cultura diferente a la de procedencia de estas mujeres supone ya un elemento de reestructuración muy importante en la concepción de una misma e incluso en el incremento de su autoestima y por tanto en su capacidad para construir un proyecto vital desde su misma decisión y expectativas.

“Sí. Sí, porque, lo que te decía antes, yo me siento muy orgullosa de lo que soy ahora y creo que no lo sería si no nos hubiéramos venido para aquí.”E9

Aunque en este proceso de empoderamiento juega un papel clave el nivel educativo de las mujeres. Aquellas con un nivel de estudios superior, y además con un trabajo acorde a esta formación, muestran un nivel de individualización más acusado y eso repercute, necesariamente en una más difícil asunción del rol de género más tradicional, aquel atravesado por su condición de madre y esposa. Es el caso de las siguientes entrevistadas, por ejemplo que reclaman para ellas un rol más complejo y multidimensional, donde el cuidado del hogar/familia se haga compatible (e incluso se subordine) a su trayectoria en la esfera productiva.

“Sí, todo al tiempo: los estudios, los niños y el trabajo. Yo, una madre abnegada de esas que pasan las 24 horas en la casa, no lo podría llevar, por mi forma de ser.” E14

“En cambio sí me imaginaba siendo profesional y desarrollándome en un aspecto... profesional, intelectual, sobre todo académico [...] Entonces... todo aquello que se interpusiera a este proceso pasaba a segundo plano. Entonces el ser mamá llega a ser para mí un segundo plano. [...] después de un desarrollo profesional y académico.” E7

“Por ejemplo, a mí la historia de que se me pasaba el arroz, nunca me la creí, ¿sabes? Más bien decía, no es el único criterio. Yo puedo pensar que no es mi momento y ya está.” E1

Este proceso de empoderamiento de las mujeres ha supuesto que tanto la sexualidad como la reproducción adquieran un cariz más centrado en sus deseos en este ámbito y en otros, es decir en su deseos de tener una vida más compleja y rica que no la centrada en el ámbito doméstico, lo que lleva a romper, a veces abruptamente, con el rol adscrito tradicionalmente a las mujeres.

“¿Te gustaría tener hijos? Sí. Me gustaría. Pero también tengo la sensación de que sería feliz sin ellos.” E1

“Me acuerdo que llevábamos como un mes saliendo juntos y yo le dije: ‘yo voy a ser muy clara, a mí no me interesa el tema de los hijos, yo no voy a tener hijos. Siempre quise un hijo, he tenido un solo hijo, no voy a tener más. Si para usted es importante estar con una mujer y tener hijos, creo que se equivocó de pareja, tanto que le dije textualmente, si quieres te presento alguna amiga mía, no hay problema, cortamos las cosas aquí.’” E7

En consecuencia el uso de anticonceptivos para decidir, planificar incluso, el momento en qué tener a los hijos es esencial y está totalmente extendido en nuestra muestra. También el aborto es un recurso utilizado en las mujeres que constituyen la

muestra en el caso de que se haya producido un embarazo no deseado, lo que se decide en términos básicamente económicos aunque también resultan importantes la situación de la relación de pareja, o el hecho de no encontrarse en el momento oportuno para poder llevar a cabo el embarazo.

“¿Por qué decidiste abortar o por una enfermedad tuya? No era el momento para el niño.

¿*Alguna circunstancia especial?* No, tenía otros planes, no era el momento.” E21

La discordancia entre el número de hijos que tienen las mujeres entrevistadas respecto el número de hijos que desean, la discordancia de realidad y expectativas pues, supone un excelente criterio de medida de la capacidad para llevar a la realidad su proyecto reproductivo. En este sentido las mujeres inmigrantes muestran una tendencia a la baja, es decir a tener menos hijos de los que habían deseado. La situación económica representa un factor explicativo fundamental, la intención de que a sus hijos, y en general a toda la familia, no sufra ningún tipo de privación supone un factor de reducción de las expectativas.

“¿*A ti te hubiera gustado tener más hijos?* Sí. Por lo menos uno más. Pero la situación no era para eso. Eran muchos golpes y la economía ahí.” E12

Pero también influyen, según sus discursos, la inestabilidad laboral y personal así como la precariedad ocupacional que muchas padecen.

“No estoy segura si queremos otro.

¿*Por qué?* Porque es muy complicado, muy complicado de, de llevar la vida y estar enganchada siempre. Es bonito tener hijos, mucha responsabilidad, pero como tenemos que trabajar, tenemos nuestras obligaciones también, y, y nada, ya veremos cuándo, cuándo buscaremos otro o mejor nos quedamos aquí con ella.” E3

“Yo, en este momento, no tengo una situación estable, de decir, no sé dónde voy a estar en este momento.” E1

Sin embargo encontramos a mujeres que han tenido más hijos de los que en un primer momento planificaron.

“A mí me hubiera gustado tener sólo uno, más no quería tener. Pero bueno, nació mi hija que no estaba planeada, pero estoy feliz de tenerla.” E15

Es importante señalar el elevado grado de adecuación de realidad y expectativas que las mujeres llevan a cabo en su narrativa. El mismo proceso de construcción de un discurso sobre su proyecto reproductivo evidencia la asunción de la situación que viven como válida, a pesar de que difiera –como ocurre en la mayoría de los casos- de los planes que han avanzado en el pasado. Es decir, la petición por parte de la entrevistada de remontarse al pasado, a las expectativas construidas respecto al número de hijos deseado antes del momento de tenerlos efectivamente matiza este mismo proyecto. Les pedimos que nos hablen de su pasado desde el presente y eso representa, no podemos obviarlo, una reconstrucción del pasado, que lejos de invalidar nuestra metodología de recogida de información la enriquece, pone de manifiesto a través del discurso de las entrevistadas el mismo proceso de autojustificación de la diferencia que puede existir entre proyecto y realidad.

Hay que tener presente también la mejora que para muchas supone la migración en su nivel de vida, como ya anotábamos al inicio del apartado, y eso se traduce en la totalidad de los casos en un contexto más óptimo, dicen, para el cuidado de sus hijos como bien nos deja patente la siguiente entrevistada:

“Porque ahora sí que quiero tenerlo porque tengo con qué cuidarlo, no le va a faltar nada. Porque en Rumanía, fatal con mi hijo. Que no tenía pañales y le ponía trapitos y con mucha pobreza, y siempre se meaba y lava, lava, lava. Ahora sí, tengo bañeras, baños. Allá no tenía bañera, y para calentar la estufa para hacerse calor, que en invierno hace mucho frío, para bañarlo, cuidarlo. Ahora sí. Pero ahora, no sé, me da no sé qué. Porque en Rumanía mi madre y mi abuela cuidaban de mí y ahora, quién va a cuidar de mí. Ahora me toca cuidarlo a mí. Yo no tenía que dormir con mi hijo, yo dormía con mi marido. Y mi cuñada también, porque mi madre la ha acogido, ella dormía con mi hermano y mi madre la despertaba cuando la niña lloraba por hambre, para que le diera de mamar y nada más.” E22

Las palabras de la entrevistada muestran al mismo tiempo un elemento que surge repetidamente a lo largo de la mayoría de entrevistas realizadas: la soledad que muchas veces impone la migración y que se hace más evidente en el transcurso del embarazo y en la crianza de los hijos. La falta de redes de apoyo, sobre todo no poder contar con sus madres y hermanas, les genera una profunda inquietud además de muchas dificultades para la conciliación, especialmente en un régimen de bienestar como el nuestro profundamente familiarista (FERRERA, 1995, 1996; MINGIONE, 2000, NALDINI, 2003).

Para tener un hijo tienes que dejar el trabajo, y si no tienes a nadie que... tienes que dejar tu sueldo para contratar a alguien, compartir tu sueldo para contratar a alguien. (...) Tanto los inmigrantes como las españolas.” E19

“Más fácil quisiera tener hijos en Colombia que aquí. Por tener a la familia más cerca para que me ayude. Por tener más posibilidades de tener, uno en Colombia puede tener una empleada del hogar todo el día. Y una empleada de confianza.” E10

Es también relevante la diferencia en el acceso a los servicios sanitarios, en el estado español el acceso es universal, y eso mejora las perspectivas de las mujeres de cuidar a sus hijos. Aunque hay mujeres que tras su paso por la sanidad privada en su país de origen, han de acomodarse a los elementos de funcionamiento de la sanidad pública, que no siempre entienden.

“desde ese punto de vista yo creo que era mejor así, que pasó eso por casualidad, que tuve mis hijos aquí, pero fue mejor, porque en Bulgaria no es que... tampoco sé cómo, cómo va todo eso, pero hablando con mis amigas, yo creo que, he tenido mejor cuidado que ellas.” E6

“¿El médico estaba de acuerdo con que te sacaran el niño sin haber cumplido el tiempo? Sí. Allá es que tú pagas en las clínicas privadas y te hacen lo que quieras. Y tú pagas, y si quieres de siete meses, pues de siete meses te lo sacan. Y sin miramiento. Él dice, si quiere se lo sacamos y ya está. Y claro, salió y directo a la incubadora.” E2

En definitiva, la mayoría de las mujeres entrevistadas muestran un cambio importante en la concepción de su proyecto reproductivo respecto las generaciones anteriores. Un cambio en gran parte condicionado por la entrada en contacto con la cultura receptora. Como es el caso de la entrevistada número 20 quien procedente de una familia polígama con un total de diez hermanos, muestra su intención de tener sólo dos para poder atenderles mejor. O como las siguientes entrevistadas que muestran su divergencia con el modelo reproductivo tanto de sus madres como de sus coetáneas.

“Mi mamá tuvo cuatro, dos varones y dos mujeres. Yo soy la penúltima y la primera mujer. Y mis amigas, a ver, de Bolivia, pues la mayoría están casadas y tienen dos o tres. Pues las amigas del colegio y del barrio” E1

“Sí, casi todas mis amigas han tenido [hijos], pero yo no me atreví y si estuviera ahora en Bulgaria no estoy segura si me hubiera atrevido tener, tener hijos.

¿Por el sistema sanitario o por la situación económica? Por todo, por todo, por todo. Y el comportamiento entre la gente, que no tenemos ese servicio todavía.” E4

Aunque también son importantes las transformaciones que se están produciendo en su lugar de origen y que muestra la transformación generalizada de la situación de la mujer, claro está con diferencias de intensidad.

“Es que ha cambiado, también en Marruecos, no te creas que ahora allí también tendrán cuatro o cinco. Tres ya... Ahora tres y ya está, no quieren más. Es que también la vida no, no [es] como aquí. Bueno, casi igual, solamente lo que no hay mucho es trabajo, nada más. Si no, es igual como aquí como allí.” E20

“Yo creo evidentemente influenciado por un sistema en el cual yo vengo desde Colombia (...) producido por mí o sea este modelo de tener un solo hijo lo hemos tenido muchas de mis amigas, es un modelo muy urbano de la mujer colombiana, o sea, mujeres que son madres solteras... o mujeres que deciden estar en pareja solas, o sea, que es un modelo muy repetido, yo no soy la única, esto se ve muy frecuentemente, mujeres que, varones, he llegado a conocer amigos míos colombianos que han decidido ser padres solos y hay (...) dar un hijo a un varón solo. O sea que se ha avanzado mucho en ese terreno.” E7

Hasta aquí un somero análisis a la gran cantidad de datos e información que las conversaciones mantenidas con mujeres extranjeras ha permitido recopilar y que no ayuda a mejorar nuestra comprensión de la realidad así como a matizar y enriquecer el estudio cuantitativo a través del contraste de las hipótesis planteadas.

CONCLUSIONES

La inmigración presenta un punto de inflexión importante en los proyectos vitales en general y en los proyectos reproductivos de las mujeres inmigrantes. Representa un cambio en la percepción, en las implicaciones en las tareas de atención y cuidado, y todo ello se traduce en las narrativas de las mujeres respecto su embarazo, parto y posterior crianza de sus hijos. Este cambio es más o menos acusado según la nacionalidad de procedencia. De ello dan cuenta no sólo las notables diferencias que presentan los discursos en torno al proyecto reproductivo de las mujeres británicas si los comparamos con el resto de mujeres inmigrantes, sino también las fuertes divergencias en cuanto al calendario y la intensidad de la fecundidad y la interrupción voluntaria del embarazo entre todos los colectivos de mujeres inmigrantes. De hecho, también en lo

referente a las estructuras por edad en el período fértil las diferencias son muy relevantes.

La percepción dominante en torno al balance sobre la inmigración es que con ésta se ha alcanzado una mejora substancial del nivel de vida en el seno de la familia. El empoderamiento es el factor más relevante en la comprensión de la transformación de las expectativas de las mujeres entrevistadas. Aunque las diferencias por origen no dejan de ser importantes, las que se refieren al capital educativo al interior de cada grupo son de enorme calado: aquellas con un nivel de estudios superior muestran un nivel más alto de individualización y eso repercute en una más difícil asunción del rol de género tradicional. En este sentido, tanto la sexualidad como la reproducción adquieren un cariz más centrado en los propios deseos, y entre éstos toma importancia el de tener una vida más compleja y rica que no la centrada únicamente en el ámbito doméstico.

El uso de anticonceptivos y el recurso a la interrupción voluntaria de embarazos, cuya intensidad es en todos los colectivos de mujeres inmigrantes mayor que el de las mujeres españolas, están perfectamente extendidos. Por otro lado, las mujeres inmigrantes nos dicen tener menos hijos de los que habían deseado, y uno de los factores -junto con la inestabilidad laboral y la precariedad ocupacional- más recurrentes a la hora de explicarlo es la situación económica: la posibilidad de que los hijos se vean eventualmente afectados por algún tipo de privación reduce enormemente las expectativas y en consecuencia el número de hijos. Cabe además mencionar otros factores, esta vez socio-psicológicos, que explican las dificultades de llevar a cabo el proyecto reproductivo: la soledad que impone la inmigración deviene más dura en el transcurso del embarazo y en la crianza de los hijos. La mayoría de las mujeres muestran un cambio importante en la concepción de su proyecto reproductivo respecto al de sus madres, condicionado en parte por la entrada en contacto con la cultura receptora. Algunas expresan además que estos cambios se encuentran en consonancia con muchas de las transformaciones que están viviendo sus países de origen. De hecho, la intensidad y el calendario de la fecundidad de estas mujeres en nuestro país dista mucho de los patrones observados en sus países de origen.

En suma hemos contrastado nuestras hipótesis y hemos probado que el proyecto reproductivo está absolutamente ligado al proyecto migratorio. Éste cambia las

expectativas de fecundidad y reduce a la baja las expectativas de tener hijos. También ha quedado probada la importancia de las dificultades que se derivan del contexto laboral y familiar. Éstas son incluso más fuertes que los supuestos beneficios del disfrute de un sistema sanitario más protector. Finalmente, no hemos encontrado evidencias que nos prueben contundentemente que las perspectivas de movilidad social proyectadas sobre la misma mujer y sobre su futuro hijo ocupan un lugar clave, aunque sí hemos visto que el miedo a sufrir algún tipo de privación está muy presente en los discursos.

BIBLIOGRAFÍA

BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. (2003) *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.

BLAU, F. (1991) “The fertility of immigrant women: evidence from high fertility source countries”, en Cambridge (Massachussets) *National Bureau of Economic Research Working Paper*, N. 3608, 1991 Jan. [2], 39, [19] p.

FERRERA, M. (1995) “Los Estados del Bienestar del Sur en la Europa Social.” a Sarasa, S. i Moreno, L. *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur, vol 7*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas/Instituto de Estudios Sociales Avanzados. pp. 85-111.

- (1996) “The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe”. *Journal of European Social Policy*, 6. pp. 17-37.

GRIECO, E. M. and BOYD M. (1998) Women and migration: incorporating gender into international migration theory. CENTER FOR THE STUDY OF POPULATION, WPS 98-139, FLORIDA STATE UNIVERSITY, COLLEGE OF SOCIAL SCIENCES, ISSN 0740-9095

GRUPO DE INTERÉS ESPAÑOL EN POBLACIÓN, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA (2007) *La ayuda oficial al desarrollo española en salud sexual y reproductiva 1995 – 2005 (Informe, Progresos y Promesas)*. Madrid: ARTEXT.

MINGIONE, E. (2000) “Modello sud europeo di welfare, forme di povertà e politiche contro l'esclusione sociale.” *Sociologia e politiche sociali*, 1, 3er any. Pp. 87-112.

- MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS SWEDEN (2006) *Sweden's International Policy on Sexual and Reproductive Health and Rights*. Stockholm: Government Offices of Sweden.
- NACIONES UNIDAS (2004) Women and International Migration, Division for the Advancement of Women Department of Economic and Social Affairs United Nations.
- NAHMIAS, P. (2004) "Fertility behaviour of recent immigrants to Israel: A comparative analysis of immigrants from Ethiopia and the former Soviet Union", en *Demographic research*, Vol. 10, art. 4, 17 Mar (<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol10/4/10-4.pdf>, consultada en septiembre de 2008)
- NALDINI, M. (2003) *The family in the Mediterranean welfare states*. London: Frank Cass.
- NG, Edgard & NAULT, François (1997) "Fertility among recent immigrant women to Canada, 1991: An examination of the Disruption Hypothesis" en *International Migration Review*, Vol. 35 (4), pp. 559-580.
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2008) *Vinculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA. Estudio del caso de Kenya*. México: OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (<http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=376&filterListType=1>, consultada en octubre de 2008)
- PARELLA Rubio, S. (2003) *Mujer inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos editorial.
- ROIG Vila, M. & CASTRO Martín, T. (2007) "La fécondité des étrangères dans un pays d'immigration récente: le cas de l'Espagne" en *Population*, 3.
- SCHIF, M., MORRISON, A. R. and SJOBLOM, M. (eds.) (2007) *The International Migration of Women*
Palgrave Macmillan , WORLD BANK.
- RUNEBORG, A. (2008) "Sexuality: A missing dimension in development", en *SIDA Concept Paper – Brief Version*, Mayo 2008 (http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=SIDA43506en_Sexuality+A+Miss

[ing+Dimension+in+Development_Summary_webb.pdf&a=40306](#), consultada en diciembre de 2008)

TOULEMON, L. (2004) “La fécondité des immigrées: nouvelles données, nouvelle approche” en *Population & Sociétés*, 400, abril 2004 (http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/13108/telechargement_fichier_fr_400.pdf, consultada en noviembre de 2008)

UNFPA (2000) *Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva: Vínculos a lo largo del ciclo de la vida*. Nueva York: UNFPA (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/86_filename_cyclesp.pdf, consultada en octubre de 2008)

-- (2002) *Elementos fundamentales de la salud reproductiva. Asegurar los suministros*. Nueva York: UNFPA (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/41_filename_securingsupply_spa.pdf, consultada en octubre de 2008)

-- (2004) *Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*. Nueva York: UNFPA (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/328_filename_sp_swp04.pdf, consultada en octubre de 2008)

UNFPA & Country Technical Services Team for East and South-East Asia (2005) *Cultural programming: reproductive health challenges and strategies in East and South-East Asia*. Nueva York: UNFPA & Country Technical Services Team for East and South-East Asia (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/533_filename_bkculture.pdf, consultada en octubre de 2008)

Dimensiones de Género de la Migración Internacional: <http://www.socintwomen.org.uk/RESOLUTIONSSPANISH/regionales/Yerevan%202007.html>

ENTREVISTA	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDAD	NUMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CIUDAD DONDE VIVE	PRÁCTICA RELIGIOSA	TRABAJO	CONTRATO	TIPO DE CONTRATO/ JORNADA	TIEMPO TRABAJANDO	SECTOR
E1	Santacruz - Bolivia	36	Sin hijos	Diplomatura - Magisterio	Soltera	Valencia	Ninguna	SI	SI	a tiempo parcial (25 horas semanales)		Servicios (empleada de una cooperativa medioambiental). De forma puntual, charlas y talleres en ONGs (éstas últimas las cobra en negro).
E2	Santacruz - Bolivia	34	3 hijos: hombre de 17; mujer de 11; hombre de 3 meses	Bachillerato no completo	Unión Libre	Benetússer (Valencia)	Católica	SI		trabajo a media jornada		Sector servicios: limpieza del hogar
E3	Cochabamba - Bolivia	33	2 hijos: hombre de nueve; mujer de seis	Bachillerato	Casada	Valencia	Cristiana	SI			2 Años	
E4	Bulgaria	32	1 hija de cuatro años		Casada	Xàtiva (Valencia)		SI	NO (es autónoma y está dada de alta en la seguridad social)			Sector servicios: trabaja limpiando casas y los domingos da clases, aunque no suele cobrarlas (voluntariado)
E5	Bulgaria	38	2 hijos: mujer de 16 años; hombre de ocho años	Superior		Xella		SI	NO	A destajo	tres años y medio	Industria: trabaja para una empresa manufacturera del tabaco. También trabaja de camarera.
E6	Bulgaria	31	Dos hijos: seis y tres años	Superior	Casada	Xàtiva		SI	NO			Sector servicios: en un bar
E7	Bogotá- Colombia	48	1 hijo de 22 años	Superior + doctorado	Casada	Burjasot (Valencia)		SI				Sector servicios: mediadora intercultural para un proyecto de salud sexual y reproductiva.
E8	Medellín- Colombia	31	Dos hijos: Hombre de ocho y mujer de seis	Bachillerato	Casada	Torrent (Valencia)	Católica	SI				

ENTREVISTA	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDAD	NUMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CIUDAD DONDE VIVE	PRÁCTICA RELIGIOSA	TRABAJO	CONTRATO	TIPO DE CONTRATO/ JORNADA	TIEMPO TRABAJANDO	SECTOR
E9	Bogotá - Colombia	21	Sin hijos	FP	Soltera	Alicante	Ninguna	SI	SI	Temporal y media jornada		Sector servicios: encuestadora-captadora para ACHUR
E10	Medellín - Colombia	33	Sin hijos	Superiores + doctorado	Casada	Valencia	Católica	SI	SI	mensual que se va renovando. El contrato legal es a tiempo parcial (sólo tiene visado de estudiante) pero realmente trabaja a tiempo completo	7 meses	Sector servicios: empresa de medio ambiente que se encarga de controlar sustancias peligrosas en el agua de los ríos. Puesto de ingeniero superior.
E11	Ibagué - Colombia	57	Dos hijas: 28 años y 22 años	Bachillerato	Casada	Petrer (Alicante)	Cristiana	En el momento de la entrevista está de baja por enfermedad				Sector servicios: hasta el momento de la baja trabajaba en un restaurante y además hace bolsos en casa (esto último lo cobra en negro)
E12	Quito - Ecuador	40	Un hijo: 21 años	Bachillerato	Soltera	Catarroja (Valencia)	Católica	SI	SI	A tiempo parcial (de 6 a 10 de la tarde)		Industria: trabaja limpiando las máquinas que procesan el pescado. Por las mañanas trabaja limpiando casas sin contrato.
E13	Macará, Loja - Ecuador	45	Cinco hijos: hombre de 26, y cuatro mujeres de 21, 18, 13 y 10.	Magisterio	Casada	Alicante	Católica	NO (se encuentra buscando trabajo)				

ENTREVISTA	LUGAR DE PROCEDENCIA	EDAD	NUMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CIUDAD DONDE VIVE	PRÁCTICA RELIGIOSA	TRABAJO	CONTRATO	TIPO DE CONTRATO/ JORNADA	TIEMPO TRABAJANDO	SECTOR
E15	Quito - Ecuador	30	Dos hijos: varón de 12 y mujer de 8		Unión libre	Valencia	Cristiana	SI	NO	Trabaja unas 15 horas a la semana		Sector servicios: limpieza del hogar
E16	Inglaterra	51	Dos hijos: hombre de 32 y mujer de 30	Bachillerato + cocina	Casada	Alcoi - Alicante		NO (pero está en proceso de montar su propio negocio: una academia de inglés)				
E18	Tánger Marruecos	34	Sin hijos	Diplomada + Máster	Casada	Valencia	Musulmana	SI	SI	Tiene un contrato de dos años que se acaba en septiembre.		Sector servicios: trabaja en una ONG (Cepaim) como intermediaria entre los profesionales y los usuarios, en la resolución de conflictos no estructurales, socioculturales...
E19	Tánger Marruecos	32	Un hijo	Contabilidad	Casada	Alcoi	Musulmana	NO				
E20	Marruecos	27	Un hijo: 11 meses		Casada	Alcoi	Musulmana	NO (ha decidido dejar temporalmente de trabajar para cuidar a su hijo)				
E21	Tirgoviste Rumania	42	Dos hijos: una mujer de 20 años y un hombre de 7	Bachillerato	Casada	Castellón	Ortodoxa	SI (pluriempleo)	SI	A tiempo parcial	4 años y medio en uno y tiempo indefinido en el del sector de la limpieza	Sector servicios: limpieza de escaleras y profesora de baile en una asociación cultural rumana
E23	Rumania	32	Una hija: 5 meses	Superior	Casada	Cocentaina	Ortodoxa	SI	SI			Sector servicios: trabaja haciendo labores de administración y atención al público en una empresa