

CAMBIO DEMOGRÀFICO, MIGRACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA. EL PAPEL DE LAS MUJERES SENEGALESAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LAS FAMILIAS

Montserrat Solsona, Maria do Carmo Fonseca y Marta Merino

Departament de Geografia Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona

msolsona@ced.uab.es

INTRODUCCIÓN

La literatura demográfica cuenta con numerosos estudios sobre la relación entre la migración (internacional) y el comportamiento reproductivo. La hipótesis clásica es que las mujeres adoptan o asimilan el comportamiento del lugar de destino, y en general, se supone que se desplazan desde zonas en las que prevalece un régimen demográfico antiguo, con alta mortalidad y fecundidad, hacia zonas más modernizadas que ya han completado la transición demográfica, y que probablemente registran niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

La idea subyacente a este planteamiento es que las mujeres proceden de sociedades que se mantienen en una situación inmutable en el ámbito de las decisiones reproductivas. En nuestro caso por ejemplo, tratándose de un país africano, se podría suponer que en Senegal la transición de la fecundidad apenas se ha iniciado y que las mujeres hoy siguen teniendo cerca de siete u ocho hijos en promedio, igual que sus madres y sus abuelas; de manera que las mujeres solamente empezarán a plantearse las cosas desde otra óptica en cuanto lleguen aquí, pero no antes. Sin embargo, en Senegal la vida social y familiar se está transformando, como ciertamente también está ocurriendo en España.

Nuestro objetivo es establecer las conexiones entre el cambio social que se está dando en los dos extremos de la ruta migratoria. Nuestra hipótesis es que el comportamiento reproductivo de las mujeres migrantes afincadas en Mataró, es la cristalización de los cambios que desde hace años se están produciendo en la posición de las mujeres en la sociedad senegalesa. En Senegal esta posición es ambivalente. Por un lado, a las mujeres se les otorga una gran valoración y autonomía no sólo como reproductoras, sino también como productoras, en la medida que tienen un gran protagonismo en las actividades económicas en el ámbito público. Por otro lado, sus funciones reproductivas se circunscriben en contextos institucionales en los que la equidad entre géneros no está garantizada - la poligamia constituye, en este sentido, un claro paradigma de la desigualdad- y la autonomía es en la práctica una autonomía condicionada - por la presión que ejerce la familia ampliada en las decisiones reproductivas. El cambio es lento pero sostenido. La poligamia se erosiona muy lentamente y las redes solidarias de parentesco se mantienen a pesar de la nuclearización de las familias urbanas, pero el acceso de las mujeres a la educación formal, actúa como un acelerador de los cambios en las relaciones de género.

Los datos empíricos utilizados en la primera parte de esta ponencia, dedicada a las tendencias demográficas recientes en Senegal, proceden de fuentes secundarias (censos de población y encuestas demográficas). La segunda parte, acerca de la biografía migratoria y familiar de las mujeres migrantes, se basa en una nueva explotación de una base de datos generada en el

curso de un estudio anterior desarrollado en el Centre d'Estudis Demogràfics, durante el trienio 2000/02¹. Este estudio contó con un equipo de investigación interdisciplinar, dirigido por la antropóloga Adriana Kaplan. Las autoras de este texto somos deudoras de las ricas discusiones mantenidas durante aquellos años con Magda Ruiz, nuestra colega demógrafa actualmente residiendo en Bogotá; y con las profesionales socio sanitarias del CAD (Centre d'Atenció a la Dona) de Mataró: las doctoras Carme Coll y Hildegard Mausbach, la enfermera Isabel González y la mediadora intercultural Eva Bojang Cham. En la tercera parte de esta comunicación, recogemos elementos de estas discusiones, así como de las desarrolladas en dos grupos focales, uno con una amplia representación de los profesionales del CAD, y otro con las propias usuarias.

1. TRANSICIÓN DE LA NUPCIALIDAD Y LA FECUNDIDAD EN SENEGAL

Para disponer de un marco demográfico y de salud reproductiva de Senegal ofrecemos a continuación información seleccionada de las estadísticas demográficas y de salud más recientes, intentando cubrir tres ejes temáticos que serán también tratados en la segunda y tercera parte de esta ponencia: *perfil sociodemográfico, historia nupcial y reproductiva y acceso y uso de los servicios de salud*.

Las fuentes de datos utilizadas para este apartado son las siguientes: la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS-III) de 1997 y el Censo de Población y Vivienda de 1988. Asimismo, cuando se indique que se trata de un indicador estimado la fuente utilizada será el 2002 *World Population Data Sheet*, pero sólo se recurrirá a ella cuando no exista este dato en las publicaciones propias de Senegal.

1.1 Fuentes de datos demográficos.

Senegal como la mayoría de los países de África Subsahariana, no dispone de censos modernos con enumeración individual anteriores a la independencia (en 1960) y la organización del nuevo Estado. Tampoco cuenta con un sistema de registro civil con amplia cobertura nacional para un período suficientemente amplio como para poder estudiar las tendencias recientes en el comportamiento reproductivo y nupcial. Para intentar subsanar esta deficiencia, se han incluido preguntas sobre nupcialidad y fecundidad en los tres censos realizados en Senegal: el primero en 1976, el segundo en 1988 y el último que debía haberse realizado en 1998, al coincidir con un año electoral complejo, se aplazó y se acaba de realizar. Respecto a los resultados disponibles, simplemente comentar que con respecto al censo de 1988, en las publicaciones que vieron la luz en junio de 1993, echamos en falta información respecto a la fecundidad a la vez que celebramos la generosa explotación proporcionada en el apartado 1.4 (del Rapport National) sobre nupcialidad, el cual incluye indicadores de intensidad y de calendario, tanto para hombres como para mujeres.

¹ El proyecto *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España: retos e implicaciones para las actuaciones socio-sanitarias*, fue financiado por el Programa Sectorial de las Mujeres y del género, dentro del Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (Expediente 29/99). Todos los detalles metodológicos de dicho proyecto pueden consultarse en la Memoria Final del mismo.

Las encuestas de fecundidad, demográficas y de salud realizadas en Senegal, son las que nos permiten dar una versión completa de su transición de la nupcialidad y la fecundidad. Senegal realizó en 1978 una Encuesta de Fecundidad dentro del proyecto de la Encuesta mundial de fecundidad (WFS) y desde 1986 ha participado en las tres rondas de la DHS (Demographic and Health Survey).² Las DHS tienen un cuestionario standard que recoge información sobre planificación familiar, salud maternal e infantil, supervivencia infantil, SIDA, asistencia a centros escolares, y características y composición del hogar. Para ciertos temas (SIDA, por ejemplo) se recoge información a través del cuestionario standard y también a través de módulos específicos que pueden añadir preguntas para obtener información más detallada. En Senegal tanto en 1992/93 como en 1997 al módulo básico de la DHS se le añadió, entre otros, este módulo específico sobre SIDA. En el módulo de planificación familiar se incluye información de los métodos modernos (anticonceptivos, DIU, condones, inyectables y métodos vaginales) y de los métodos tradicionales comunes (abstinencia periódica y retiro) así como de los métodos llamados "folklóricos"; además de recoger información sobre la esterilización voluntaria distinguiendo entre masculina y femenina.³

1.2 Tendencias demográficas recientes en Senegal

Perfil sociodemográfico

Según el censo general de población y vivienda de 1988 la población de Senegal se acerca a los siete millones de habitantes (siendo la población estimada para 2002 de 9.9 millones). La densidad media es de 35 habitantes por kilómetro cuadrado. Esta población estaba en 1988 repartida de forma desigual. La región de Dakar que ocupa el 0,3% del territorio nacional, acoge el 22% de la población total, y es la región más densamente poblada (2.707 habitantes por kilómetro cuadrado). En el otro extremo, la región de Tambacounda tiene la densidad más baja (6 habitantes por kilómetro cuadrado). El peso de la población de Dakar en el conjunto ha aumentado de forma regular: 14% en 1960 y 22% en 1988 y en ella vive la mayor parte de la población urbana del país (80% en 1988). Según estimaciones de 2002, el 43% de la población reside en áreas urbanas.

Senegal, según datos del censo de 1988, cuenta con más de 20 etnias, pero muchas de ellas tienen muy pocos efectivos. Los principales grupos étnicos son: los Wolof (43%), los Pular (24%), los Serer (15%), los Diola (5%) y los Mandinga (4%). La población del país es esencialmente musulmana (94% de musulmanes). Los cristianos (4%) se encuentran mayormente en la región de Casamance y entre los Diola y los Serer. El animismo y las otras religiones representan menos del 2% de la población.

² La Encuesta correspondiente a la primera ronda (DHS I) se realizó en 1986 (Abril-Junio) y se entrevistaron a 4.415 mujeres de 15 a 49 años. La segunda, correspondiente a la DHS II, se hizo entre Noviembre de 1992 y Agosto de 1993, ampliándose la muestra de mujeres en edad reproductiva (6.310 mujeres) y entrevistando también a una pequeña muestra (1.436) de hombres mayores de 20 años. Durante la tercera ronda (DHS III), entre Enero y Abril de 1997 la muestra entrevistada contenía 8.593 mujeres y 4.306 hombres.

³ Los resultados de las DHS se pueden consultar en Internet. La dirección de la empresa que ha realizado las encuestas, Macro International, es: www.macrint.com; pero también se puede acceder directamente al banco de datos: www.measuredhs.com.

Los datos sobre el grado de alfabetización⁴ de la población reflejan progresos importantes en los últimos años. Existen diferencias entre las mujeres y los hombres senegaleses: el 33% de las mujeres de 15-49 años y el 39% de los hombres de 20 años y más tienen algún tipo de instrucción. Destaca la escasa participación de las mujeres de diez años y más en la actividad laboral registrada por el censo según el cual sólo serían activas el 14,6% (frente a una tasa de actividad masculina del 46,9%) y una tasa de paro bastante similar: 7,8% las mujeres y 8,3% de los hombres.

Según una encuesta específica realizada entre setiembre de 1991 y enero de 1992 llamada *Enquete sur les priorites. Dimensions sociales de l'ajustement*, del total de hogares senegaleses, uno de cada cinco es encabezado por una mujer (18.1%). Un hogar de cada tres posee electricidad (32%), y la mitad (49%) tiene acceso a agua controlada para beber (poseen grifo en el hogar o fuente). Los hogares que tienen lavabos adecuados representan el 12% (cisterna de agua privada o colectiva).

El índice sintético de fecundidad para el periodo de tres años anteriores a la encuesta es de 5.7 hijos por mujer, lo cual supone una disminución del 30% en diez años y del 5% durante los cuatro últimos años. La fecundidad difiere mucho por lugar de residencia: en las zonas rurales 6,7 hijos por mujer y en las zonas urbanas 4,3 hijos por mujer.

La mortalidad infanto-juvenil se ha reducido mucho durante los 15 últimos años. Para el periodo más reciente, 1992-96, de cada 1000 nacimientos, 68 niños fallecieron antes de cumplir su primer aniversario; para este mismo periodo, de cada 1000 niños de un año, 76 murieron antes de su quinto aniversario, y sobre 1000 nacimientos, 140 fallecieron antes de cumplir 5 años. La esperanza de vida estimada en 2002 es de 53 años para la población total, 52 años para los hombres y 55 años para las mujeres.

Comportamiento reproductivo. Determinantes próximos de la fecundidad: nupcialidad y contracepción.

Muchos factores son responsables del descenso de la fecundidad, y uno de los más importantes es el patrón de la nupcialidad, en particular, el retraso en la edad al primer matrimonio. En 1997 para el grupo 15-19 años, 7 de cada 10 mujeres son todavía solteras, y en las edades de alta fecundidad (30-34 años), la proporción de solteras es del 3%. Al final de la vida fecunda (45-49 años), el matrimonio es prácticamente universal, con una proporción de solteras inferior al 0,1%. Respecto a la edad media al primer matrimonio para las mujeres de 25 a 49 años, ha pasado de 16,4 años en 1986 (EDS-I) a 17,4 años en 1997 (EDS-III). La edad media al primer matrimonio varía mucho según el nivel de instrucción de las mujeres: las mujeres con estudios secundarios o superiores celebran su matrimonio mucho más tarde (a los 23,6 años) que las que no han superado los estudios primarios o las que son analfabetas (16,5 años); es decir, una diferencia de 7,1 años.

Otra característica de los matrimonios es la *poligamia* que afecta a casi la mitad de las mujeres casadas (46%). En todas las edades, la práctica de la poligamia está más extendida en las zonas rurales que en las zonas urbanas: cerca de la mitad de las mujeres rurales (48%) viven en unión poligámica frente al 42% de las urbanas. La poligamia es más frecuente en las regiones Sur y Centro (47% y 48% respectivamente) que en el Oeste y el Nordeste (41% y 44% respectivamente). Las diferencias interétnicas son poco importantes pero este tipo de unión es más frecuente entre los Mandinga y los Wolof. A la inversa, las mujeres con mayor nivel de instrucción, con nivel secundario o superior, son menos susceptibles de estar implicadas en este tipo de unión.

⁴ Según la definición censal: saber leer y escribir en cualquier lengua.

El matrimonio constituye todavía el determinante esencial del inicio de las *relaciones sexuales*, si bien las relaciones sexuales antes del matrimonio no son raras. De hecho en todas las edades, la edad media al primer matrimonio es siempre algo posterior a la edad de inicio de las relaciones sexuales (0,2 años en promedio, y un año para las mujeres más jóvenes). Las relaciones sexuales son más precoces en las zonas rurales que en las urbanas (edades medianas de 16,4 frente a 19,2 años entre las mujeres de 20 a 49 años, es decir, dos años y medio de diferencia), siendo la escolarización el factor que favorece el retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales.

La *abstinencia postpartum* tiene una duración de unos 2,9 meses, sin embargo, la amenorrea postparto es mucho más larga (unos 13,2 meses), la cual resulta de una lactancia prolongada (unos 20,9 meses). La casi totalidad de los niños senegaleses nacidos durante los cinco años precedentes a la encuesta han sido amamantados.

El descenso de la fecundidad refleja también un cambio en el comportamiento de las mujeres respecto al tamaño de familia. Entre las mujeres casadas, más de dos mujeres de cada diez (23%) no desean tener más hijos, y cerca de cuatro sobre diez (39%) desean espaciarlos. Únicamente una mujer de cada cuatro (24%) desea tener más hijos enseguida. Los hombres senegaleses son más conservadores: solamente el 9% desean limitar su fecundidad.

La *práctica contraceptiva*, aunque sigue siendo bastante baja, esta en neta progresión, y empieza a constituir otro factor responsable del descenso de la fecundidad en Senegal. La EDS-III muestra que las mujeres actualmente casadas tienen un conocimiento muy elevado de la contracepción (86%), y más de una cuarta parte (26,7%) han utilizado métodos anticonceptivos en algún momento de su vida. La tasa de prevalencia en el momento de la encuesta alcanzaba el 12,9% de las mujeres que viven en unión; para los métodos modernos la tasa es del 8,1% y para los métodos tradicionales del 4,8%. En 1986 y en 1992-1993, la tasa de la contracepción moderna era de 2,4% y de 4,8% respectivamente. Por tanto, entre 1992-1993 y 1997 el incremento ha sido del 69%.

El análisis de la utilización actual de la contracepción según las variables soci-demográficas muestra una variación muy grande según el lugar de residencia, la región y el nivel de instrucción. En el medio urbano, el 23,8% de las mujeres que viven en unión utilizan anticonceptivos, frente al 7,1% en el medio rural. Por regiones, el Oeste tiene la tasa de utilización más elevada, seguida del Sur y el Noreste. Las tasas más bajas caracterizan el Centro: representa menos del 6%. Según el nivel de instrucción, la tasa de prevalencia anticonceptiva pasa del 8,4% entre las mujeres sin instrucción a 21,9% para las que tienen instrucción primaria y al 43% para las mujeres con instrucción secundaria o superior.

La planificación familiar en Senegal, está orientada, principalmente, hacia la utilización de la contracepción moderna, la píldora es el método más utilizado (3,3%), seguida de las inyecciones (1,7%), del DIU (1,6%), preservativo (0,6%), esterilización (0,5%) y métodos vaginales (0,2%). Los métodos tradicionales representan el 4,8%, siendo la abstinencia el método más utilizado (2,5%).

Un tercio de las mujeres que no utilizan anticoncepción explica su comportamiento por el hecho de que quiere tener hijos. De todas formas, el deseo de limitar la descendencia o de espaciarla es bastante elevado (62%). De hecho, si las mujeres tuvieran la fecundidad que ellas desean, el índice sintético de fecundidad deseado sería de 4,6 hijos por mujer, o sea un 19% inferior a la fecundidad observada (5,7). Existe pues, una demanda potencial de contracepción. Así, la demanda total de servicios de planificación familiar afecta a un 46% de las mujeres (13% de usuarias y 33% manifiestan una necesidad no satisfecha).

Acceso y uso de los servicios de salud.

Según los resultados de la EDS-III, más de dos mujeres de cada tres (69%) recurren al sector público. Los centros de salud y los centros de planificación familiar son los principales proveedores de métodos anticonceptivos. La parte del sector médico privado se ha reducido a la mitad entre 1986 y 1997 pasando de un 43% a un 21%.

El Estado senegalés consagra, en promedio, del 5 al 6% de su presupuesto anual a la salud pública. La asignación del presupuesto, muy variable de una región a otra, esta ligada a la densidad del poblamiento y a las infraestructuras sanitarias disponibles. Por ejemplo, para el ejercicio presupuestario 1989/90, Dakar, con el 22% de la población total, ha recibido el 40% del presupuesto, mientras que Tambacounda con el 6% de la población total ha recibido el 5% del presupuesto.

2. BIOGRAFÍA MIGRATORIA, NUPCIAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES SENEGALESAS USUARIAS DEL CAD DE MATARÓ

En este apartado se presenta el perfil sociodemográfico, así como los indicadores que resumen la biografía migratoria, nupcial y reproductiva de un colectivo de mujeres de nacionalidad senegalesa⁵ que han llegado a Cataluña, durante los años ochenta (pioneras) y noventa (recién llegadas) que en el momento de la encuesta del Proyecto I+D eran usuarias del CAD de Mataró. Estas mujeres están construyendo sus familias entre Senegal, con una transición de la nupcialidad y la fecundidad relativamente reciente, y España en plena segunda transición demográfica.

La edad media de las mujeres estudiadas es de 29,5 años. Aunque las primeras mujeres llegaron durante los ochenta la mayoría (8 de cada 10) lo hicieron durante los noventa. En su mayoría, también, son procedentes de una zona rural (7 de cada 10), de la región de Casamance al sur del país, o de Tambacounda (al oeste)⁶. La mayoría son de la etnia mandinga. Prácticamente todas ellas son musulmanas y la mayoría han asistido a la escuela coránica unos 6 años. Menos de la mitad (39%) han asistido a la escuela moderna⁷, y una proporción mayor (44,2%) no realizaba en el momento de la encuesta ninguna actividad laboral.

Sin embargo, este perfil sociodemográfico promedio esconde la heterogeneidad existente entre las mujeres senegalesas según el año de llegada a España, ya recogida en la memoria Final del estudio anterior (I+D). En aquella ocasión, año de llegada, país de origen y etnia de pertenencia, se revelaron como las variables explicativas claves del comportamiento nupcial y reproductivo. En esta ocasión, en la que nos planteamos conocer más a fondo la experiencia de las mujeres senegalesas, el origen rural o urbano, junto con el año de llegada, se convierte en el factor discriminatorio más importante. A continuación veremos, que en realidad, el

⁵ El banco de datos del proyecto I+D reúne información de 158 mujeres entrevistadas de origen subsahariano, todas ellas usuarias del CAD, la mayoría procedentes de Gambia (59%). Las mujeres senegalesas son 43 y representan el 27,4% del colectivo estudiado. El resto proceden de Mali, la República de Guinea y Guinea Bissau.

⁶ La verde región de Casamance tiene muchas riquezas (agricultura, pesca, turismo), Tambacounda, en cambio, es la región más pobre del país.

⁷ En Senegal la escuela moderna se identifica con la educación formal impartida por la escuela francesa, la cual se inicia a los seis o siete años de edad. En caso de superar la primera etapa (6 años) se accede a la educación secundaria que se compone de dos ciclos: el primero de cuatro años que permite obtener un diploma, y el segundo de dos correspondiente al "Lycée". La escuela coránica permite aprender árabe para leer el Corán.

hábitat rural o urbano del lugar de origen, del que proceden las mujeres migrantes, resume con gran fidelidad los cambios que se están experimentando en la sociedad senegalesa en el ámbito del acceso de las mujeres a la educación formal, hecho que redefine sus expectativas en cuanto a su realización profesional y construcción de una familia.

2.1 Perfil sociodemográfico

La edad media actual del colectivo estudiado es de 29.4 años, siendo el grupo de edad más numeroso el de 25-34 años (65.2% del total), seguido del grupo de 20-24 años (16.3%). Las mujeres de origen rural son casi un año mayores que las de origen urbano (29.5 frente 28.92 años), siendo el grupo de 30 a 34 años el que tiene más peso entre las primeras, y el grupo de 25-29 años entre las de origen urbano.

Proviene mayoritariamente de áreas rurales (65.1%), según su propia interpretación, lo cual no necesariamente se ajusta a la definición habitual de las estadísticas demográficas de lo que es rural y urbano, de manera que el origen urbano, incluye no solamente núcleos de población con más de diez mil habitantes, sino también capitales comarcales con un número inferior de habitantes.

La etnia más representada en nuestro estudio es la mandinga (63% del total), etnia que en Senegal sólo representa el 4% de la población total. Ello no es contradictorio dado que se conoce que las personas que pertenecen a esta etnia, procedentes en su mayoría de la región de Tambacounda, han tenido un gran protagonismo durante décadas en los flujos migratorios hacia Francia, como lugar de destino prioritario por la herencia colonial. Las otras etnias representadas, que tampoco guardan relación con las mayoritarias en Senegal, son poco importantes numéricamente. Las mujeres de origen rural pertenecen mayoritariamente a la etnia mandinga (75%), si bien entre las mujeres urbanas se observa una mayor diversificación entre mandingas (30.8%), sarahoules y wolof (15.4% respectivamente) y otras etnias (23.1%).

En cuanto a región de origen, el conjunto de las mujeres proceden en su mayoría de Tambacounda (44.2%) y de Casamance (20.9%). Si nos limitamos a las de origen rural, la mitad de las mujeres proceden de la región de Tambacounda y el 25% de la región de Casamance, mientras que en el caso de las mujeres de origen urbano, a pesar de la presencia de Tambacounda (38.5%), el resto del grupo se reparte equitativamente entre Dakar, la Casamance y otras regiones.

La proporción de mujeres que tienen algún tiempo de educación coránica supera el 80%, tanto para las mujeres rurales como urbanas, si bien la duración es superior para las primeras (7 frente a 5.4 años). En cuanto a la escuela moderna, la diferencia radica en una menor proporción de mujeres de origen rural que han accedido a dicha formación. La duración media de los estudios es de nueve años para las de origen rural frente a poco más de cinco para las de origen urbano.

Casamance tiene el porcentaje más elevado de mujeres que no han asistido a la escuela coránica (33.3%)⁸El 33.3% no han asistido a la escuela moderna, y lo han hecho por un periodo más prolongado que la media (9.7 años), es decir, han accedido al segundo ciclo de secundaria. Las mujeres procedentes de la región de Tambacounda han asistido durante más

⁸ Lo cual es lógico si se tiene en cuenta que una cuarta parte de la población de la región de Ziguinchor (a la que pertenece la Casamance) profesa la religión católica (17%) o animista (7%), mientras que para el conjunto del país, ambas religiones apenas alcanzan el 6% .

años y en mayor proporción a la escuela coránica (94.7%, y 6.9 años en promedio), pero sólo el 36.8% ha ido a la escuela moderna, con un promedio de 5.8 años (el 15,8% con la primaria completa).

Por último, respecto a la actividad laboral, las mujeres realizaban alguna actividad remunerada en el momento de la encuesta, la gran mayoría trabajan fuera de casa en el sector textil (78.3%) y un pequeño grupo dentro del hogar, si bien entre las llegadas durante los años noventa - las cuales tienen un porcentaje inferior de ocupadas- hay una mayor diversificación entre los sectores productivos.

Las mujeres llegadas durante la década de los noventa de origen urbano, en comparación con las de origen rural, presentan un perfil un poco más joven, han llegado también a una edad más temprana y con un acceso a la escuela moderna mucho mayor que la media de la población femenina en Senegal (75% frente a 33%) Solamente dos de cada diez mujeres de origen rural han accedido a ella, pero han asistido durante más tiempo a la educación coránica que las urbanas.

2.2 Historia nupcial y reproductiva

Prácticamente todas las mujeres senegalesas entrevistadas están casadas y cerca de la mitad lo están en uniones poligámicas. La edad media de ingreso al matrimonio es superior a la media en Senegal (18.9 años). La edad de inicio a la maternidad también es más tardía todavía (21.8 años).

A su vez, el calendario de la nupcialidad y la maternidad es más tardío para las mujeres recién llegadas que para las pioneras, y el colectivo urbano llegado durante los años noventa tiene un diferente comportamiento nupcial y reproductivo respecto a las de origen rural, en el sentido que inician algo más tarde las relaciones sexuales, entran bastante más tarde al matrimonio, y se convierten en madres más tardíamente que ellas. A su vez, las urbanas tienen un conocimiento mayor de los métodos anticonceptivos y los utilizan de forma más precoz que las rurales.

Por otra parte, las urbanas, que según parece están gestionando sus decisiones reproductivas de forma diferente, en el momento de la encuesta tenían una proporción mayor de mujeres embarazadas y una menor tasa de prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas (50% frente al 91.7 % de mujeres rurales). Es posible que las rurales sigan más la estrategia de la anticoncepción de espaciamiento y las urbanas la de concentración de nacimientos a edades tempranas.

Respecto a los métodos utilizados en el momento de la encuesta, el método más popular es la píldora, seguida a distancia del DIU y la inyección trimestral, a continuación el preservativo, y en último lugar y a mucha distancia, el coitus interruptus..

El porcentaje de mujeres alguna vez casadas (95.3%) indica que el *matrimonio* es prácticamente universal, como ciertamente lo es en Senegal- y que las mujeres llegan a España casadas. Todas las mujeres de origen urbano llegadas en los noventa están casadas.

La edad media al matrimonio es de 18.9 años, siendo bastante más tardía para las recién llegadas que para las pioneras (18 frente a 19.3 años). Este calendario más tardío puede estar

relacionado en parte con la poligamia - por la llegada a España de segundas esposas- pero sobretodo con el mayor nivel educativo de las generaciones más jóvenes, que a su vez se asocia positivamente con una edad más tardía de inicio de relaciones sexuales, de nupcialidad y de maternidad.

Las diferencias observadas en Senegal entre zonas urbanas y rurales se reproducen claramente entre las migrantes. Para el colectivo llegado durante la última década, estas edades son 20.2 y 18.7 años, para las urbanas y las rurales, respectivamente.

Casi la mitad de las mujeres senegalesas casadas residentes en Mataró viven en una unión poligámica (46.3%), 34,1% con una coesposa y 12.2% con dos coesposas. La gran mayoría de las coesposas residen en África (78.9%) y únicamente 4 mujeres cuentan con una coesposa residiendo en España.

La poligamia, tal como vimos para Senegal, es un fenómeno más extendido entre las mujeres de áreas rurales. Entre las entrevistadas se repite el mismo patrón de forma más pronunciada por la sobrerrepresentación de dos etnias -wolof y mandinga - que tienen una alta propensión a vivir en uniones poligámicas. Del colectivo estudiado viven en poligamia el 62,5% de las mujeres y el 40,6% de las mujeres llegadas en los noventa. Y si nos limitamos a las mujeres llegadas en los noventa, las mujeres urbanas casadas en uniones poligámicas son solo 2 de cada diez, mientras que para las rurales la experiencia es vivida por la mitad de las mujeres (52.4%). Cabe decir además que entre las llegadas en los noventa no se conoce ningún caso en el que la coesposa resida también en España.

La edad media de inicio a la *maternidad* es de 20.5 años para el total del colectivo. Las mujeres llegadas durante los años ochenta inician en promedio la maternidad con 18.7 años, mientras que las llegadas durante los años noventa la inician con 21 años (con poco más de 20 años las de origen rural y con 21.8 las de origen urbano). Se da, por lo tanto un retraso de más de un año para las mujeres más jóvenes llegadas en la última década, respecto a las pioneras.

El número medio de nacidos vivos es de 2.47 hijos por mujer, siendo la duración media del intervalo protogenésico de 1.7 años. Las mujeres llegadas en la década de los ochenta, que en el momento de la encuesta tienen 35.7 años en promedio, tienen una fecundidad acumulada de 4 hijos por mujer, mientras que entre las mujeres llegadas en los noventa, en el momento de la encuesta habían alcanzado justo el nivel de reemplazo -2.1 hijos nacidos vivos por mujer- si bien, de nuevo las diferencias urbano rural se hacían notar: las de origen rural más numerosas y algo mayores que las urbanas (28.3 frente a 27.3 años de media) tenían una fecundidad mucho más elevada que las urbanas: en promedio 2.4 y 1.1 hijos por mujer, respectivamente. O sea que también el a fecundidad acumulada es evidente el comportamiento diferencial de las urbanas llegadas en la última década del siglo anterior.

Otro aspecto ligado a la maternidad, y que es característico en estas poblaciones de origen subsahariano, es la práctica de la lactancia prolongada e universal. En efecto, prácticamente todos los hijos de las mujeres entrevistadas han lactado y lo han hecho durante un periodo prolongado de tiempo. Para el total del colectivo estudiado, el primer hijo lacta un promedio de 14.9 meses, lactando la mitad de los niños una media de 13.5 meses como mínimo. La lactancia prolongada se mantiene en todos los rangos de nacimiento, y aumenta con el orden de nacimiento. Cabe destacar que la lactancia media observada en el país de origen es bastante más prolongada que la que las mujeres nos han referido durante el estudio, con una

media en origen de 20.9 meses⁹, periodo que no se observa en ninguno de los grupos analizados.

La edad de inicio de las *relaciones sexuales* en promedio es de 17.5 años. Este dato es 1.4 años inferior en promedio a la edad media de entrada al matrimonio. Este resultado es totalmente coherentes con las tendencias recientes observadas en África Occidental en su conjunto, y en Senegal en concreto, interpretadas siempre por los analistas como un efecto del rápido retraso de la edad al primer matrimonio manteniendo la edad de inicio de las relaciones sexuales, hecho que también hace aumentar las concepciones fuera del matrimonio y prenupciales, y que según estimaciones recientes en Senegal suponen el 25% del total de los nacimientos.

Las diferencias en la edad de inicio de las relaciones sexuales entre las pioneras y las recién llegadas son claras: se retrasa la edad de inicio por efecto de una mayor escolarización (16,7 años frente a 17,7 años). Las diferencias según zonas de origen son más marcadas aquí que en Senegal, y más marcadas entre las llegadas en los noventa que entre las migrantes pioneras (17.3 y 18.1 años, rural y urbano, respectivamente). De manera que, como sucedía con al edad al matrimonio, es evidente que las mujeres de origen urbano llegadas en la década de los noventa, tienen rasgos diferentes en todos los aspectos del comportamiento sexual y reproductivo.

Otro aspecto que influye en la regulación de la fecundidad y que se toma como referencia para detectar los cambios en los comportamientos es el *uso de métodos anticonceptivos*.

Para el conjunto de las entrevistadas la edad media de inicio de uso de métodos es siempre bastante posterior a la edad media de inicio de la maternidad: 3.5 años para el total del colectivo (inician la anticoncepción con 23.9 años en promedio).

Las diferencias por olas migratorias indican un ligero avance en la edad de inicio de uso de anticoncepción (23.8 frente a 24.1), que debe atribuirse al nuevo comportamiento de las mujeres de origen urbano llegadas en los años noventa. La edad de inicio de las rurales de los noventa se asemeja a la media de los ochenta (24.8 años), mientras que las urbanas de los noventa han adelanto la edad de inicio de la anticoncepción a los 22.1 años, a pesar de que la edad de inicio de las relaciones sexuales es casi un año posterior que las rurales de los noventa (18.1 frente a 17.3 años).

Si bien éste último colectivo es el que refiere tener mayor proporción de mujeres que conocen métodos anticonceptivos, tanto modernos como tradicionales es el grupo que, en el momento de la encuesta, entre las sexualmente activas, registra una menor proporción de mujeres utilizando algún tipo de método (sólo el 50% frente al 91.7% de mujeres sexualmente activas de origen rural); al tiempo que 3 de cada 10 están embarazadas y probablemente muchas más no utilizan anticonceptivos porque desean un embarazo. Recordemos que las urbanas de los noventa, se habían iniciado a la maternidad más tardíamente que las rurales y que su fecundidad acumulada en el momento de la encuesta es menos de la mitad de las rurales (1.1 versus 2.4 hijos por mujer).

Los métodos más utilizados por las mujeres que refieren utilizar algún método actualmente destacan las píldoras, seguido por un igual por el DIU o la inyección trimestral para el total del colectivo, de forma similar a los métodos más usuales utilizados en Senegal. Cabe

⁹ En Senegal según la DHS III la duración media de la lactancia de todos los hijos es algo superior en las zonas rurales que en las urbanas: 21,6 y 18,6, respectivamente.

destacar, sin embargo, que el preservativo es un método de uso exclusivo de mujeres procedentes de zonas urbanas.

Lugar de nacimiento y de residencia de los hijos

Tres de cada diez mujeres ha tenido sus hijos en casa, proporción que mantiene entre las mujeres rurales sin variar según el rango de nacimiento del hijo, pero que sí varía entre las mujeres urbanas, que si bien cuatro de cada diez para el primer nacimiento el lugar del parto fue la casa, esta proporción va disminuyendo según el rango de nacimiento para tener a todos los hijos terceros en un centro de salud, los cuales nacieron todos en España.

La mitad de las mujeres han tenido algún hijo en África. Existen diferencias según la zona de residencia de origen y el orden de nacimiento. Tanto para el total del colectivo como si se trata de familias rurales o urbanas, la mitad de los primogénitos ha nacido en África (52.5%), y en el momento de la encuesta más de la mitad residían en África (10 hijos), mientras que el porcentaje de nacidos en África disminuye en el segundo rango hasta el 28.6 y al 20% en el tercer rango, residiendo éstos últimos en su totalidad en España. Esta relación también pasa con las familias rurales, para las cuales el tercer hijo ha nacido en el 75% de los casos en España, y el resto nacidos en Africa no residían allí en el momento de la encuesta. En el caso de familias urbanas, la totalidad de los terceros hijos ya ha nacido en España.

La constitución de la familia y las redes de apoyo entre Senegal y Cataluña tienen ciertas características: por un lado, el hecho que se mantengan las familias divididas entre los dos continentes podría estar relacionado con el tipo de unión poligámico, ya que tanto para el total del colectivo como si se trata de familias rurales o urbanas, el porcentaje de uniones de tipo poligámico aumenta según aumenta el rango de nacimiento. De hecho, todas las mujeres de origen rural que han tenido un tercer hijo en Africa están casadas con hombres polígamos.

Por otro lado, los hijos que residen en África lo hacen mayoritariamente con la familia paterna, siendo sólo en una familia rural dónde el hijo/a residen con la familia materna. Recordemos que entre las familias rurales (que son las que tienen mayor proporción de hijos nacidos en África sobre el total) la incidencia de la poligamia se da tanto con dos coesposas como tres, mientras que para las de origen urbano, cuando existe poligamia, se trata de una coesposa.

Ello nos lleva a concluir que las mujeres de origen rural que constituyen familias en Senegal tiene un grupo familiar más extenso - en base a la familia del marido- que las urbanas, el cual posibilita el cuidado de los hijos dentro del grupo, probablemente a cargo de otras coesposas. De manera que esta estrategia de cuidado compartido permitiría a la vez llevar a cabo estrategias migratorias, de alguna forma imprescindibles para mejorar las condiciones de vida del amplio grupo familia que reside en Senegal.

3. LAS MUJERES COMO AGENTES DE CAMBIO EN LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS

En este tercer apartado, destacaremos algunas singularidades de las mujeres senegalesas usuarias del CAD de Mataró respecto a los cambios que experimentan sus vidas personales, así como aquellos que provocan en sus alrededores, como por ejemplo, en el servicio sanitario, en especial a través del proceso de interacción con los profesionales que las atienden en el CAD.

Intentaremos, por otro lado, buscar los posibles hilos entre los cambios observados aquí entre las pioneras y las recién llegadas y los empezados en su país, especialmente la constitución de la familia y sus comportamientos reproductivos actuales y sus relaciones de pareja. La búsqueda de los hilos nos permitirá anticipar otros cambios, que, ciertamente, ocurrirán en este colectivo y afectarán, por supuesto, sus contextos familiares y otros grupos sociales de su entorno en Cataluña.

La percepción de los profesionales, médicos, comadronas, enfermeras y administrativas, acerca de las mujeres es fundamental para entender las estrategias que el colectivo utiliza para vencer los obstáculos con los que se encuentran en la atención sanitaria. Un primer obstáculo es el relativo a la documentación, observación de horarios y la comunicación idiomática. Con las opiniones recogidas en los grupos focales con los profesionales haremos un resumen de los temas más relevantes.

Interacción entre usuarias y profesionales sanitarios.

La ubicación de las mujeres en el CAD de Mataró pasó por varias etapas, y en cada una de ellas se puede observar cómo, a través de sus distintas experiencias con el personal sanitario, médico y administrativo, las mujeres van desarrollando sus estrategias personales para vencer los obstáculos que se les presentan como usuarias. Además, a través de la presencia de este colectivo de mujeres migrantes, los profesionales del CAD también van cambiando, no sólo la infraestructura y organización del entendimiento, sino que también cambian sus propias expectativas en lo que respecta a este colectivo: realizando modificaciones, implementando e innovando una comprensión más personalizada, teniendo en cuenta las diferencias culturales de las mujeres.

Una de los problemas cruciales en la entrada de las mujeres en el CAD es cuando existe una inhabilidad lingüística, tanto para el castellano como para el catalán. Aunque las mujeres no conocen el idioma, aprenden rápidamente cómo vencer las barreras para llegar a una comprensión sanitaria. Médicos, comadronas, enfermeras y administrativas refieren que, aún sin hablar el idioma, se produce una incorporación, por parte de las mujeres migrantes, a los controles de salud (revisiones médicas y prácticas de anticoncepción), - de forma similar a como las autóctonas accedieron en años anteriores, cuando se iniciaron estos protocolos en España -, además de prevalecer el “sentido común” de que el sistema de salud les ofrece garantías y mejoras.

El problema de comunicación, lenguaje verbal y no verbal, en parte ha sido resuelta con la introducción de una mediadora inter cultural. Para todos los profesionales, la figura de la mediadora es de gran importancia desde el punto de vista de facilitar la comunicación entre ellos y las usuarias. Constituye un avance en términos de entendimiento, no sólo en términos de comunicación directa (en las consultas), sino también respecto a la “interpretación” de algunos valores culturales (no verbalizados), que producen obstáculos para un mejor entendimiento de los procedimientos clínicos y administrativos. Otra ventaja, en opinión de los profesionales, es la de disminuir las tensiones naturales existentes en las consultas, dado que las mujeres conocen a las mediadoras, y hablan más libremente de sus problemas más íntimos de lo que lo harían en presencia de un “extraño”.

Sin embargo, para las mujeres, la presencia de la mediadora podría causar otro tipo de tensión, que sería la producida por alguien que pertenece a su cultura, pero es extraña al grupo familiar. Ello llevaría a que ésta persona extraña conociera detalles de su vida íntima, y aunque la mediadora trabaja como una profesional, las mujeres se sentirían un poco inseguras ante su presencia. Para que las mujeres recién llegadas, sin habilidad para expresarse en las lenguas locales, cuando su marido no puede acompañarlas por motivos laborales, y o cuenta con una amiga íntima en Mataró, no hay otra opción que comparecer en las consultas teniendo la figura de la traductora, o un amigo de su marido, a o una carta de presentación de su marido. Para estas mujeres, que son personas maduras y autónomas en sus grupos de origen, ninguna de las opciones descritas debe sonarle comfortable. Tanto es así que, al adquirir el mínimo necesario de conocimiento lingüística, pasan a acudir solas a sus citas.

Por otro lado, hay que considerar el hecho de que más del 60% del colectivo de mujeres senegalesas declaran ir habitualmente a sus citas médicas acompañadas de sus maridos. Este grupo está constituido por mujeres más jóvenes. Aquí, por tanto, se puede tener otra lectura diferente que la dada por los profesionales, los cuales refieren que los problemas son siempre lingüísticos. Ello quizás se explica por el hecho que las recién llegadas probablemente mantienen una mayor comunicación con su pareja, y requieren su participación en los momentos importantes de elección de planificación familiar, cuidados en el embarazo o en el momento del parto. Si consideramos su estatus de jóvenes con mayor nivel de instrucción, podemos razonablemente suponer que esta nueva actitud se habría gestado en la sociedad de origen, en una etapa previa a la migración.

Vida sexual y reproductiva: cambios observados y cambios anticipados.

En esta sección, además de contar con las aportaciones hechas por los profesionales, contamos con las hechas por las propias mujeres.

En un mundo globalizado, todas las informaciones sobre comportamientos “modernos” desde el punto de vista occidental, fluyen por otras culturas, siendo asimilados o rechazados. Son reinterpretados y transformados por las mujeres que los integran a su matriz cultural. Respecto a la planificación familiar, por ejemplo, en origen las mujeres senegalesas conocen los métodos, pero su uso depende no tanto de la motivación individual, sino de la infraestructura sanitaria existente de atención a la salud sexual y reproductiva, así como de la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos. Curiosamente, hemos encontrado que las mujeres desconocen aquellos métodos que suponíamos debían conocer - muy pocas declararon conocer métodos tradicionales-, y sin embargo tienen un gran conocimiento de los métodos modernos, como ya vimos en el apartado de comportamiento nupcial y reproductivo.

Los datos de nuestra investigación, indican que hay mujeres que han tenido experiencia de planificación en origen. Tanto el conocimiento como el uso actual del método de inyección trimestral, se relaciona también con el hecho de que es uno de los métodos más usuales de elección (o imposición por parte de los servicios de planificación) en África y casi nulo en España. En este sentido, las percepciones de los profesionales se centran en que la inyección es más fácil de usar por *ellas* porque conocen el método, no deben preocuparse de tomar la pastilla cada día y han observado que tienen muy en cuenta cuándo deben volver para la siguiente administración.

Las píldoras anticonceptiva - primer método de elección en Senegal- han aumentado su consumo, lo cual es considerado por los profesionales como un gran avance ya que al principio nunca las tomaban. Respecto al DIU, con el que poco simpatizan, consideran que poco a poco se va introduciendo, identificando varias dificultades respecto a la inseguridad

que les provoca, visitándose siempre muy pronto si notan algo, además de no estar muy de acuerdo en que lo tengan que llevar tanto tiempo, por lo que siempre acaban sacándose y cambiando de método. Así pues, los métodos más utilizados son los controlados por las mujeres y que no precisan participación del marido, con el riesgo que conlleva respecto a los temas de ETS.

Las mujeres que llevan más tiempo aquí, han probado todos los métodos, siguiendo una evolución similar a las mujeres autóctonas, pero terminan por aceptar las píldoras y las inyecciones. Habría que investigar más sobre estas preferencias, pues, siendo métodos hormonales, tienen sus consecuencias sobre la salud de las mujeres, por lo que siendo mujeres jóvenes se puede prever que continuaran utilizándolos durante varios años. Por otro lado, los datos parecen señalar que existe un cierto cambio de actitud de los hombres respecto a la elección de método anticonceptivo, en tanto que las mujeres llegadas en los años noventa de origen urbano son las que más utilizan el preservativo (aunque nunca como primera opción). Este dato puede estar apuntando a cambios en la relación de género.

Por las declaraciones de las mujeres que participaron en el grupo focal, se puede detectar una ausencia de información más profunda respecto a los métodos anticonceptivos (ventajas e inconvenientes de cada uno, efectos colaterales...), lo que está directamente relacionado a la ausencia de conocimiento y información sobre aspectos básicos de salud reproductiva. A través de los servicios del CAD, se podrían establecer canales de información sobre cuestiones básicas de salud reproductiva, en consonancia con la Plataforma de El Cairo, para las mujeres e integrar algún tipo de atención que permita contemplar la salud integral de las usuarias (como por ejemplo el grupo de mujeres premenopáusicas o prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial, la prevención del SIDA).

Desde la óptica de enfoque de género, el área de comportamiento reproductivo y sexual es una de las más complejas para introducir y procesar modificaciones. Sin embargo, aunque las informaciones sean indirectas, ya se puede anticipar futuros cambios en estos ámbitos. Si bien en una primera etapa era el marido el que agradecía la atención prestada y el tiempo dedicado por parte del profesional, y era quién habitualmente acompañaba a la mujer en la consulta (como traductor para la mujer), esta actitud va cambiando. Actualmente marido y mujer tienen una actitud protagonista, que se constata planteando la demanda de información para poder tomar decisiones conjuntas con su pareja. Marido y mujer, empiezan a hablar entre ellos de temas que en principio son considerados “femeninos”, discutiendo sus decisiones teniendo en cuenta sus deseos de familia completa. El marido sigue estando presente, sobre todo en el seguimiento del primer embarazo, pero las situaciones de mujer acompañante y marido presente se van alternando, a la vez que va constituyéndose un grupo de mujeres que acuden por sí solas (porque ya han empezado a entender el idioma).

CONCLUSIONE. IMPLICACIONES FUTURAS DE LOS CAMBIOS OBSERVADOS.

Mientras España está metida de lleno en la segunda transición demográfica, en el terreno demográfico, Senegal ha registrado un descenso sostenido de la mortalidad infarto juvenil, el descenso de la fecundidad le ha seguido los pasos, por medio del retraso de la nupcialidad y la anticoncepción de espaciamiento, en un contexto en el la poligamia se erosiona muy y que las redes solidarias de parentesco se mantienen a pesar de la nuclearización de las familias urbanas. En el ámbito de la nupcialidad el cambio más importante es el retraso protagonizado por las mujeres que asisten a la escuela moderna, y como quiera que la poligamia es menos frecuente entre los sectores de mujeres con mayores niveles de instrucción, en un futuro próximo puede esperarse razonablemente un debilitamiento mayor de la institución

poligámica. Por otra parte, la nuclearización de las familias, si bien, no rompe con los flujos de solidaridad entre parientes, si que favorece una mayor intimidad de las parejas para tomar sus decisiones reproductivas de forma independiente, lo cual requiere una mayor cooperación entre ellos, y una mayor participación de los esposos en temas que antes eran considerados femeninos.

El perfil sociodemográfico de las mujeres senegalesas migrantes residentes en Mataró constata en primer lugar que los flujos migratorios se retroalimentan a si mismos, de manera que si en los años ochenta los primeros senegaleses llegados a Mataró procedían de Tambacounda, en los años noventa, aunque se diversifiquen los orígenes, siguen llegando personas procedentes de Tambacounda. En segundo lugar, cuando comparamos el perfil de las mujeres de la primera ola (años ochenta) con los de la segunda ola (años noventa), observamos que las recién llegadas son portadoras del cambio de la posición social de la mujer en Senegal, por su mayor inserción en la educación formal, lo cual tiene traducción en indicadores diversos de salud sexual y reproductiva: edades más tardías de inicio de las relaciones sexuales, del matrimonio y de la maternidad; edades más tempranas de inicio de uso de la anticoncepción; menor incidencia de las uniones poligámicas y menor duración del intervalo intergenésico.

Las primeras mujeres senegalesas que llegaron a Mataró probablemente no tenían muchas expectativas respecto a los servicios socio sanitarios, y se encontraron con la sorpresa de tener que compartir aspectos muy íntimos, como la sexualidad o el embarazo, con personas no pertenecientes al colectivo femenino de su familia o comunidad. Sin embargo, igual que hace años hicieron las mujeres españolas unos años antes, poco a poco se han ido familiarizando con el protocolo pautado por los profesionales sanitarios, y aunque en ocasiones juzguen excesivas las precauciones que se toman ante un proceso que ellas entienden que sigue su curso natural, como en el caso de un embarazo, han agradecido la vigilancia dispensada, sabedoras de que la mortalidad materno infantil es en España insignificante. En este proceso, no han planteado quejas, ni han preguntado por el coste de los servicios probablemente porque el sector privado en Senegal tiene poco peso. Tampoco han renunciado a sus propias convicciones respecto a la maternidad, pero a juzgar por las facilidades en obtener métodos contraceptivos de elevada eficacia, se puede prever que la fecundidad de las mujeres llegadas en los años noventa será quizás, más baja que la fecundidad de las que las antecedieron en los años ochenta, y se acercarán más a la fecundidad media de las autóctonas. Esto contradice el supuesto de estudios clásicos de migración respecto a la fecundidad de las mujeres, que no adoptarían plenamente el modelo autóctono.

Para ellas, el matrimonio va unido indispensablemente a la maternidad con lactancia prolongada, y la anticoncepción, en principio, se utiliza para espaciar los nacimientos. Ahora bien, el acortamiento de los intervalos protogenésicos puede interpretarse como un cambio de actitud de las generaciones más jóvenes respecto a la constitución de la familia; quizás unido a una concentración de los nacimientos deseados a edades tempranas, lo cual redundaría en un futuro en una fuerte reducción de la fecundidad a edades avanzadas; con lo cual la anticoncepción de espaciamiento podría prolongarse hasta el final del periodo reproductivo.

Por otra parte, su deseo de realizar una actividad remunerada- habida cuenta de que un único salario no es suficiente para el mantenimiento de la familia- sugiere un balance diferente entre la actividad productiva y reproductiva. Este nuevo balance contribuye a modificar las relaciones de género, en la medida que la actividad laboral va unida a una mayor autonomía.

Se puede suponer que el tipo de unión tendrá también a modificarse pasando de la legitimada poligamia a la nuclear monogámica. Esto se dará no tanto por el contacto directo con la sociedad occidental, sino sobretudo por una nueva concepción del matrimonio, emergente ya en Senegal, por parte de las mujeres, con un patrón más equitativo en términos de las relaciones de género. Si este colectivo, en el futuro alcanza integrarse en el mercado laboral en situación regular se sentirán, sin duda, más empoderadas para rechazar vivir en uniones con las cuales están en desacuerdo. Como salida de situaciones extremas quizás optaran por separaciones, lo cual puede llevarlas al estatus de jefas de familia. Esto no es un patrón nuevo para estas mujeres visto que este tipo de arreglo familiar es bastante común en Senegal, aunque sea por diferentes razones (viudedad, coesposa que no concuerda con el marido)

Las mujeres migrantes, que en un principio debían asistir al CAD obligatoriamente de la mano del marido (o de un amigo del marido) pasan a comunicarse directamente con los profesionales socio sanitarios estableciendo sus demandas y explicando sus necesidades. Por tanto, cada vez más pueden gestionar por sí solas o bien en cooperación con sus maridos, todas las decisiones referentes a su salud sexual y reproductiva: sexualidad, planificación familiar y fecundidad. Este colectivo ya antes de migrar tenían en su interior los ingredientes básicos para los cambios que están protagonizando –tuvieron el coraje de emprender un viaje, quizás sin retorno hacia una tierra donde ni podían comunicarse a través de la lengua para vivir en matrimonio con una pareja con la que no tenían una experiencia de vida en común. Esta trayectoria de migrantes, unida a su ubicación en Cataluña, les va empoderando y nuevos cambios se producirán promovidos por ellas mismas.