

***Migrantes en Barcelona:
Salud sexual y salud reproductiva entre los derechos y
las experiencias migratorias de mujeres ecuatorianas
y bolivianas***

- INFORME FINAL -

Por Paula Castello Starkoff

Beca Formación Permanente de la Fundación Carolina
con aval del Área de Migración del CIIMU
2009

Quiero agradecer a todas las mujeres que con inmenso cariño me contaron sus historias y me brindaron un espacio en sus vidas, lo que reconforta gran parte del trabajo realizado. Agradecer a la Coordinadora Política Juvenil de Ecuador por la confianza y el apoyo brindado para la realización del estudio en su primera parte. A Claudia Pedone, directora del área de migración del CIIMU en Cataluña, colega y amiga, por su guía y su apoyo a la investigación desde el inicio hasta el final. Finalmente, agradecer con inmenso cariño a Fabiana y Nathalia Sócrate, amigas de antaño, cuyo apoyo en el proceso fue indispensable para lograr los objetivos planteados. Sin estas personas nada de lo que sigue hubiera sido posible. A mi madre.

¡Gracias!

Introducción

La evolución de la población extranjera en España, cuya amplia mayoría es de América del Sur, principalmente de Ecuador y, de manera muy importante en los últimos años, también de Bolivia, mayoritariamente de mujeres entre 15 y 44 años, demuestran que ésta va en línea ascendente desde hace más de una década. Tanto entre ecuatorianos/as como entre bolivianos/as las mujeres empadronadas son más que los hombres, lo que nos vuelve a señalar un claro proceso de feminización de la migración en estos y en otros casos de flujos migratorios latinoamericanos¹. Sin embargo, hay que recordar que la feminización de la migración no sólo se refiere al carácter cuantitativo de la misma sino, y sobre todo, al cambio cualitativo en el que ahora las mujeres ya no solo migran porque son reagrupadas por sus maridos sino que lo hacen por iniciativa propia para dar respuesta a diferentes necesidades materiales y emocionales por las que atraviesan. No hay que olvidar que América Latina tiene un alto número de madres solteras o mujeres "jefas de hogar". El hecho de que España cuente ya con alrededor de un 10% de población extranjera viviendo en su país, muchos/as de ellos/as hace varios años y sin planes claros de "retorno", implica una imperativa necesidad de asumir a la población migrante como miembros de la realidad local española y europea, así como de cada ciudad en cada uno de estos países.

Muchos de los problemas que ahora señalan con la población inmigrante, entre ellos varios relacionados con la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, tienen que ver con haber encarado una "integración" reducida al carácter económico que significa la presencia de esta población, a su condición como elementos trabajadores y no como personas que, además de trabajar, llevan toda una vida envuelta de complejidades como la de cualquier ser humano, incluso más, por su particular condición de migrantes, la que se enfatiza, precisamente, por la difusa "inclusión" que promueven los países a los que llegan. Una integración que no plantea un diálogo mutuo, que no plantea crecer juntos en la diferencia, sino que plantea, sobre todo, que quienes vienen de afuera conozcan a quienes son de aquí, los/as que están adentro, y aprendan a vivir como ellos/as (para servirles mejor). La integración propuesta no contempla las posibilidades de desarrollo personal de las personas extranjeras que allí viven, como es el caso de las mujeres latinas, confinadas casi todas al trabajo doméstico, ámbito en el que se violan casi todos los derechos básicos de los/as trabajadores/as (Moreno-Fontes Chammartin, 2004). En lugar de impulsar políticas para que estas mujeres y otras personas puedan diversificar sus posibilidades de empleo y aportar con sus conocimientos y habilidades, abundan los cursos para enseñarles a limpiar de acuerdo a los caprichos de las mujeres españolas, a cuidar personas ancianas o bebés. Abundan también las trabas administrativas con las que se encuentran aquellas mujeres con títulos universitarios, que entre las latinas son muchas, para que puedan convalidarlos y homologarlos.

El hecho de trasladarse de país, más aún de continente, hacia un contexto socio-cultural diferente y, sobre todo, desconocido, provoca transformaciones que trastocan imaginarios y patrones en cuanto al lugar que piensan que ocupan en el mundo como personas y como mujeres. Cambios

¹ De acuerdo con los datos de empadronamiento del INE español (2008) el total de ecuatorianos/as en España suman 415.535, de los cuales 211.532 son mujeres. Los y las bolivianas suman 236.048, y 132.421 son mujeres. En el caso específico de Barcelona, las mujeres ecuatorianas suman 36.969 y las bolivianas suman 28.902. Tanto a nivel nacional como provincial son más ellas que ellos. Con relación a otras nacionalidades latinoamericanas que viven en Barcelona, las ecuatorianas representan, muy por encima, el grupo mayoritario, seguidas, precisamente, de las bolivianas.

estrechamente vinculados con la construcción social de la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital. Etapas que, en el proceso migratorio, amplían (o restringen) su espectro de posibilidades con respecto a generaciones anteriores, así como de imaginarios presentes. La trayectoria migratoria se convierte en una experiencia con *potencial* transformador tanto en la construcción de la sexualidad, las concepciones sobre el cuerpo y las relaciones de género. Sin embargo, esta potencialidad no siempre es visible, consciente, ni manifestada.

La sexualidad, al ser una construcción social que no está determinada por imperativos biológicos sino que responde a condicionamientos sociales, cuando estos varían, modificando el contexto del desarrollo personal, modifica, al mismo tiempo, las percepciones, imaginarios e ideas que llenan de contenido a tal continua construcción-reconstrucción. Así, la sexualidad se concibe y se construye de manera diferente según las distintas sociedades, por lo que cada cultura, de acuerdo al momento histórico, maneja sus propias concepciones de lo erótico y regula lo permitido y lo prohibido a través del control de los cuerpos y define ciertos patrones en el desarrollo de la sexualidad (Guasch y Osborne, 2003; Valls Llobet, 2006).

Las migraciones masivas, como las que se perciben en Cataluña desde hace aproximadamente diez años, con grupos claramente definidos entre algunas nacionalidades y regiones del mundo, señala que, en un mismo momento histórico se encuentran, aunque no necesariamente se comunican, diferentes sexualidades resultadas de distintos grupos socioculturales y basadas en concepciones diferenciadas sobre el cuerpo, el placer, los comportamientos permitidos, y los que no, en torno al uso, manifestación y "rol" de esos cuerpos, de sus significados, de las relaciones entre hombres y mujeres².

En algunos aspectos, sobre todo en los últimos años, en Cataluña se ha abordado este tema, fundamentalmente, desde el aspecto reproductivo y, específicamente, desde la salud materno-infantil. La intención es encontrar un denominador común bajo la idea de "integración" a través de los intereses, necesidades y preocupaciones de las madres provenientes de distintos contextos culturales que residen en Barcelona³. Sin embargo, la sexualidad va más allá de la reproducción (Guasch y Osborne, 2003), aunque este sea un ámbito de especial preocupación en este estudio en el que se la concibe como directamente asociada y hasta parte de una misma construcción con otros ámbitos de la sexualidad como son el placer y la salud sexual. De este modo, nos guiamos bajo la concepción de sexualidad elaborada por Lagarde (2003: 184 y 197), para quien:

La sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por este, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. [...] consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas;

² En Cataluña se encuentran personas provenientes de 180 de los 191 países reconocidos por las Naciones Unidas (Obiols, 2005).

³ Ejemplos de esto son el proyecto SIRIAN de la Agencia de Salud Pública de Barcelona – ASPB y el proyecto Madres entre dos culturas de la Fundación Salud y Familia.

consiste asimismo en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos y prestigio y posiciones en relación al poder. [...] Sexualidad que agrupa, excluye, e incluye, permite o prohíbe a los sujetos su acceso al poder y al placer.

Las mujeres y los hombres de América Latina, aún con sus particularidades, comparten algunas dimensiones que regulan la construcción de su sexualidad, debido a similitudes en sus contextos socioculturales. Esta relación empática que trasciende fronteras entre países latinos, no sucede tan fácilmente al cruzar el atlántico y aterrizar en Barcelona, donde los códigos corporales y el significado de su lugar en la familia y la sociedad, así como los discursos desde las distintas instituciones y el mismo Estado difieren, aunque no sean necesariamente contrapuestos. La llegada a un nuevo espacio social y territorial, simbólico y material puede provocar, por un lado, un replanteamiento de algunos patrones de regulación del cuerpo, sus expresiones, identificación y sus relaciones y, por otro, puede provocar la intensificación o aferramiento de estos, vivencias que están de lleno atravesadas por el hecho de ser mujeres o ser hombres, ser jóvenes o adultos, puesto que esos cuerpos particulares y agrupados así han sido definidos en un acuerdo cultural para manifestarse de maneras determinadas.

Así, mujeres y hombres han construido su sexualidad, su feminidad y masculinidad, de acuerdo a determinados patrones culturales hegemónicos, tanto quienes llegan como quienes nacieron y se criaron en el lugar de llegada. Patrones que definen sus concepciones sobre el lugar que ocupan dentro de la familia, la comunidad próxima como el barrio y la sociedad en su conjunto. En un contexto distinto como el que encuentran al llegar quienes vienen de afuera, se enfrentan consciente o inconscientemente a nuevas reglas de juego, a otras formas de concebir las relaciones, la utilización del cuerpo, lo íntimo-privado y lo público, lo trasgresor. Concepciones con las que deben lidiar en un complejo proceso que repercute en sus cotidianidades y en sus entornos de relaciones y redes sociales, no solo próximas físicamente, sino entre aquellas que sostienen a la distancia.

En España, a pesar de existir una mayor información y un mejor acceso a los métodos anticonceptivos, en los últimos diez años se observa un aumento constante de abortos o IVE⁴, con un total de 112.138 en el 2007, donde el porcentaje del incremento solo con respecto al año 2006 es del 8,9% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Comité de expertos sobre IVE y nueva regulación en España, 2009). Algunos estudios mencionan que este aumento importante de los últimos años se debe al número de mujeres migrantes que interrumpen el embarazo, representando entre el 40 y el 50% del total de abortos practicados (Ministerio de Sanidad y Consumo y OSM, 2006). Cataluña ocupa el tercer lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor número de IVEs donde también son las mujeres migrantes las que reflejan el mayor porcentaje. De acuerdo con el informe de Salud y Familia (2006), quienes para ese año dieron cobertura al 19,2% de todas las IVE registradas en Cataluña, se evidencia que, entre las mujeres migrantes que interrumpen su embarazo, la mayoría son latinoamericanas (69,8%), entre ellas, la mayoría son ecuatorianas y bolivianas. Otro estudio de ACAI⁵ (2006) señala que el 21,02% de IVEs son practicadas por ecuatorianas, siendo este el mayor porcentaje, seguido de las rumanas

⁴ Interrupción Voluntaria del Embarazo.

⁵ Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo.

con 17,73% y luego las bolivianas, quienes representan el 13,59% del total de IVEs realizados, de acuerdo con la muestra de la encuesta.

Con respecto al uso de anticonceptivos, se menciona que las mujeres migrantes lo utilizan menos que las españolas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). En Barcelona específicamente, según un estudio del 2007 de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), el 45% de las mujeres inmigrantes que viven en esta ciudad no utiliza preservativos, lo que provoca que tengan más embarazos, muchos de ellos no deseados, razón por la cual abortan más.

Entonces, nace la inquietud de indagar sobre otros factores que ayudan a entender por qué las mujeres migrantes abortan más. Aspectos que no se reducen, exclusivamente, a una cuestión de conocimiento y uso de anticonceptivos sino que también vinculan las condiciones sociales en las que se encuentran estas mujeres. Mujeres con historias de vida marcadas por una fuerte discriminación por ser mujeres y por ser pobres, que han vivido violencia en sus familias, que han atravesado (y aún atraviesan) períodos de mucha precariedad laboral, entre otras situaciones que deben tomarse en cuenta.

La creciente estigmatización hacia las mujeres migrantes, sumada a una desfavorable condición migratoria (no tener los papeles requeridos) pueden intensificar los miedos y por lo tanto la abstención de estas mujeres de acercarse a estos centros de salud. Este es uno de los factores que señala que no es posible reducir a una falta de conocimiento el hecho de que las mujeres migrantes aborten más que las españolas, así como que lo hagan, en muchas ocasiones, con el método farmacológico, por medio de las pastillas "Cytotec" (misoprostol).

Cabe la relación con la deficiente educación sobre salud sexual y salud reproductiva que han tenido durante sus vidas, tanto en su país de origen, donde recién ahora se habla de programas relativamente serios sobre educación sexual y reproductiva, como en Barcelona, donde se debe conocer más de cerca cuál es la realidad con la que se encuentran las mujeres ecuatorianas, las bolivianas y otras migrantes, al buscar información y/o ayuda con relación a su salud sexual y reproductiva en instituciones de salud de esta ciudad. Asimismo, saber más sobre sus prácticas anticonceptivas, sus percepciones en torno a la maternidad, en torno al aborto y a cuáles son sus dinámicas cotidianas de uso del tiempo y sus prioridades para utilizarlo, y en qué lugar se encuentra su salud sexual y salud reproductiva dentro de esta distribución.

Objetivo de la investigación-acción

A partir de una perspectiva de investigación-acción y con la etnografía y el juego como metodologías de trabajo, reflexionar, intercambiar y movilizar acerca de la realidad cotidiana que viven mujeres migrantes en Barcelona, especialmente las ecuatorianas y bolivianas de entre 15 y 30 años⁶, con relación a su salud sexual y su salud reproductiva, su vida laboral y situaciones vinculadas directamente con sus condiciones migratorias particulares, buscando que conozcan

⁶ Sin ser muy exigentes en estos límites que fueron más bien referenciales. De hecho, se trabajó con mujeres que superaron estas edades, lo que enriqueció enormemente el trabajo al permitir una mirada trans-generacional y explorar percepciones diferentes de acuerdo a la edad y a sus historias de vida con relación a esto. Se trabajó, finalmente, con mujeres de 19 a 44 años de edad.

más acerca de las realidades de otras mujeres en situaciones similares, así como sobre sus derechos y las posibles formas de hacerlos cumplir, tanto en los espacios micro-cotidianos como socio-estructurales.

Objetivos Específicos:

- Profundizar en las percepciones de mujeres ecuatorianas y bolivianas que viven en Barcelona, en torno a la maternidad y notar cómo estas percepciones han variado o no de acuerdo con sus experiencias migratorias, de acuerdo a sus ciclos de vida, así como al hecho de tener o no hijo/as en sus países de origen.
- Indagar acerca de las experiencias, conocimientos y uso de métodos anticonceptivos y del sistema de salud que tienen estas mujeres.
- Indagar acerca de sus experiencias en el acceso a servicios de salud, específicamente vinculados con su salud sexual y salud reproductiva, con relación a sus condiciones migratorias, laborales, ingresos, uso del tiempo, prioridades.
- Profundizar sobre sus percepciones en torno al aborto y notar los vínculos de estas percepciones con su experiencia migratoria y las ciudades/países en los que han vivido, así como al hecho de haber vivido una situación de aborto.

Metodología

El trabajo de campo se realizó desde finales de octubre de 2008 hasta finales de febrero de 2009. Este reducido periodo de estudio da cuenta de las limitaciones de las reflexiones aquí expuestas. Por lo tanto, se trata de un estudio que, más que producir conclusiones, busca aportar con interrogantes que son de imperativa necesidad desde hace algún tiempo y señalar algunas pistas para encaminar acciones cuando del cumplimiento de derechos y de cambio social hablamos, tanto de un lado del charco como del otro.

Durante este período, además de una revisión bibliográfica y de prensa, se llevó a cabo una etnografía densa con nueve de las quince mujeres que participaron de manera sostenida durante toda la investigación. Se priorizó la posibilidad de compartir con ellas diferentes espacios y momentos de sus vidas cotidianas, así como lo que se volvió un tradicional café por la tarde en distintos puntos de la ciudad, casi siempre los fines de semana debido a sus compromisos laborales durante los días hábiles. Fue posible conocer el lugar donde algunas de ellas viven, acompañarlas al ginecólogo en algunos casos (algo que no realizan comúnmente), a Salud y Familia⁷ y la clínica para la IVE en un caso, a la biblioteca, compartir cumpleaños, etc.

Este acercamiento, concentrado más en conversaciones informales y en el compartir experiencias insitu permitió establecer una relación de confianza que hizo posible que ellas poco a poco contaran más tranquilas sus realidades en torno a su sexualidad, sus conocimientos, sus ideas, sus relaciones de pareja, sus frustraciones, miedos, rencores y dudas, al mismo tiempo que hizo posible la construcción de sus historias de vida.

⁷ Fundación especializada en planificación familiar y que lleva adelante algunos proyectos especialmente destinados a mujeres migrantes.

Las mujeres involucradas, en su mayoría, fueron contactadas a través de una mujer catalana que se dedica a buscar trabajo a mujeres latinas que llegan a Barcelona. Mantiene una red de aproximadamente 80 mujeres, en su mayoría bolivianas. Con su ayuda fue posible invitarlas al primer encuentro de mujeres que realizamos el 25 de octubre, en el que asistieron 16 mujeres, todas bolivianas salvo una ecuatoriana. Que ella mantuviera mayor relación con mujeres bolivianas definió, en gran medida, que la mayoría de las mujeres involucradas fuesen de ese país más que ecuatorianas. A estas últimas fue muy difícil contactarlas y, además, contagiarlas del entusiasmo de participar en el proceso de investigación-acción. El contacto con ellas se logró a través de la ayuda de dos mujeres jóvenes, de Argentina, quienes llevan adelante una oficina de asesoría en trámites migratorios. Sin embargo, las ecuatorianas contactadas tuvieron una actitud mucho más esquiva frente a la posibilidad de participar en encuentros de mujeres así como a mantener conversaciones personales. Solo con una de ellas fue posible un acercamiento personal que hizo posible mantener largas conversaciones, al mismo tiempo que me permitió conocer a una joven madre ecuatoriana. Por otro lado, la tercera mujer ecuatoriana con la que pude establecer la relación necesaria para el trabajo esperado y que también participó en alguno de los encuentros de mujeres realizados, la conocí en el consulado ecuatoriano cuando se acercaba a votar por la nueva constitución ecuatoriana en septiembre de 2008.

Vale recordar que las mujeres ecuatorianas, la mayor parte, llegaron a España hace más tiempo que las mujeres bolivianas, lo que podría implicar una diferencia en cuanto a la necesidad de integrar un espacio al que asumen como de difusión de información acerca de algunos servicios importantes para las mujeres en Barcelona, y otros temas. Gran parte de las mujeres ecuatorianas ya han logrado regularizar su condición migratoria, lo que genera una percepción de menor necesidad de agruparse, al asumirlo, generalmente, como una actividad para resolver problemas particulares como asuntos legales o laborales. Incluso, muchas de las mujeres bolivianas con las que se trabajó, alquilan habitaciones en departamentos cuyos propietarios o titulares del contrato de arriendo son ecuatorianos/as, lo que señala momentos distintos en la trayectoria migratoria y las mantiene más alejadas o indiferentes a convocatorias de este tipo. En efecto, las ecuatorianas con las que se trabajó llegaron a España hace poco tiempo, al igual que las bolivianas. Cuando contacté con aquellas ecuatorianas que hace más de 5 años que viven en Barcelona, frente al planteo de una primera cita para contarles sobre la investigación-acción solo una accedió pero nunca llegó al lugar de la cita.

El primer encuentro colectivo significó el inicio de un fuerte vínculo con las mujeres que colaboraron con la investigación, con quienes mantuvimos sucesivas conversaciones en espacios diversos y con quienes compartimos cuatro encuentros más. Muchas de ellas, sin embargo, por compromisos laborales los días sábados, no pudieron asistir a ninguno de los encuentros posteriores, por lo que con ellas solo se mantuvo conversaciones y reflexiones individuales. Fue una pena pues no se logró el trabajo colectivo que compartimos entre otras, el que resultó extremadamente rico en cuanto a intercambio experiencias y conocimientos.

Aun cuando algunas de ellas, alrededor de cinco, asistieron a casi todos los encuentros, la asistencia fue siempre muy variada debido a imprevistos que les surgían a ellas y, sobre todo, porque en un tiempo tan corto es difícil visualizar los beneficios que tienen estos espacios de intercambio entre nuestras experiencias como mujeres, por lo que no significaba una prioridad para muchas de ellas.

Ese primer encuentro, del 25 de octubre, tuvo como objetivo principal conocernos las unas a las otras. Se plantearon las motivaciones de este encuentro, los objetivos de la investigación, la importancia de intercambiar experiencias entre mujeres, de conversar sobre nuestra sexualidad, de conocer más nuestro cuerpo y cómo cuidarlo. Se realizaron algunos juegos y una primera expresión con teatro de la imagen en la que debían realizar una estatua con sus cuerpos a partir de la palabra planteada, sin pensarlo demasiado. En este caso se les planteó la palabra mujer. La relación de las imágenes con la idea de la maternidad, tales como dar de lactar, posar para una foto que sería enviada a su hijo (maternidad transnacional), figurar la panza de una embarazada, y con la coquetería a través de posturas “sexys” fueron sobresalientes. Adicionalmente, cada una de ellas manifestó qué era lo que más le interesaba o preocupaba reflexionar con más detalle en torno a los temas expuestos sobre nuestra sexualidad, nuestra salud y nuestros derechos. Esos intereses manifiestos fueron la base para los próximos espacios de encuentro e intercambio.

El segundo encuentro, realizado el 15 de noviembre de 2009 se concentró en la exploración y reflexión de distintas partes del cuerpo de las mujeres con la misma metodología de teatro de la imagen, a partir de la construcción de estatuas. Se elaboraron imágenes sobre el útero, la vagina y los senos, a partir de las que emergieron sus percepciones, reflexiones y el intercambio de las experiencias de cada una con relación a estas partes de sus cuerpos. Estas permitieron una reflexión acerca de la presencia-ausencia con la que vivimos nuestros cuerpos y la necesidad e importancia de cuidarlo y por qué o para qué.

El 13 de diciembre se llevó a cabo el tercer encuentro. En este realizamos algunos juegos para estar “aquí y ahora” que permiten sentir nuestros cuerpos e identificar las molestias y/o dolores que tenemos y canalizar nuestra respiración para aliviarlos mientras caminamos por el salón. En esta misma línea hicimos una fila donde cada una le hacía masajes a quien tenía delante. Este encuentro lo concentramos en el intercambio de nuestros conocimientos acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y las negociaciones sobre estos dentro de la relación de pareja, y los vínculos que se establecen entre estas realidades y algunas de las ideas que tenemos acerca de la maternidad.

En el mes de enero, el día sábado 17, realizamos el cuarto encuentro. En este priorizamos el intercambio en torno a las percepciones que tienen del aborto a partir de la muestra de una pequeña pieza de teatro construida por mi y dos amigas colaboradoras⁸. Esta pieza, de solo 10 minutos, cuenta la historia de una mujer latina que vive en Barcelona hace no más de un año y se enfrenta a una situación de aborto. Fue construida a partir de los diversos diálogos sostenidos con muchas de ellas en los encuentros personales. Esta historia dramatizada brindó la posibilidad de proyectar en ellas las tantas historias cercanas o personales que conocen y llevar adelante una reflexión colectiva muy profunda sobre el tema. Lastimosamente, fue el encuentro con menos asistencia, tan solo cuatro mujeres.

El último encuentro, realizado el 21 de febrero, nos concentramos en los sentimientos encontrados que siempre están en el hecho de observar algunas condiciones positivas en Barcelona,

⁸ Quiero agradecer enormemente el apoyo que sin interés alguno me brindaron Fabiana Sócrate y Nathalia Sócrate, su hermana. Dos mujeres jóvenes que llegaron a Barcelona hace 3 y 8 años respectivamente, desde Argentina.

fundamentalmente el tener trabajo, y las ganas de estar en tu lugar, con tu gente, tu comida, tus olores, todo. Para conectarnos, sentir nuestros cuerpos y “estar aquí y ahora” hicimos una breve clase de salsa al inicio, reconociendo el gusto que tienen por el baile y el placer que les genera. Luego, construimos un mapa imaginario en el suelo en el que primero nos ubicamos en el lugar donde nacimos, luego en el lugar donde vivimos, en el lugar donde viven nuestros hijos/as, para las que tienen, en el lugar donde están nuestros maridos o pareja, para las que tienen y, finalmente, el lugar donde cada una quiere estar. Los movimientos para desplazarse fueron lentos sobre todo para la última pregunta, sin que esto fuese una consigna. No es una pregunta fácil aunque finalmente la respuesta fuera clara. Luego, se les preguntó quién quería ser ayudada para llegar del lugar donde están al que desean estar, que para la mayoría fue su lugar de origen, y de manera voluntaria, algunas de ellas fueron apoyadas para realizar el trayecto sobre un puente que se construía con nuestros cuerpos, sin dejarla tocar el piso, a medida que una de ellas avanzaba. Este juego movilizó emociones y brindó la posibilidad de reflexionar sobre las decisiones y proyectos que tuvieron y tienen. Asimismo abrió las puertas para encontrarse con sus miedos frente a la disyuntiva de quedarse o volver. Finalmente, leímos juntas el cuento *“La cenicienta que no quería comer perdices”* escrito por Nunila López Salamero y Miriam Cameros Sierra (s/f), que provocó un intercambio acerca de la fuerza y valentía que requiere migrar en busca de un futuro mejor, sobre todo cuando esposos e hijos/as permanecen en casa, del miedo y las ganas de volver, lo complicado de realizar el proyecto inicial antes de volver, las constantes contradicciones entre ser madres y ser buenas madres aún cuando se está lejos, ser esposas y serlo bien, y ser mujeres con capacidad para decidir y saber que aun solas y con las adversidades de la vida pueden salir adelante.

En cada encuentro se les entregó material acerca de los diferentes recursos sociales con los que cuentan en Barcelona, tales como los Puntos de Atención a las Mujeres, centros de planificación familiar, clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo, Fundación Salud y Familia para ayuda económica en materia de salud sexual y salud reproductiva así como la IVE, centros de atención a mujeres que sufren de distintas formas de violencia y una línea telefónica de atención 24hs, así como información variada sobre anticonceptivos, autocontrol de las mamas y también sobre sexualidad. Se les facilitó el boletín SALUD VI “La Consulta Ginecológica” del Instituto de la Mujer de Madrid – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004).

Tabla.- Breves detalles de las mujeres participantes

Nombre ⁹	Edad	Lugar de nacimiento	Fecha de llegada	Estado civil	Maternidad	Aborto	Trabajo actual	Con o sin “papeles”
Lucía	31	Rivera Alta, Beni, Bolivia	03/2007	Separada	Una hija de 11 años (en Bolivia)	Uno, aunque no lo supo hasta después	Cuidando una yaya ¹⁰ como “fija”	Sin “papeles”
Carla	34	Rivera Alta, Beni, Bolivia	2006	Casada (conviven en Bcn)	3 hijos menores de 15 (En Bolivia)	Uno, producto de embarazo ectópico.	Cuidando yaya	Sin “papeles”
Sara	22	Cochabamba, Bolivia	2005	Casada (conviven)	No	Ninguno	Limpieza en una	Con “papeles”

⁹ Los nombres utilizados no corresponden a sus nombres reales.

¹⁰ Palabra utilizada en España como sinónimo de abuela o mujer anciana, lo mismo que yayo = abuelo u hombre anciano.

				en Bcn)			residencia	
Teresa	24	Cochabamba, Bolivia	2007	Casada (él en Bolivia)	Una niña de 4 y uno de 2 años (en Bolivia)	Lo pensó, no lo hizo	Cuida pareja de yayos como "fija"	Sin "papeles" + carta de expulsión
Silvia	25	Sucre, Bolivia	12/2005	Casada (conviven en Bcn)	Un hijo de 7 años (en Bolivia)	Ninguno	Cuida bebé	Sin "papeles"
Claudia	42	Santa Cruz, Bolivia	2006	Divorciada	Un hijo de 18 y otro de 15 (en Bolivia y Cuba)	Lo pensó, no lo hizo	Cuida una yaya y a su hijo mayor por las noches (las tardes libres)	Con "papeles"
Sofía	44	La Paz, Bolivia	2005	Viuda y separada	5 hijos. La mayor de 28, la menor de 14. (3 en Bolivia 2 en Barcelona)	Ninguno	Cuida yaya por las noches y limpieza por horas durante el día	Con "papeles". Planea volver a Bolivia en 04/2009
Vanesa	34	Ibarra, Ecuador	04/2008	Casada (él en Ecuador)	Una hija de 14 y uno de 13 (en Ecuador)	Lo pensó, llegó al sitio clandestino, no lo hizo.	Sin empleo. Antes en una fábrica textil	Con "papeles"
Nadia	35	Guayaquil, Ecuador	02/2008	Casada (él en Ecuador)	Una hija de 10 y un hijo de 6 (en Ecuador)	Ninguno	Limpieza en casa	Con "papeles". Volvió a Ecuador en 02/2009
Alicia	20	Quito, Ecuador	2003	Soltera	Una beba de meses (en Barcelona)	Lo pensó, llegó a la clínica y no lo hizo	Está buscando	Con "papeles"
María	27	Santa Cruz, Bolivia	2004	Soltera	Un hijo de 9 años (en Bolivia)	Ninguno	Limpieza en casa	Sin "papeles"
Gabriela	28	San Ramón, Beni, Bolivia	2003	Casada (conviven en Bcn)	Un hijo de 7 años (en Barcelona)	Dos espontáneos	Limpieza en casa	Sin "papeles"
Tania	22	San Ramón, Beni, Bolivia	02/2006	Soltera (convive c/pareja en Bcn)	No	Uno, en Bcn	Cuida bebé	Sin "papeles"
Verónica	25	San Ramón, Beni, Bolivia	2007	Casada (conviven en Bcn)	No	Uno por accidente, en Bcn.	Limpieza en casa	Sin "papeles"
Andrea	22	Oruro, Bolivia	2006	Soltera	No	Ninguno	Cuida yaya como "fija"	En trámite

Antes de iniciar con la descripción y el análisis pretendido es necesario recalcar que las mujeres que protagonizan estas historias, las que, de manera muy similar, se multiplican en distintas latitudes constantemente, no representan simples casos, no son un número más de una posible estadística, son mujeres reales con sueños, con ideas, con capacidades, con creatividad, con deseos, con recuerdos, que arriesgan su propia salud (en su definición ampliada) cada vez que la sociedad se encarga de señalarles cuál es el lugar que deben ocupar en el mundo, cada vez que sus derechos son olvidados. Aún así, siguen su camino con fuerza, con mucha más garra de la que imaginamos.

Vivencias en torno a la sexualidad de mujeres ecuatorianas y bolivianas que viven en Barcelona. Un antes y un ahora.

Para entender algunas de las prácticas de las mujeres ecuatorianas y bolivianas que viven en Barcelona, con relación a cómo viven su sexualidad, y con respecto a su salud sexual y su salud reproductiva, al tratarse de mujeres que fueron criadas en otro contexto, es necesario, antes de indagar acerca de su cotidianidad y condiciones sociales en las que viven en esta ciudad, recorrer sus experiencias en sus lugares de origen, donde construyeron sus imaginarios y afianzaron una particular concepción de las cosas, entre ellas su sexualidad.

Si bien cada contexto social tiene sus determinantes diferenciales, al ser ambos países andinos con muchas similitudes, los discursos e imaginarios sociales, las relaciones de género, la distribución de poderes en la sociedad, la comunidad y la familia, la construcción del comportamiento esperado por mujeres y hombres en los diferentes grupos de edad y la construcción de la sexualidad entre otras, tienen un fuerte denominador común entre ecuatorianos/as y bolivianos/as.

Tanto en Bolivia como en Ecuador, así como en el resto de Latinoamérica y muchas otras regiones en el mundo, la equidad de género sigue siendo una reivindicación y un discurso que aun no logramos vivir en la cotidianidad. Bajo esta inequidad, las mujeres son las que menos educación tienen, las que menos trabajo remunerado encuentran, es decir, las más desempleadas, y aquellas que tienen empleo reciben menor remuneración que los hombres en el mismo cargo, aunque además son las únicas que mantienen dos o más jornadas laborales sumando muchas más horas de trabajo diario que los hombres, horas que recién ahora comienzan a reconocerse, aunque no a valorarse. Son las que se encargan, casi exclusivamente, del cuidado y crianza de los/as hijos/as que tienen, muchas veces reciben mayor ayuda de otras mujeres, generalmente de su entorno familiar, que de los mismos padres de esos/as niños/as (CONAMU, 2005; Centro Legal para Derechos Reproductivos, 2001; CEDLA, 2008).

Esta realidad, continuamente alimentada por discursos también institucionales y desde el Estado, a través de leyes y políticas restrictivas con respecto al pleno desarrollo de los derechos de las mujeres (entre muchos otros) como lo es la legislación del aborto¹¹, por nombrar solo un caso,

¹¹ Tanto en Bolivia como en Ecuador el aborto está penado por la ley salvo bajo determinadas causales. En Ecuador, el aborto es considerado como un delito contra la existencia natural; el código penal declara el aborto no punible cuando existe peligro para la vida o la salud de la madre, en casos de violación o estupro solo contra mujer idiota o demente. El código penal de Bolivia prohíbe el aborto excepto cuando el

acentúa las dificultades que enfrentan cada día para la mejora de sus capacidades y la adquisición de conocimientos que les servirán para una mayor autonomía como mujeres así como para el cuidado de su salud, tal y como la define la OMS, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Vivimos en un contexto que excluye a un importante porcentaje de la población, entre ellas muchas mujeres¹² dificultando tal adquisición de conocimientos, y aún para las que logramos conseguirlos, nos es difícil expresarlos en la vida cotidiana debido a la distribución de poderes en las relaciones de género, en todos los ámbitos, donde las mujeres somos las que estamos en una desventaja estructural. Las historias de las mujeres que participaron en esta investigación-acción son muy ilustrativas en este sentido.

Más aún con respecto a su sexualidad, su salud sexual y su salud reproductiva, que son temas concebidos como íntimos, casi secretos, de los que poco o nada se habla; son tabú. La familia, el espacio de mayor referencia para la construcción de la subjetividad, tampoco dialoga mucho al respecto. Por lo tanto, es la caminata de la vida la que enseña, a través de experiencias personales, muchas de ellas dolorosas, las que podrían evitarse si la comunicación entre madres, padres e hijos/as fluyera de forma diferente y trascendiera la relación de autoridad que domina, fundamentalmente, entre las familias del campo, de donde proviene la mayor parte de las mujeres con las que aquí trabajamos. También pudieran evitarse si el acceso a la educación fuera mayor, así como si la educación formal misma se replantea sus formas de comunicar y se aleja de los sesgos por credos religiosos o una moral determinada.

Nuestro cuerpo

embarazo es producto de una violación o incesto, cuando la vida o salud de la mujer corren peligro o, por una causal única a la ley boliviana, en casos de raptó que no desenlazan en matrimonio; incluso en dichas circunstancias, el aborto debe ser efectuado por un médico con el consentimiento de la mujer y autorización judicial. El problema en ambos países resulta en que muy pocas veces se consiguen las autorizaciones necesarias para practicar abortos bajo las causales permitidas. En Bolivia, por ejemplo, hasta el 2007 solo se habían practicado 6 abortos legales (Ipas, 2007), donde se estima que se practican cerca de 45.000 abortos por año (OMS). En Ecuador, de un estimado de 90.000 abortos por año, tan solo 200 se registran como legales (Larrea, 2006). Todos estos son abortos practicados clandestinamente, en su inmensa mayoría sin las condiciones sanitarias necesarias, por lo que el aborto clandestino inseguro representa en Ecuador la segunda causa de muerte materna (CONAMU, 2005) y en Bolivia ocupa la tercera causa de muerte materna (Ipas, 2007). En España el aborto está permitido 1) Cuando sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o mental de la embarazada; 2) Cuando el embarazo sea resultado de una violación, dentro de las 12 semanas de gestación; 3) Cuando se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas. Sin embargo, desde hace varios meses se debate una nueva ley para regular el aborto en España, la que, supuestamente, será aprobada en este año 2009. La propuesta actual supone una ley de plazos en la que será posible el aborto en las causales anteriores solo hasta las 14 semanas de gestación. Esto perjudicaría a los grupos que más tardíamente se enteran de su embarazo, como son las mujeres jóvenes y las migrantes.

¹² Tan solo con hacer referencia a la educación, que es un aspecto importante aunque no total de la exclusión en la adquisición de conocimientos y habilidades para el desarrollo personal, se observa la desigualdad. En Ecuador, las mujeres evidencian mayor analfabetismo que los hombres, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2001 (en el 2011 será el próximo y veremos si hay cambios), ellas registran un 10,3% y ellos un 7,7%. (SIISE 3.5). En Bolivia igual, el analfabetismo de mujeres mayores de 15 años es del 19.35% mientras que el de los hombres es del 6.94%. La situación empeora en el ámbito rural, 37.9% y 14.4% respectivamente (Censo 2001).

Durante el segundo encuentro colectivo que realizamos el 15/11/08, trabajamos con teatro de la imagen para producir estatuas individuales y nacidas espontáneamente al pronunciamiento de la palabra referida a una parte de nuestro cuerpo. Las construcciones a partir de la palabra útero ayudan a visualizar la estrecha conexión que existe entre su cuerpo y su condición de mujeres como seres reproductores, es decir, su rol de madres.

Las principales frases relacionadas con sus estatuas hicieron alusión al "dolor", debido a los fuertes dolores menstruales que viven algunas de ellas, así como al dolor de las contracciones del parto. Otra de las descripciones, en la que cual todas las presentes estuvieron de acuerdo, hizo referencia al útero como la parte más importante de nuestro cuerpo.

Como mujeres es la parte más importante porque es nuestro órgano reproductor, sino tenemos nuestro útero no podemos tener hijos, y por eso tenemos que cuidarlo, porque si no, no podemos tener descendencia y ¿qué es lo más bonito?, tener hijos, al menos yo lo veo así. Y una como madre se siente orgullosa de nuestros hijos, y si no tenemos nuestro útero no nos podemos sentir mujer. Y por eso hay que cuidarlo. (Segundo encuentro colectivo, 15/11/08).

Las estatuas siguientes se construyeron a partir de la palabra vagina. Muchas de ellas, en sus posturas, parecían no querer sacar a la luz esa parte de su cuerpo, eso que está ahí abajo y mejor lo tapamos. Las manos cubriendo sus vaginas fue una postura común. Las frases en torno a esta parte del cuerpo explican tal postura. La vagina es algo "oculto", es también algo "feo", es algo "que no quiero que me miren", aunque también algo que "protejo".

Yo pienso que es feo porque una se esconde de algo que no quiere que le vean porque piensa que es feo. (Segundo encuentro colectivo, 15/11/08)

El acumulado de tabúes que llevan dentro con relación a su sexualidad, generalmente algo lejano a ellas, asociado a lo prohibido, salvo que sea para engendrar una nueva vida o para dar placer, mas no para recibirlo, define en ellas estos sentimientos de tan poca empatía con sus genitales.

Finalmente, se realizaron estatuas en torno a la palabra mamas, senos o tetas. La mayoría aludieron a la lactancia, aunque también se mencionó el dolor, debido a algunos síntomas que tienen y no conocen el motivo aún.

Para las mujeres de América Latina, con mayor fuerza en países donde la religión católica ha calado muy hondo debido a fuertes procesos evangelizadores, los que continúan hasta la fecha, principalmente, en las áreas rurales y, muy particularmente, en países andinos como Ecuador y Bolivia, el papel primordial que cumple la mujer en la familia, la comunidad y la sociedad es el de ser madre; estamos educadas para parir (Pauluzzi, 2006). Las mujeres no son concebidas como tales sino hasta que entran en el umbral de ser capaces, biológicamente, de reproducirse. No es extraño que la explicación que reciben muchas mujeres sobre su primera menstruación sea "ahora ya eres una mujer", en tanto que ya es posible un embarazo, por lo tanto la maternidad. No es importante si subjetivamente estamos preparadas para ser madres, si realmente deseamos serlo.

A lo anterior se le suman los discursos reproducidos e interiorizados a través de la educación formal, los medios de comunicación, la publicidad, el sistema sanitario y, claramente, también las

políticas públicas, que evidencian un claro discurso de protección hacia la salud de la mujer, fundamentalmente reproductiva, a partir de programas destinados a la maternidad (que también son precarios), y poco y nada impulsan con relación a la salud sexual, para un desarrollo de su sexualidad que permita un crecimiento alrededor del placer y no del temor, la prohibición y el castigo.

Del cuerpo de las mujeres, más allá de su rol reproductivo o como elemento erótico expendedor de placer, se habla muy poco, aún en el entorno familiar. Cuando se encuentran con su primera menstruación, pocas veces les explican lo que les sucede, menos todavía en zonas rurales donde a sus madres tampoco les explicaron mucho, y quizá la explicación antes mencionada sea la más detallada que reciben. Muchas de las mujeres con las que aquí trabajamos atravesaron esta incertidumbre. En una de las conversaciones con María, ella recordaba entre risas, lo que mucho llanto le provocó cuando tenía 14 años. Le vino su primera menstruación, algo de lo que su madre nunca le había hablado, y ella no sabía qué le estaba pasando. Así, manchó un calzón y luego otro,

“entonces mi mamá se enojaba y me regañaba y para que no me hiciera nada comencé a botar los calzones por el baño, es que teníamos las letrinas, esos baños que tienen el hueco hasta el fondo y le pones aserrín, ahí los botaba. Entonces me fui quedando sin calzones. Ahí hablé con mi hermana que me explicó lo que era la menstruación y me ayudó a construir unas toallas higiénicas con unas telas que había en la casa para que no se mancharan tanto mis calzones. Después ella me contó que había unas que se vendían, y que esas había que usar. Así que comencé a trabajar y con mi primera paga me compré mis primeras toallas higiénicas en la farmacia. Llegué a la casa y me puse una y yo pensé que tenía que quedar bien pegadita a mí entonces me la puse con el pegamento hacia arriba, y no sabía que era al revés así que la sangre igual se me iba por los costados. Un lío. Y ahí mi hermana se me reía y me dijo que tenía que poner el pegamento en el calzón, que era para que no se moviera”. (Conversación personal, 29/01/09).

Es importante el desconocimiento que tienen de su cuerpo, como lo tenemos la mayoría de mujeres latinoamericanas debido a una real ausencia de educación sobre nuestra sexualidad. En algunos casos tampoco sabían, cuando tenían sus primeras relaciones, cómo podrían quedar embarazadas. Lucía, de hecho, quedó embarazada por confiar en que su pareja le decía que se cuidaba. Ella podría haberlo comprobado si hubiera sabido cómo debía cuidarse para prevenir el embarazo. Cuando supo de su embarazo, con tres meses de gestación, se sintió muy mal, cuenta, y muy enojada con él, quien ella pensaba que la estaba protegiendo. Se sentía muy joven, no estaba preparada para ser madre; tenía 19 años. A partir de esa amarga experiencia averiguó cómo hacer para no volver a quedar embarazada y el médico le recomendó la T de cobre. La rechazó porque no quería que la observaran, pues le daba mucha vergüenza, así que optó por las pastillas. Las tomó durante casi 9 años en secreto, hasta que viajó a Barcelona y se lo contó a su marido.

Yo también parí en mi casa porque tenía vergüenza de que me vean. Y me puse en cuclillas para que no me vieran, así parí. Pero esta vergüenza también es causa de que no nos hablan y no nos dice nada. Y yo era primeriza. Ya después me fui al médico para tomar pastillas. Pero para revisarme cada mes cuando estaba embarazada yo ponía

excusas para no ir. Acá no quiero ir tampoco al ginecólogo, talvez si fuera mujer me animara, pero igual no me gustaría que me vean. (Segundo encuentro colectivo, 15/11/08)

La falta de información certera sobre cómo se engendra un embarazo hace pensar que el simple hecho de no desearlo logrará que no suceda. La inocencia del momento, el descubrir todo eso de lo que nunca nos hablaron y además que era algo prohibido, conocerlo a través de la experiencia misma, nos aleja de un sentido de alerta, de razón, de cuidado, de prevención. Tampoco es extraño que los hombres tengan el control. Si bien son parte de un mismo contexto social (o precisamente por ello), con grandes deficiencias en cuanto a salud sexual y salud reproductiva, ellos, por lo general, manejan más información que ellas, desde más temprana edad. Para ellos, el tema no es tan prohibido, el control social tampoco cae sobre ellos con tanto peso. De hecho, resulta bastante liviano, por lo que es más común que tengan más experiencia. Aún así, generalmente, no se cuidan ni cuidan a sus parejas. Pues, como decía un joven de 21 años en un barrio periférico de Quito *“ellas son las que tienen las de perder. Es que ellas se pueden quedar embarazadas en cambio nosotros no”* (Barrio Caminos a la Libertad – Quito, mayo 2008)¹³. De hecho, María crió siempre sola a su hija; su pareja resultó tener otra familia.

Aprendí que debía cuidarme del embarazo viendo la tele, leyendo algunas revistas y de información que pasa por aquí y por allá, porque en el colegio no nos enseñaron nada de nada. Pero, cuando tenía mi pareja, aunque estaba siempre el miedo de poder quedar embarazada, siempre pensé que no me pasaría. No pasó nada la primera vez, no pasó nada la segunda vez, la tercera hasta que una vez quedé embarazada. Nunca hablábamos de eso con mi pareja, yo no lo hablaba ni loca, éramos muy chicos solo lo hacíamos y listo. Yo no sabía nada de si él terminaba afuera o adentro y mucho menos lo del control de los días, nada. Sabía del preservativo y de unos óvulos, pero nunca los usé antes del embarazo. (Conversación personal, 29/01/09).

Fuera de casa se enciende la luz de alerta

Se observa que en Barcelona están más alarmadas frente a la posibilidad de quedar embarazadas. En su mayoría comienzan a conocer más sobre anticoncepción cuando llegan a Barcelona. También comienzan sus primeras experiencias en el uso de métodos modernos, pues anteriormente se cuidaban con el conocido “ritmo”, uno de los métodos más comunes entre estos países latinos y otros. Sin embargo, la práctica anticonceptiva toma un tiempo en interiorizarse. No es casual que la mayoría de IVEs registrados entre las mujeres migrantes suceden durante su primer año de llegada a España (ACAI, 2006). Amigas o conocidas, generalmente compatriotas, juegan un papel importante en el intercambio de información cuando recién llegan, ya que en Barcelona tener un hijo es más difícil o casi imposible. Casi todas recibieron la recomendación de la pastilla anticonceptiva, y optaron por probarla sin necesidad de una consulta ginecológica.

Aquí, cuando he llegado me enteré de los anticonceptivos. Cuando he llegado conocí a unas mujeres también de Bolivia y me decían “te tienes que cuidar que ya viene tu

¹³ Tomado del estudio “Jóvenes afroecuatorianos/as en Quito: sexualidad, familia y trabajo entre marginalidad y resistencia” (2008), llevado a cabo por un equipo multidisciplinario en el que participé como etnógrafa.

marido". Yo no tenía idea de nada, ni de condón, nada. Y ahí empecé a tomar pastillas (cuarto encuentro colectivo, 17/01/09).

Sucede que las amistades, como ellas mismas mencionan debido a experiencias pasadas o conocidas, muchas veces dan una información incompleta o confusa, lo que genera una cadena de desinformación que deviene, claro, en posibles embarazos debido al mal uso del anticonceptivo.

Teresa nos cuenta lo que pasó en su cita a la que fue, específicamente, para solicitar más información sobre cómo prevenir embarazos en el tiempo que su marido estuvo en Barcelona, pues la pastilla no le había sentado bien,

"Entonces fui. No he preguntado lo que tenía que preguntar y no he entendido bien lo que me dijo. Solo me habló del anillo y lo probé, pero no me gustó y ya, usamos los condones de vez en cuando. Yo ya no volví más. No sé, creo que no vamos porque nos da miedo. Es que como somos migrantes y a veces nos tratan mal, o creemos que nos van a tratar mal, pero a veces sí hacen como si somos menos. Allá en Bolivia sí me había hecho un papanicolau, cuando nacieron mis hijos, solo esos. Aquí nada". (4to encuentro colectivo de mujeres, 17/01/09).

Tania nunca habló con su madre de nada relacionado a su sexualidad. Ni de la menstruación, ni de sexo, ni de anticonceptivos, ni del embarazo, ni de las relaciones de pareja, ni de las partes de su cuerpo, nada. Habló algunas pocas cosas con su hermana, por ejemplo, sobre su primera menstruación, de la que no sabía nada, pero nunca habló de sexo tampoco con ella. Sobre todo, lo hablaba con sus amigas, que todas estaban pasando más o menos por lo mismo cuando tuvo su primera menstruación y, así, fue aprendiendo. Con su novio de Bolivia no usaba ningún anticonceptivo. De estos no sabía casi nada hasta que vino a España y sus amigas le recomendaron las pastillas anticonceptivas cuando conoció a su actual novio. Las probó pero no le sentaron bien, le provocaban náuseas, mareos y la engordaron. Entonces, habló con otra amiga que utilizaba el parche y lo compró. Por varios meses utilizó los parches hasta que un día supo que alguien traía hormonas inyectables desde Bolivia, y pensó en probarlo porque le salía mucho más barato¹⁴ y se olvidaría de cualquier trámite al respecto por tres meses. Lo que nadie le advirtió fue que debía colocarse la inyección en su próxima menstruación o protegerse con preservativo en caso de esperar más tiempo. Ella supuso que, por haber utilizado hormonas por tanto tiempo, éstas se habrían acumulado en su cuerpo, por lo que estaría protegida por unos meses hasta animarse a inyectarse. No sabía a quién pedirle ayuda para colocarse la inyección. Era consciente de que en una farmacia no se la pondrían y en el transcurso de esos meses, evidentemente, quedó embarazada.

Como ya se vio, es común escucharlas decir que no van al ginecólogo/a porque les da vergüenza que alguien las vea, les da inseguridad, no tienen confianza, les da miedo, y las pocas que van, las pocas veces que van, les sucede lo que a Teresa y a otras, no preguntan todo lo que querían preguntar y los/as ginecólogos/as tampoco les informan más allá de las pocas preguntas que hacen. Cuando alguna de ellas mencionó que fue a consultar por tal o cual anticonceptivo, como

¹⁴ Vale señalar que en España la anticoncepción no recibe ningún tipo de subsidio por parte del Estado, como sí otras medicinas. Esta podría ser una política pública importante orientada a garantizar el acceso.

las pastillas o el parche, solo les dieron esa información y no les contaron sobre otras alternativas. Muchas de ellas se acercan conociendo un solo método anticonceptivo, o dos, que muchas veces tiene que ver con esa recomendación que le dio alguna amiga y no saben cuántos métodos más puede haber, que a lo mejor se ajustan más a su necesidad y tampoco les dan esta información en la consulta. Este resulta un problema importante en cuanto a incidencia en la mejora de los conocimientos de la población con respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente entre las mujeres migrantes (Montenegro, et. al., 2007).

En una entrevista con Barambio (22/01/09), director de la Clínica Tutor Médica y presidente de ACAI, señaló que hay un gran problema con estos centros de planificación familiar, cuyo servicio no es bueno en la medida que son espacios que se los ha *“funcionalizado”*. Son más una fuente de empleo para aquellas graduadas de medicina que quieren trabajo sencillo, porque así lo han convertido, y sin riesgo, pues evitan, por ejemplo, colocar una T de cobre. Mencionó que, por lo general, no se encuentra allí personal realmente comprometido con elevar el servicio y la cobertura de anticoncepción, con una real comunicación al respecto, en la búsqueda de prevenir embarazos no deseados y la situación de aborto que, comúnmente, y más aún entre mujeres latinas, es altamente cuestionada.

Aún así, en Barcelona, a diferencia de países latinos como Ecuador y Bolivia, sí existen distintos mecanismos de comunicación que informan sobre la importancia del uso de anticoncepción tanto en TV como en gráficas y trípticos repartidos por toda la ciudad, así como expendedores de preservativos masculinos, algo que a más de una llamó la atención pues no es algo común en sus países de origen, salvo en algunas universidades, espacio al que solo accede más o menos un 5% de la población. Esto, sumado a la conciencia del proyecto migratorio resumido y concentrado en el trabajo para ahorrar, genera un estado de mayor alerta frente a la prevención de embarazos no deseados. Sin embargo, aun cuando las redes de compatriotas en Barcelona activan esta alarma, todos los prejuicios traídos desde sus países con respecto a la deficiencia en la atención sanitaria donde los servicios son escasos, precarios y las mujeres no reciben el trato que esperan (Centro Legal para Derechos Reproductivos, 2001; Ipas, 2007; CLADEM, 2008), se mantienen. También se mantiene una determinada construcción de la sexualidad que las aleja de sus cuerpos y profundiza una sensación de vergüenza frente al/a médico/a. Estas percepciones, hace que eviten asistir al ginecólogo/a para cerciorarse sobre información detallada y otros métodos que podrían sentarles mejor.

A lo anterior hay que sumarle la particular condición laboral en la que se encuentran estas y otras mujeres en Barcelona, la que agudiza su posición periférica con respecto al sistema de salud, al limitar gravemente sus posibilidades de decidir sobre el uso de sus tiempos en la cotidianidad de sus vidas. Las mujeres que no son *“fijas”*, es decir, que no viven en el mismo lugar de trabajo, en promedio trabajan 11 horas diarias. Las que son *“fijas”* prácticamente están a disposición de sus empleadores/as las 24 horas del día. En muchas ocasiones no tienen horas libres en la semana, tan solo cuentan con los días sábados y domingos, aunque alguna de ellas tuvo una experiencia en la que no tenía ni estos días libres. De este modo, para cualquier actividad que deseen o necesiten realizar durante la semana, como una visita médica, ellas deben pedir permiso a sus empleadores/as. Ante el miedo a que les nieguen ese permiso, muchas veces no lo piden y dejan pasar varios meses. De este modo, se percibe una frágil relación con el sistema de salud público de Barcelona, al que acuden, sobre todo, ante una emergencia.

Otra realidad que debe tomarse en cuenta y añadirla a la lista de factores que limitan la prevención y la práctica anticonceptiva, aún cuando se desea, es la negociación con sus parejas. El hecho de buscar o no información corre por cuenta exclusiva de ellas. Sus parejas no se preocupan por indagar acerca de las posibilidades que tienen para prevenir el embarazo, aunque sí hacen manifiesto que no les gustaría que esto suceda. La negociación sobre el uso de anticoncepción en la pareja es casi nula, en muchas ocasiones por desinterés de ellos y en otras, muy comunes también, por la negativa de ellos ante esta posibilidad. Así, ellas prefieren no decir nada y buscar un método discreto y luego inventar cualquier historia para que ellos no sepan que usan algún anticonceptivo, como las pastillas. Usar anticonceptivos de manera secreta es algo muy común entre las mujeres latinas ante esta dificultad de negociarlo, y se convierte en una de las tantas estrategias de resistencia que construyen las mujeres para lidiar con los obstáculos y las imposiciones sobre el destino de sus cuerpos.

Aún así, en muchas ocasiones la negociación es casi imposible debido a los altos niveles de violencia que definen la relación, violencia que se acentúa por la desconexión que tienen ellas de sus cuerpos, el desconocimiento de derechos y recursos sociales, así como de los métodos como tal, fruto de una deficiencia estructural en materia de educación-comunicación en sexualidad, desde una perspectiva integral y con equidad. Sofía cuenta cómo su marido fue quien siempre planificó sus embarazos, como lo hacen muchos hombres para asegurarse la fidelidad de sus parejas así como su permanencia, les niegan la posibilidad de anticoncepción y buscan sus embarazos (Pauluzzi, 2006).

"Quien planificó los hijos fue él. Era él quien se cuidaba, por lo que yo no necesitaba cuidarme, dice, él siempre terminaba afuera y cuando quería terminaba adentro y yo ni cuenta me daba y de repente estaba embarazada otra vez. Ya ni modo, había que aceptarlo. Y es que él no quería que yo me cuidara y yo no sabía cómo más hacerlo, y así él sabía si los hijos eran de él porque como andaba viajando y siempre desconfían, como él sabía cuando terminaba dentro sabía cuando yo quedaba embarazada y entonces que sí eran sus hijos" (conversación personal, 19/01/09).

Su cuarto embarazo fue producto de la violación de su marido. Su historia nos recuerda que, como explica Pauluzzi (2006:48), cuando hablamos de la sexualidad de las mujeres que han nacido y crecido en los lugares más desatendidos, como los son las zonas rurales, es hablar de un sinnúmero de "violencias públicas y privadas, simbólicas y represivas que, al formar parte de los vínculos establecidos, se naturalizan y se asumen como destino".

Un día, después de tantos golpes, fui al médico para que me diera el parte [médico] de lo que me había golpeado y con eso me fui al juez para pedir que quería separarme. Ahí fuimos con mi esposo y como él lloraba y dijo que ya no me iba a pegar más, el juez dijo que podíamos intentar tres meses más porque no parecía que era un hombre tan malo. Esa misma noche, mis hijos ya se durmieron, y yo estaba llorando en la cocina, y él me llamó para que fuera a la habitación. No quiero, le dije, y entonces él vino y me arrastró desde la cocina hasta el cuarto y me arrancó la ropa y me violó. [...] Entonces mi cuarto hijo es de esa violación y sí lo quiero, pero igual tengo una espina ahí que no se va. Además, cuando ya era de parir mi marido dijo que para ahorrar porque estábamos juntando [dinero] para terminar de construir la casa, dijo que mejor él iba a buscar un médico que venga a la casa y no ir a la clínica. Cuando ya fue el parto, la placenta se me

había quedado dentro y entonces el médico tuvo que meter su mano y la iba sacando por pedazos. Ya los días siguientes no podía ni moverme, es que me dolía todo el cuerpo. Al cuarto día me desperté y no veía nada, entonces le pedí a mi hija que mueva las cortinas y ella se reía y me dijo que ya había mucho sol. Entonces justo llegó mi cuñada y se asustó, me dijo "¡que estás toda hinchada!" y que parecía que mis ojos iban a salir disparados. Y me fui al hospital, y ahí decían que tenía la presión baja y que había que subirla, y entonces se reventaron mis venas de mis ojos y por eso soy ciega de mi ojo izquierdo, y es que era que tenía la presión alta, no baja. Esos días estaba entre que moría y vivía. Los tres años siguientes fue horrible porque no podía hacer tranquila las cosas de casa. Cualquier poquito peso que levantaba sentía que el útero se me caía. Hasta que un médico me dijo que la solución era sacarle al útero pero que yo todavía estaba muy joven para eso [tenía 25 años], y que la otra solución era que tenga otro embarazo y eso le reforzaba todo. Y ya, no queríamos más hijos pero ya quería estar bien y entonces me embaracé y nació mi última hija. Y si se curó mi útero. (Conversación personal, 19/01/09).

A esta terrible situación, se suma el hecho de que sus maridos suelen mantener relaciones sexuales con otras mujeres, y aún cuando ellas lo saben, siguen adelante con la relación de pareja y tampoco renegocian el uso de preservativos para protegerse de enfermedades de transmisión sexual. Esto es algo que no tienen muy presente, ni ellas ni las políticas públicas de salud. Sin embargo, en Bolivia y Ecuador el cáncer uterino está entre las principales causa de muerte materna y son de los países que manejan las cifras más altas de mujeres que mueren por este motivo, sobre todo Bolivia (PAHO, 2004). Cabe recalcar que el cáncer cérvico-uterino es, en la inmensa mayoría de los casos, causado por el virus del papiloma humano (HPV), el que sólo se contrae por medio de una relación sexual.

Que ellos mantengan relación con otras mujeres es algo más o menos normal, casi natural y, además, prefieren seguir con la relación por sus hijos, para que no se queden sin su padre; por la ayuda económica que la pareja les significa y, en definitiva, porque los niveles de dependencia simbólica, en muchos casos, son muy fuertes, así como la idea de familia, donde el matrimonio debe durar toda la vida. Esto dificulta las posibilidades de negociación, sobre todo en ámbitos más tradicionales como en el que se encuentran estas mujeres. No logran exigir el uso del preservativo masculino pues ellos alegan incomodidad y, enseguida, las acusan de desconfiadas y les entregan la pelotita de infieles a ellas. Algunas de ellas contaron padecer de infecciones urinarias crónicas, que podrían tener vínculo con mantener relaciones sexuales con sus maridos que a su vez mantienen relaciones con otras mujeres, probablemente, sin protección alguna. Cuando se hacían diagnosticar por estas infecciones, los/as ginecólogos/as les decían que ellos debían verse también, algo que nunca sucedió.

Sus cuerpos expuestos en el ámbito laboral y en la convivencia entre varios/as

No es extraño el acoso sexual, lo que experimentan tanto en sus espacios de trabajo como en los pisos donde viven. Algunas de ellas lo mencionaron como una de las razones por las que decidieron renunciar a algún trabajo o mudarse de vivienda. La asistente social de la Clínica Tutor Médica, acreditada para la IVE, recordó que la convivencia entre muchas personas solía ser una

de las explicaciones que dan las mujeres ecuatorianas y bolivianas cuando se acercan solicitando un aborto, pues viven en situación de precariedad con respecto a su privacidad, lo que da pie tanto a posibles abusos como a encuentros sexuales imprevistos debido a una mezcla de sentimientos relacionados con la soledad, el desarraigo, la falta de afecto en la cotidianidad, etc. (entrevista, 22/01/09). Lucía y Carla vivieron situaciones de acoso en el piso que compartían con una pareja de ecuatorianos. En más de una ocasión él se insinuó con palabras y en muchas otras se bajaba los pantalones delante de ellas cuando salían de sus habitaciones, o se masturbaba con su ropa interior cuando ellas no estaban. Sara contó que, al llegar a Barcelona

“vivía en un cuarto que compartía con una pareja de bolivianos, y había más personas en el piso, no sé ni cuántos éramos viviendo ahí. Pero siempre bebían mucho y hasta hacían sus cosas, tenían sexo, cuando yo estaba tratando de dormir ahí alado. Y una vez yo estaba dormida y siento que este hombre me empieza a tocar. Ahí salté y me fui. Después le conté a su esposa y ella solo se rió. Por suerte me salió el trabajo de fija y me pude ir de ahí” (Conversación personal, 20/01/09).

La ausencia de “papeles”¹⁵, desconocimiento de derechos y de la ciudad misma, la precariedad social a nivel de redes y recursos, especialmente cuando recién llegan, así como el miedo a perder el trabajo o no tener a dónde más ir hacen que muchas de estas historias perpetúen en el silencio. En este caso Lucía lo habló y contó que

“un año y medio aguanté con el viejo ese. Casi no podía dormir pensando que podía entrar en cualquier momento. Una vez estaba dormida y me desperté porque me estaba fregando sus partes en la cara. Quería que lo tocara, que lo bañara y lo tocara. Horrible. Pero yo no quería dejar a la yaya solita y tampoco sabía si podía conseguir otro trabajo rápido. Hasta que ya un día no aguanté más y le conté todo a sus hijos y me fui. Hasta quiso denunciarme un día porque no quería hacer lo que me decía” (conversación personal, 08/11/08).

Vanesa, en cambio, duró 5 días en un trabajo como “fija” al que debía cuidar a un anciano.

“Él me maltrataba mucho, me hablaba violento, me gritaba, todo le molestaba. Me obligaba a dormir con la puerta abierta, a sentarme donde él quisiera. Me daba mucho miedo porque no lo conocía de ningún lugar y no sabía que podía hacerme” (conversación personal, 26/01/09).

En ninguna de sus historias, que son pocas con relación al total de mujeres que trabajan en el área de servicios como empleadas domésticas, cuidando niños/as o yayos/as, se llegó a un abuso

¹⁵ De las 15 mujeres con las que trabajamos a profundidad, seis tienen sus “papeles en regla” y el resto la tiene cada vez más difícil ahora que no hay posibilidad de regularizarse por medio de un contrato de trabajo. Deben esperar a cumplir sus tres años de empadronadas y así obtener la residencia temporal por arraigo. Igual en este caso deben contar con un contrato de trabajo, lo que resulta más difícil de lo imaginado. Generalmente, los y las empleadores/as no quieren hacer los contratos de trabajo porque dicen que entonces ellas se irán a buscar mejores empleos, porque no quieren pagar la seguridad social, porque solicitarán mejores sueldos, y en el caso anterior, cuando debían volver a su país de origen, no querían hacerlo porque los/as dejarían por uno o más meses. Todos, argumentos bastante egoístas. Algunos estudios señalan esta clara discriminación (Gómez Souza, s/f).

que deviniera en violación con penetración, lo que podría haber provocado un embarazo no deseado. Sin embargo, hay estudios que demuestran que muchas mujeres trabajadoras viven una situación de aborto por un embarazo producto de una violación (UNFPA, 2006). Aunque se tratara de un solo caso es repudiable y quizá busca un aborto por este motivo.

Maternidad y aborto entre mujeres migrantes en Barcelona

Todas las mujeres madres con las que se trabajó durante estos meses, que suman 8 entre las 15, lo fueron, por primera vez entre sus 18 y sus 20 años, alguna incluso antes.

Cuando conversamos sobre el aborto, casi todas enunciaron una visión negativa sobre su práctica, aun cuando es una realidad cercana a ellas de una u otra forma. Solo una mantuvo una postura claramente de acuerdo con la despenalización del aborto y el derecho de las mujeres que necesitan abortar a recibir una atención segura para hacerlo. Siguió por televisión los últimos debates que se suscitaron respecto a la nueva ley de aborto en España. Generalmente, asumen que se trata de matar a una vida inocente que nada tiene que ver con lo que ha sucedido y no tiene la culpa de nada, o que se trata de un pecado ante dios y por lo tanto no debe practicarse.

Sin embargo, luego de una reflexión sobre el tema, del que pocas veces en su vida han hablado, flexibilizan su posición y aceptan algunos justificativos, bajo los cuales podrían aceptar que una mujer aborte. La falta de reflexión sobre el tema genera fuertes contradicciones a la hora de vivir una *situación de aborto* y o de acompañar a una amiga o familiar en esta situación. Aunque la primera respuesta pueda ser firme, a través del diálogo se percibe la complejidad de asumir una postura frente al tema, pues generalmente, lo que han escuchado e interiorizado es que "eso está mal", "eso no se hace", "eso es pecado", "eso es asesinato". El debate y la información alrededor del tema están fuera de juego.

Como ya se dijo, esta desinformación tiene su origen en la práctica religiosa del catolicismo en sus países de origen, en un discurso social reproducido en los distintos espacios educativos, así como el discurso oficial estatal que, desde sus políticas, define a las mujeres como madres. Ideas que no logran cuestionarse en Barcelona donde la relación con el sistema de salud es precario y donde las políticas en materia de migración, trabajo y salud, entre otras, no contemplan la condición de las mujeres migrantes, lo que repercute en una profundización de sus niveles de exclusión con respecto a la información y acceso a sus derechos en cuanto a su salud sexual y su salud reproductiva. Se percibe poca preocupación por parte de la infraestructura sanitaria de Barcelona sobre la situación particular de las mujeres migrantes, las que viven prácticamente encerradas en sus espacios de trabajo, salvo por proyectos muy específicos, como "SIRIAN" de la ASPB que, por cierto, solo actúa en dos distritos de la ciudad (Poble Sec y Sant Antoni).

Las mujeres que lidian con la decisión de continuar con el embarazo o interrumpirlo son mujeres que viven una *situación de aborto*, la cual es definida por Sanseverio (2008:18) como *"el proceso que atraviesa cualquier mujer que enfrenta una maternidad no viable. Cuando se enfrenta a una situación de aborto, en la vida de cada mujer se condensa todo lo que la sociedad dice y hace respecto a la sexualidad y la reproducción femenina. Todas las mujeres en edad fértil pueden enfrentar una situación de aborto con independencia de las maneras en que cada una viva su sexualidad"*.

Antes de que Lucía comenzara a tomar las pastillas anticonceptivas, a los pocos meses de dar a luz, tuvo un retraso en su menstruación y fue a la farmacia a pedir algo que le hiciera bajar la menstruación, porque no quería otro embarazo.

Me dieron una pastilla que nunca me voy a olvidar, era como una estrella, cytotec se llamaba. Entonces el señor me dijo que me tomara una y la otra la introdujera en la vagina. Está loco le dije, si ni yo me he visto mucho ahí, qué me voy a poner una pastilla! Así que me tomé solo la una y ya. Después me sentía muy mal porque pensé que había abortado, yo vi una cosita así durita que salió y fue horrible, me sentí que había matado, y lloré tanto, tanto. Mi madre me decía que no pasa nada, que ahí no había nada, pero yo sabía que había abortado, pero yo no sabía que estaba embarazada, nunca hice la prueba ni nada, solo quería algo para no quedar embarazada. (Conversación personal, 31/01/09).

Cuando Teresa quedó embarazada de su segundo hijo, unos meses después de dar a luz a la primera, se vio en una situación difícil porque estaban muy ajustados de dinero. En ese entonces Teresa preparaba y vendía comida en una parada de bus en Cochabamba y lavaba ropa en algunas casas. Ambos son empleos informales que exigen muchas horas de trabajo y generan muy pocos ingresos. Entonces, pensó en abortar.

“Pasó que estábamos buscando qué hacer para prevenir el embarazo, entonces fui a preguntar al médico, pero no teníamos mucho dinero, así que no compramos nada, y ya, un descuido y pasó. Y de ahí pensé [en abortar], pero por el miedo y no sabía a quién preguntar, entonces ya no lo hice. También justo había una vecina que quería abortar y tomó unas hierbas y se murió” (cuarto encuentro colectivo, 17/01/09).

Vanesa, quien quedó embarazada a sus 19 años, siempre supo que quería ser madre. Cuando se enteró que lo estaba se puso contenta y siguió adelante con su embarazo; estaba casada y vivía con su marido. Cuando llegó el segundo, 8 meses más tarde, la cosa se complicó, sobre todo por la relación con su suegra, la dueña de la casa donde vivían. “No me van a llenar la casa de críos para que yo los mantenga”, le dijo alguna vez. “Nunca va a tener que mantener a mis hijos, para eso estoy yo misma” le contestó Vanesa. Ante esta situación, su marido la persuadía para que aborte. “Él buscó el dinero empeñando una televisión, buscó el lugar, por el sur de Quito, y me llevó un día. Ya tenía 3 meses de embarazo. Yo decía que no quería pero él insistió y bueno. Cuando llegamos a la puerta del lugar ese donde hacen, que era como una casa cualquiera, me puse a llorar tanto y le dije a mi esposo que no podía hacer eso”. Finalmente él accedió a no interrumpir el embarazo y tuvieron el bebé. “Yo no quería porque sentía que era un varón y yo lo quería, porque veía a mi hija y pensaba que sería como ella, que yo lo cuidaría como a ella. No podía quitarle la vida a mi bebé” (conversación personal, 26/01/2009). Después de esta, también amarga experiencia, Vanesa buscó ayuda para prevenir un próximo embarazo. Fue a la ginecóloga, a la que nunca había ido y esta le habló de la T de cobre y se la colocó. Hace ya 13 años que la usa.

Cuando se encuentran en Barcelona, la historia es diferente y la posibilidad de la maternidad se vuelve mucho más complicada aún. Su cotidianidad está marcada por sus largas horas de trabajo, para nada conciliables con el cuidado que requiere un bebé. Por esto, al llegar, se activan las

redes para el uso de anticonceptivos, así como se vuelve más aceptable que en casa la práctica del aborto.

La historia de Alicia nos muestra que percibir algunas condiciones que señalan una maternidad viable, tales como la ayuda de miembros de la familia, especialmente la propia madre, pueden ser factores que definan que la situación de aborto concluya en optar por ser madre. Cuando Alicia, se encontró en una situación de aborto, si bien fue difícil y doloroso, hasta el punto de encontrarse entre lágrimas con la psicóloga de la clínica para la IVE a donde la llevaron sus padres, quien le explicó que la decisión era solo suya por ser mayor de edad, decidió tener su bebé. Su madre cuida de su bebé todas las tardes para que ella siga sus estudios de formación en administración y finanzas.

Pero esta no es la historia de la mayoría, las que buscan interrumpir su embarazo, pues reconocen que su maternidad no es viable, debido, fundamentalmente a sus condiciones laborales y la ausencia de ayuda familiar, lo cual es terrible para aquellas que sí desean ser madres. Aún así, les es difícil acceder en Barcelona y en España en general, a abortos en hospitales públicos, donde casi no se practican¹⁶, y en clínicas privadas donde todavía resultan muy costosos¹⁷. Recordemos que, según datos del Consejo Económico y Social - CES (2006), el 52,2% del total de las mujeres “empleadas del hogar” en España tienen nacionalidad extranjera. Se trata de una de las ramas de actividad con mayor presencia de mujeres extranjeras; proceden principalmente de Sudamérica y mayoritariamente de Ecuador (31,5%). El sueldo promedio entre las mujeres de este estudio es de 700 euros. Esto las pone en situación apretada cuando se tienen que enfrentar a los costos de un aborto, cuando además, buena parte del sueldo es enviado a sus hogares en sus países de origen.

El contexto laboral en el que viven estas mujeres, es decir, el trabajo doméstico en España, evidencia rasgos que podríamos catalogar de esclavismo al comprender extensas jornadas de trabajo que superan las normas de los derechos laborales que contemplan 8 horas diarias, incluso, ellas trabajan días continuos cuando son trabajadoras “fijas” o “internas”. Además, desconoce la obligatoriedad de un contrato de trabajo que deje constancia de los acuerdos laborales entre empleador/a y empleada y restringe sus posibilidades de inscribirse en la Seguridad Social. El monto a cobrar por horas extras no está estipulado y lo más común es que estas no se paguen. La baja por maternidad no existía en un inicio pero fue modificada y ahora es de un mes, sin embargo, el embarazo significa, en muchos casos, una alta probabilidad de ser despedidas. En caso de despido está establecida una indemnización que corresponde a la suma del salario de 7 días naturales por cada año de trabajo (!!), pero tampoco se paga. Finalmente, el o la empleadora pueden pagar a la trabajadora doméstica “interna” combinando salario en dinero con salario en especies: techo y comida. Se establece que hasta el 45% del salario puede ser acreditado en especies. Todos estos son condicionantes, más el desconocimiento de la legislación sobre aborto en Barcelona, conducen a la decisión de abortar con la Cytotec, lo que indica, claramente, estar al margen del sistema de salud. En América Latina las mujeres se ven obligadas

¹⁶ De acuerdo con el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) solo el 2,08% de IVEs se realizan en Centros Hospitalarios públicos.

¹⁷ La interrupción más económica cuesta alrededor de 320 euros, dependiendo de la clínica. De acuerdo con cada caso, el costo puede elevarse considerablemente. La única institución que, en Barcelona, brinda ayuda financiera para la realización de un aborto es Salud y Familia, donde la mayoría de las veces colaboran con el 25 y el 50% del monto total.

a acudir a la cytotec pues el aborto está prohibido y sólo las vías clandestinas lo hacen posible, las mismas que suelen ser altamente inseguras y ponen en riesgo la vida de las mujeres, por lo que la cytotec se presenta como la opción más segura.

Lo que evidencia el uso de la cytotec es que, por más amplias que sean las causales que permiten la interrupción del embarazo, como es en el caso de España y su efectividad en Barcelona, si nos situamos en un contexto y una subjetividad particular, con una marcada delimitación en la caminata de la construcción de una sexualidad libre y placentera, que nos coloca al margen del sistema de salud, la vía clandestina será la primera opción. Luego, cuando se amplían los conocimientos, las experiencias y posibilidades para dar el paso a realizar un aborto con la ayuda del sistema de salud instaurado para la IVE, el dinero se convierte en un problema que, una vez más, encuentra una salida alternativa en la cytotec¹⁸.

Si bien el marco político-jurídico, así como las políticas públicas, sus programas y servicios sociales son de tremenda importancia para lograr la inclusión de la población en un escenario de garantías y cumplimiento de derechos, si estos servicios no toman en cuenta otras formas de comunicación, de transmisión de conocimientos y no aprovechan los canales informales de circulación de la información como son las redes de migrantes, que vemos que intercambian experiencias e información entre sí a menudo para resolver sus necesidades, entonces no logran una incidencia real ni en el acceso ni en el uso de los mismos.

La experiencia personal compartida por Tania, nos ayuda a comprender mejor esta situación de aborto de la que nos habla Sanseverio (2008). Un viernes, debido a la sospecha, ella compró una prueba de embarazo simple y la realizó en la casa donde trabaja. Ese mismo día habló con su novio y la primera opción fue tener el bebé, pues abortar no les parecía correcto. Antes de que Tania me contara de su embarazo, conversábamos sobre el aborto, a lo que ella se expresaba como algo que no se debía hacer, aunque en algunas situaciones en las que la madre no tiene las condiciones para tener un hijo, podría ser. Habló de una amiga suya, también de Bolivia, que se había hecho ya varios abortos, cerca de 5, pero todos con la pastilla Cytotec. Ella siempre le dice que se cuide con algo, que no puede ser que recurra siempre al aborto pero su amiga le dice que ella no quiere usar nada porque la engordarán, o son incómodos o lo que fuera. No entiende de nada de eso, dice Tania. También habló de otra amiga, que ya abortó dos veces, con ayuda de Salud y Familia. Después de un rato me dijo que ella estaba embarazada y no sabía qué hacer. Su novio no tiene trabajo, seguramente sus jefes la despedirían si ella les dice que está embarazada, no tiene "papeles", no están bien de dinero, tampoco está realmente enamorada, no tiene familia en Barcelona. Ya había pensado en la posibilidad de abortar pero le preocupaba que su novio no la apoyara. Le pregunté qué piensa él del aborto y me dijo que está muy en contra, que cree que eso es matar una vida y no debe hacerse. El lunes llamó temprano a Salud y Familia, le dieron cita con la asistente social para el día siguiente y la acompañé. Le dieron turno en la Clínica Aragón. De un total de 320 euros que costaba su aborto, ella pagó 120 y pudo ser un sábado, como lo pidió, pues ese día no trabaja y no tenía que inventarse alguna excusa como la vez que asistió a Salud y Familia. Tuvo que decir que estaba mal del estómago y su jefa no la dejó comer más que un poco de arroz y tomate y estuvo hambrienta todo el resto del día. Según la fecha de su última menstruación tenía 7 semanas de embarazo. Su novio, finalmente, respaldó su

¹⁸ Salud y Familia es la única institución que provee de ayuda económica a mujeres que la necesitan para abortar. De más está decir que no todas las mujeres la conocen.

decisión. El sábado nos encontramos fuera del metro, llegamos a la clínica y esperamos paradas ya que todas las sillas estaban ocupadas. En su mayoría, las mujeres estaban acompañadas de un hombre, supongo de sus parejas, o de una amiga. Algunas fueron con sus hijas pequeñas aún. Era claro que, en su mayoría, eran mujeres extranjeras. Una de las madres era una mujer española, y no parecía mayor de 20 años y hablaba de cuanto gente había la vez pasada, estaba muy tranquila; evidentemente no era su primer aborto. También la acompañaban su madre y su padre. La otra mujer que iba con su hija era latina, posiblemente de Perú y también estaba con su pareja. Había otra mujer, de la India, que iba con su pareja y un bebé de pocos meses. Había otras mujeres que parecían bolivianas, una de origen árabe, otra chica que hablaba en portugués, podría ser de Brasil. Tania estaba muy nerviosa, me decía. Le daba mucho miedo lo que le harían a pesar de que le contara una y otra vez la simpleza de la intervención. Mientras esperábamos me decía que ver a las niñas ahí la ponía más nerviosa e incómoda aún. Se asombraba de aquellas que se lo tomaban tan tranquilamente, como si fuera algo de lo más normal. Cuando veía a la madre de una de las chicas que iba a abortar, que cuidaba de su nieta, comentó que de haber estado en Bolivia, con su madre y su familia quienes seguramente la ayudarían, entonces sí lo hubiera tenido, aún con la pareja así como está. Me dijo, incluso, que había pensado en la posibilidad de volverse, también en la posibilidad de tenerlo y de enviar al bebé a Bolivia y que lo criara su madre. Esta última fue, sobre todo, una idea de su novio, que a ella no le gustó nada pues, cuando sea madre, quiere ser ella quien críe a su hijo, quien le enseñe cosas. Estuvo tranquila pero, al mismo tiempo, angustiada y nerviosa durante todo el tiempo que esperamos, algo más de tres horas. Primero la llamaron para hacerle la ecografía y cuando salió con cara de consternación me dijo que había visto a *"la cosita, bien chiquita pero ahí estaba"*. Dijo que, a pesar de los dolores, se sentía emocionalmente bien, tranquila.

Algunas ideas finales

Se observa que el círculo de amistades en Barcelona funciona como un motor que moviliza hacia la utilización de anticonceptivos en tanto que advierten lo difícil de tener un hijo en dicha ciudad, debido a las condiciones laborales en las que se encuentran. Sin embargo, existen vacíos de información en este círculo. Esto tiene algunos costos, como pueden ser los embarazos no deseados seguidos de un aborto, lo que para todas ellas tiene una gran carga negativa, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, algo que está muy por fuera de sus preocupaciones, aun cuando sospechan que sus maridos mantienen relaciones con otras mujeres.

El hecho de tener la familia lejos, en especial a las mujeres de la familia, es una de las principales razones por las que ven tan difícil enfrentar una maternidad en Barcelona, ya que son ellas las que suelen ayudar en el ejercicio de la maternidad cuando hay que combinarla con una actividad laboral. Esta realidad las distancia de pensarse como posibles madres hoy y ahora, viviendo en Barcelona. Esto nos muestra que el aborto está estrechamente vinculado con sus concepciones sobre la maternidad y la familia, así como con el reconocimiento de unas condiciones particulares de vida que no son aquellas que consideran propicias para cumplir con esa visión de madre y de familia, la que forma parte constitutiva de sus subjetividades. La idea de venir a España fue motivada, fundamentalmente, por la posibilidad de trabajar, algo que no pueden cumplir con la presencia de un hijo. Aunque en sus países todas ellas también tuvieran que trabajar para mantener a sus hijos/as, el entorno familiar y otras redes sociales hacen posible la crianza, pues la solidaridad entre mujeres, en ese sentido, está muy arraigada.

La enorme responsabilidad con la que, históricamente, cargan y asumen plenamente las mujeres, sobre todo en ámbitos más tradicionales, de dar vida, de cuidarla, sostenerla y lograr que siga reproduciéndose, significa una de las posibles principales motivaciones que explican y justifican la decisión del aborto, en el contexto que viven las mujeres migrantes, mujeres en condiciones de trabajo precario, casi esclavo, y con bajos recursos de todo tipo. Aquello también justifica la decisión de migrar cuando sus hijos/as permanecen en sus lugares de origen. Ellas deben, y así lo sienten, cumplir con este mandato que, al mismo tiempo, las define como mujeres y les da sentido a su lugar en el mundo. Si advierten que de una u otra forma cumplir con esta responsabilidad es inviable, si su maternidad la conciben inviable, entonces deciden no ser madres.

Así, lo grave, en el contexto de las mujeres latinas que abortan en Barcelona, es que si bien muchas de ellas lo hacen porque no se sienten preparadas para ser madres, más allá de su entorno laboral y familiar, muchas de ellas deciden abortar porque no logran conciliar su vida laboral con su maternidad, aun cuando sí desearían seguir adelante con ese embarazo. De esta forma, buena parte de los abortos practicados en Barcelona por parte de mujeres migrantes, las que representan cerca de la mitad del total de abortos practicados, en su mayoría por parte de ecuatorianas y bolivianas, tiene una estrecha relación con la miopía con la que se construyen (o no) las políticas migratorias en las que se desconocen ampliamente los derechos laborales básicos de las mujeres.

Mientras no se construya un marco laboral que respete sus derechos como trabajadoras y como mujeres, entonces no existirá un contexto que haga posible el cumplimiento de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, ni en cuanto a anticoncepción y peor aún con respecto a la maternidad. Así, el aborto seguirá creciendo entre ellas. No olvidar que hay un número de abortos practicados por ellas que no se contabilizan pues se producen de manera clandestina, con la cytotec. Si bien, a medida que pasa el tiempo de estadía en Barcelona conocen más las condiciones legales para abortar, así como la ayuda financiera existente, sus condiciones laborales siguen siendo las mismas.

En Latinoamérica, las mujeres hemos sido históricamente relegadas a un rol fundamentalmente reproductor. Se ha buscado mantenernos en el plano de lo biológico, lo natural, opacando, ocultando y disminuyendo nuestro protagonismo como gestionadoras creativas de nuestras vidas y de la construcción de la sociedad, como personas con capacidad para decidir, crear, armar y desarmar. En ese contexto, se nos prohíbe decidir ser o no ser madres, imponiéndonos la obligatoriedad de la maternidad, puesto que desde el marco socio-cultural y político-jurídico, somos mujeres en la medida en que somos madres y, así, se nos niega la posibilidad del aborto y con ello, precisamente, nuestro derecho a tal maternidad.

En Barcelona, en cambio, a las mujeres latinas, como a otras migrantes, también se les prohíbe gestionar sus propias vidas, solo que esta vez es al revés. Se les niega el derecho a la maternidad al negar las condiciones que la harían posible, en la medida en que se reducen, por discriminación a sus derechos, las oportunidades de desarrollo personal con las que cuentan, en la que construyen una cotidianidad en torno a su vida laboral, marcada por condiciones de encierro. Esta realidad las obliga a renunciar a sus deseos de ser madres y llevar una vida de familia que requiere de tiempo libre y recreación.

Si no se establecen políticas que permitan un cambio en las condiciones en las que viven su cotidianidad las mujeres migrantes, tales como el encierro en sus lugares de trabajo pues no encuentran otras oportunidades laborales que les permitan trabajar menos horas para alcanzar la mínima remuneración que exige el costo de vida en Barcelona y el envío de remesas, además del ahorro anhelado, tampoco se logrará un mayor acceso a los servicios de salud, por lo tanto un mejor manejo de la información y la práctica e interiorización de la misma.

Bibliografía

- Guasch, Oscar y Raquel Osborne (comps.) (2003) *Sociología de la sexualidad*. Colección Monografías, 195. Centro de Investigaciones Sociológicas – CSI.
- Lagarde, Marcela (2003) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Obiols, Salvador (2005) *El papel de las comunidades autónomas en la gestión e integración de la inmigración. La experiencia de Cataluña*. En “España en la construcción de una política europea de inmigración. I seminario de inmigración y Europa”. Fundación CIDOB y Diputació Barcelona.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) *La Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007*. Madrid - España. http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE_2007.pdf
- *Informe del Comité de Personas Expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y Propuestas para una nueva Regulación* (05 de marzo de 2009). España. <http://www.migualdad.es/noticias/pdf/INFORMECOMITE050309.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Observatorio de Salud de la Mujer - OSM (2006) *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*. España. <http://www.msc.es/novedades/docs/interrupcion2006.pdf>
- Asociación Salud y Familia (2006) *Programa d'atenció a la maternitat a risc*. (Informe). Barcelona – España.
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo - ACAI (2006) *Estudio sobre aborto, anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes*. Boletín de salud Sexual y Reproductiva N° 0. España. <http://www.observatori.apfcib.org/docs/4/estudiacai.pdf>
- Consejo Nacional de Mujeres – CONAMU, INEC y UNIFEM (2005) *Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras II*. Serie Información Estratégica. Quito - Ecuador
- Centro Legal para Derechos Reproductivos - CRLP (2001) *Derechos reproductivos de la mujer en Bolivia: un informe sombra*. New York, USA. <http://www.derechoshumanosbolivia.org/informes/Derechos%20reproductivos%20de%20la%20mujer%20en%20Bolivia.pdf>
- Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario - CEDLA (2008). Bolivia. <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=82168>

- Ipas (2007) Carta Sombra dirigida al Comité de la CEDAW sobre salud sexual y reproductiva de mujeres en Bolivia. http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/ipasbolivia_sp.pdf
- Larrea, Sara (2006) *¡De eso no se habla! Percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador*. Coordinadora Política Juvenil por la equidad de género. Quito – Ecuador.
- Censo 2001 www.ine.gov.bo
- Pauluzzi, Liliana (2006) *Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir*. En Checa, Susana (comp.) "Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad". Paidós – Tramas Sociales. Buenos Aires, Argentina.
- Montenegro, Marisela; Mari Luz Roda; M. Paz Guarderas; Karla Montenegro y Angélica Ñañez (2007) *Espejos del cotidiano: mujeres migrantes y servicios sociales en Barcelona*. En Salazar, Richard (coord.) "Migración. Mitos, propuestas y desafíos". OIM y ESQUEL. Quito, Ecuador.
- CLADEM (2008) *Informe sombra ante el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Ecuador. http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CLADEM_Ecuador_42_sp.pdf
- Sanseverio, Rafael (2008) *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al Derecho a Decidir*. AUPF-RUDA. Uruguay.
- Consejo Económico y Social - CES (2006) *Panorama Sociolaboral de la Mujer en España*. Boletín N°43. España.
- Solé, Carlota y Sonia Parella (2006) *Mujeres Inmigrantes No Comunitarias en el Mercado de Trabajo en España*. En Calvo Buezas, Tomás (ed.), *Hispanos en Estados Unidos, Inmigrantes en España: ¿Amenaza o Nueva Civilización?*. Madrid. Editorial Catarata.
- Valls Llobet, Carme (2006) *Mujeres Invisibles*. Instituto de la Mujer. Colección actualidad. España.
- PAHO (2004) *A Situational Analysis of Cervical Cancer. Latin America & Caribbean*. Washington DC.
- Gómez Souza, Adriana María (s/f) Algunas consideraciones acerca del trabajo y de la salud de las mujeres Latinoamericanas en su proceso migratorio. <http://www.uv.es/CEFD/14/gomessouza.pdf>
- UNFPA (2006) *State of world population 2006: A passage to hope. Women and International Migration* <http://www.unfpa.org/swp/2006/spanish/introduction.html>

- Moreno-Fontes Chammartin, Gloria (2004) *Situación laboral de las mujeres migrantes en España*. Perspectivas sobre migraciones laborales N° 4. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.